

PSICOTERAPIA DE LAS PSICOSIS

Dr. Alberto Luis SOLIMANO

INTRODUCCIÓN

La concepción actual de las psicosis en Psiquiatría, aun incluyendo los aportes relevantes de las neurociencias, es, como en el pasado, una cuestión problemática. No hay una definición unívoca sino una concepción más o menos restrictiva que engloba características extraídas de los más diversos registros: gravedad, alteraciones del pensamiento, juicio de realidad, etc.

Veamos el Glosario del DSM IV (1995):

PSICOTICO. Este término ha recibido históricamente numerosas definiciones diferentes, ninguna de las cuales ha conseguido ser aceptada universalmente.(...)

Finalmente, el término ha sido definido conceptualmente como una pérdida de los límites del yo o una importante alteración de la verificación de la realidad”.

Tampoco hay un concepto unívoco de psicosis desde el punto de vista psicoanalítico. El psicoanálisis no ha desarrollado un conocimiento extenso de las psicosis como el efectuado por la clínica psiquiátrica. Indudablemente su campo fundacional fue el de las neurosis y ésta continua siendo su ámbito privilegiado. Sabemos que Freud pensaba que las psicosis, a las que llamó “neurosis narcisistas”, no podían ser tratadas con el método psicoanalítico. Por eso los aportes psicoanalíticos en esta materia no constituyen un corpus organizado de conocimientos como en el caso de las neurosis, sino un conjunto variado de teorías sobre estructuras y mecanismos del fenómeno psicótico. Como dificultad adicional, los conceptos utilizados tienen significados diferentes y son objeto de discusión teórica según las distintas escuelas.

Sin embargo desde sus comienzos el Psicoanálisis afirmó que “había método en la locura” (Hamlet), es decir, que los síntomas tienen un sentido más allá de la alteración o el déficit, lo que otorga especificidad a su enfoque.

Este abordaje debe estar necesariamente incluido en el marco general de las series complementarias (Freud. 1917) para evitar un reduccionismo ingenuo e imprudente frente a los aportes actuales de las neurociencias.

TEORÍA PSICOANALÍTICA DE LA PSICOSIS

Laplanche y Pontalis en su Diccionario (1967) señalan que en la teoría psicoanalítica el denominador común de las psicosis es fundamentalmente una perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad, siendo la mayoría de los síntomas manifiestos (especialmente la construcción delirante) tentativas secundarias de restauración del lazo (o relación) objetual.

Como vemos el concepto general compartido de psicosis, tanto psiquiátrico como psicoanalítico, es que implica un trastorno de la relación con la realidad.

La diferencia fundamental entre ambas concepciones y también lo específico de la concepción psicoanalítica es como se concibe esa relación con la realidad y también como se piensa esa realidad.

La noción básica sobre la que pivotean todas las diferencias es que, como lo subrayo en la cita, para el psicoanálisis la relación con la realidad es libidinal, o dicho de otro modo, la relación es con la realidad investida libidinalmente. Esto significa que dicha relación se instaura y se sostiene primordialmente en la relación de objeto, y por tanto es afectada en mayor o menor medida por las vicisitudes pulsionales y el conflicto psíquico.

La realidad a la que se remite en las formulaciones psiquiátricas como “alteración de la verificación de la realidad” citada es la realidad externa, fáctica, material. Es la realidad perceptual dependiendo de la dotación instintiva o del aprendizaje, la realidad con la que se supone operan las funciones cognitivas. Planteada en estos términos la relación con esta realidad, que es unívoca, está alterada de igual manera tanto en los llamados trastornos psicogenéticos como las psicosis funcionales, como en los trastornos organogenéticos como las demencias. La alteración se piensa como un déficit o falla de aprehensión de la realidad y desde este punto de vista, como relación basada en el déficit no tiene un significado simbólico. Por la misma razón el delirio se define solo como error, como “Falsa creencia basada en una inferencia incorrecta de la realidad que es firmemente sostenida..” (DSM IV 1995).

Sin embargo la prueba de que hay método en la locura, o sea, que hay un sentido en los síntomas más allá de esa alteración se puede ver en la clínica, en la cualitativa diferencia que se puede observar entre los fenómenos de déficit en el discurso de la demencia y los fenómenos de significado, aunque idiosincrásico, de la psicosis esquizofrénica.

El psicoanálisis afirma que la realidad afectada es no solo esa realidad sino también la realidad psíquica, el “mundo interno” de las fantasías y relaciones de objeto que va a mediar con la realidad externa y de esa manera también va a determinar características del trastorno.

Esta realidad, en tanto basada en la relación objetal, se construye correlativamente con ésta a lo largo de un desarrollo, en un proceso epigenético, de interacción entre maduración constitucional y experiencias con el ambiente, una interacción entre factores internos y externos que van determinando su cualidad y aprehensión específica.

Freud estudió la psicopatología de la relación con la realidad poniendo énfasis en la función mediadora atribuida al Yo. Sostuvo que la psicosis era consecuencia del conflicto planteado entre el Yo y el mundo exterior, derivado a su vez es del conflicto del Ello con la realidad. Puntualiza que realidad y mundo exterior no son sinónimos, porque la realidad que se opone al Ello es tanto la realidad fáctica como el “acervo mnémico” que constituye el “el mundo interior”, o sea la realidad psíquica.

Lo decisivo para la evolución psicopatológica posterior es como va a responder el Yo, si sujeta al Ello y se somete a la realidad como en las neurosis, o avasallado por las pulsiones se arranca de la realidad, constituyendo una psicosis.

Tanto la neurosis como la psicosis sustituyen la realidad, si bien en diferente forma y extensión, ya que en la neurosis lo hace puntualmente en el síntoma, mientras que en la psicosis es un fenómeno extenso y complejo.

Esta diferencia se debe fundamentalmente al papel que cumple la fantasía: en la neurosis la fantasía se apoya, “como en el juego de los niños” (que como demostró M. Klein es una actividad simbolizante), en un fragmento de realidad distinto del que se defiende, le presta un significado particular y secreto (reprimido) y así en el síntoma aparece esa realidad como simbólica. En la psicosis se reconstruye con la fantasía delirante la relación con la realidad que fue destruida, pero remplazando con ella al mundo exterior, según el concepto del delirio como restitución.

Aquí cabe señalar una consecuencia de ese proceso que es de fundamental importancia para el abordaje psicoterapéutico de las psicosis. Es evidente que en la construcción de la fantasía delirante han intervenido los procesos de simbolización que ha estudiado el psicoanálisis (Jones 1916), basados en los modos de funcionamiento del inconciente

(condensación, desplazamiento, identificación, etc), cuyo ejemplo princeps es el sueño, y por eso siempre se señaló el isomorfismo entre sueño y delirio. Esta construcción, que se puede rastrear e interpretar psicoanalíticamente, es la que confiere un significado o sentido a la idea delirante. Pero ese remplazar a la realidad como restitución supone un proceso complejo y no bien dilucidado que cambia radicalmente su estatuto de símbolo.

En este punto se pone de manifiesto la falla básica estructural que condiciona la evolución psicótica: el fracaso en el desarrollo de la capacidad de simbolizar. Esta falta ha sido teorizada por diversos autores con una profundidad que no puedo exponer en este trabajo por lo que me limitaré a mencionar los dos conceptos más conocidos: la imposibilidad del duelo por la pérdida del objeto (posición depresiva) que desarrolló M. Klein y la forclusión (Verwerfung) del Nombre-del-Padre que impide el acceso al orden simbólico que propuso Lacan.

Su consecuencia es que en la llamada “restitución” la fantasía delirante deja de ser un símbolo en el sentido básico de “representar” a la cosa, y esta mudanza se describe de diferentes formas según el contexto teórico: deja de ser un significante que remite a otro significante (Lacan), se convierte en una ecuación simbólica (H. Segal), elemento Beta para ser evacuado (Bion), remplacea como representación de palabra a la representación de cosa destruida (Freud).

Cualquiera sea la explicación, lo que importa desde el punto de vista psicoterapéutico es que el delirio no puede ser abordado como símbolo a través de la interpretación, puesto que para el paciente no remite a un significado inconciente sino a la realidad.

ESCUELA INGLESA.

Los desarrollos teóricos sobre las psicosis de Freud y sus discípulos tenían que superar un escollo, un obstáculo epistemológico (Bachelard), que era la concepción del narcisismo primario. La teoría etiopatogénica proponía un punto de fijación muy temprano, en la etapa del narcisismo primario, concebido como previa al establecimiento de la relación objetal. Por eso Freud las denominó Neurosis Narcisistas, consideró que no establecían transferencia y por tanto no se podía aplicar el tratamiento psicoanalítico.

En consecuencia los aportes a la teoría de la psicosis generalmente derivaban de otros campos pasibles de análisis, como el concepto de desmentida y escisión del Yo, elaborado a partir del fetichismo.

Con este enfoque la investigación clínica directa solo es posible en tratamientos que requieren modificaciones de la técnica clásica, en general en el manejo de la transferencia, como los que llevó a cabo la escuela americana.

M. Klein desarrolló un aparato teórico que eliminó ese obstáculo epistemológico. La teoría del desarrollo temprano plantea una concepción diferente del narcisismo, que no se considera un estado evolutivo donde no hay relación de objeto (narcisismo primario), porque como el Yo y las relaciones de objeto están dadas desde el comienzo, el narcisismo no es un estado evolutivo sino un tipo defensivo de relación de objeto. Esta concepción básica permite plantear un juego de identificaciones que van constituyendo las estructuras psíquicas, y las vicisitudes en esa construcción que dan origen a la psicosis puede investigarse y tratarse en la transferencia, porque lógicamente se establece un vínculo transferencial.

En “Notas sobre mecanismos esquizoides” (1946), M. Klein establece una primera etapa del desarrollo, que llamó esquizo-paranoide, donde describe los mecanismos y ansiedades que son constitutivos del psiquismo, pero que también permiten comprender el fenómeno psicótico.

Allí describe un mecanismo, la Identificación Proyectiva (IP), que se convertirá en el principal instrumento teórico que hizo posible una clínica para investigar las psicosis. La define como una fantasía onnipotente en la cual el sujeto introduce su propia persona, en totalidad o en parte, en el interior del objeto para dañarlo, poseerlo o controlarlo (Klein 1946). La propone como prototipo de relación agresiva, pero también implica una relación narcisista, en el sentido de borramiento de los límites y negación de alteridad del objeto, o sea que da cuenta de los estados narcisistas como tipos o variedades de relación objetal.

Me interesa señalar que no solo es muy importante su papel en la constitución del psiquismo como mundo interno sino también de la realidad como mundo externo.

Su papel en esta construcción radica en que la identificación en este mecanismo es una acción transitiva, no reflexiva, como es su uso habitual en la teoría del desarrollo del aparato psíquico, tal como lo hace Freud. En esta acepción más comúnmente empleada identificarse significa que el yo se conforma de acuerdo a características del objeto, como sucede en la identificación edípica.

En la IP el Yo identifica a un objeto en sentido transitivo, es decir, lo constituye como una identidad perteneciente a una clase. Y el término proyección refuerza ese sentido de una acción del yo sobre el objeto. Por consiguiente es el mecanismo psicológico que, junto con la acción del ambiente, la realidad externa, que recibe esa proyección y a su vez puede, a través de la experiencia, modificar la identificación, va construyendo la realidad para ese sujeto, en un juego de proyección/introyección que es estructurante.. Esta función primaria de la IP como modo primitivo de vinculación con el objeto fue subrayado por Bion, quién lo constituyó en pieza fundamental de su enfoque teórico.

Contando con la teoría de las relaciones de objeto tempranas los psicoanalistas pudieron realizar tratamientos psicoanalíticos de los psicóticos con el método clásico de análisis de la transferencia y así estudiar diferentes modalidades clínicas. Entre aquellos que realizaron importantes investigaciones clínicas y teóricas cabe mencionar a Rosenfeld, Segal, Fairbairn, Winnicott, etc.

Me interesa destacar para mi trabajo los aportes originales de W. Bion (1897-1979), que reunió una vasta experiencia clínica en el análisis de pacientes psicóticos, especialmente esquizofrénicos, y basándose en esta experiencia elaboró una serie de teorías acerca del pensamiento psicótico que permiten una visión psicoanalítica profunda del tema.

Un concepto clínico central es su concepción de Parte Psicótica de la Personalidad (Bion 1957), cuyo paradigma es la esquizofrenia, que se caracteriza por cuatro rasgos esenciales:

1. Una preponderancia de los impulsos destructivos tan grande que incluso el impulso de amar es recubierto por ellos y se transforma en sadismo,
2. Un odio a la realidad externa e interna que se extiende a todo lo que pueda despertar conciencia de la misma.
3. Pánico de aniquilación inminente.
4. Una formación de relación de objeto prematura y precipitada, que se puede observar en la transferencia y cuya fragilidad contrasta con la tenacidad con que es mantenida.

Este tipo de personalidad frente al conflicto utiliza como mecanismo de defensa central la fragmentación de toda aquella parte que si misma que está encargada de la concienciación de la realidad tanto externa como la atención y la percepción, como de la realidad interna, la conciencia como el órgano que capta la cualidad psíquica. (Cabe señalar que en

lenguaje freudiano todas ellas son funciones del Yo). Los fragmentos resultantes son evacuados a través de una Identificación Proyectiva masiva en los objetos externos, creando un mundo o realidad psicótica donde el paciente queda encerrado. Como ejemplo de este mecanismo propone la alucinación, concebida como consecuencia de que los sentidos invierten funcionalmente su dirección y en lugar de recibir los estímulos actúan evacuando, proyectándolos en el exterior.

Como estas características están dadas desde el comienzo de la vida psíquica la evolución de este tipo de personalidad es marcadamente distinta de aquella que no las tiene. Esta última es la parte no-psicótica de la personalidad, que también está presente en todos los pacientes, aunque oculta o tapada por la primera.

Bion utiliza el término “parte psicótica” o “no-psicótica” de la personalidad porque propone que ambos tipos de estructura se dan en los psicóticos y aún en los neuróticos y el cuadro clínico resulta del predominio de una de ellas.

El otro concepto de gran importancia instrumental para la psicoterapia de la psicosis es su desarrollo del uso de la IP como modo primitivo de comunicación, mediante el cual el paciente puede depositar en el terapeuta partes escindidas de su psiquis, especialmente emociones que resultan insoportables, con la esperanza de que éste pueda contenerlas y volverlas pasibles de ser reintegradas. Es la función “reverie” que, en el proceso de desarrollo normal cumple la madre.

PSICOTERAPIA DE LAS PSICOSIS

Indudablemente los aportes del psicoanálisis a la comprensión de la psicosis, además del valor heurístico que poseen, sirven en la clínica para pensar la compleja problemática del psicótico, orientarse en el interjuego de los factores personales y ambientales y así poder diseñar estrategias para cada caso individual. Pienso que en esto reside su mayor eficacia, más allá de poder actuar psicoterapéuticamente a través de la palabra.

Desde el punto de vista psicopatológico la concepción de la relación narcisista de objeto permitió la investigación en la transferencia de la estructura de la psicosis, pero los psicoanálisis profundos que realizaron grandes analistas han aportado más al conocimiento de esa estructura que al desarrollo de una técnica terapéutica eficaz.

Desde el punto de vista psicoanalítico una limitación importante es que el principal instrumento del método, la interpretación, se basa en el lenguaje simbólico como medio para acceder al pensamiento y es precisamente el trastorno en la simbolización una de las características básicas de la psicosis.

Por eso creo que en cuanto a la psicoterapia basada en la técnica psicoanalítica clásica, más allá de su valor como método de investigación, los resultados terapéuticos han sido relativos y muestran un carácter experimental. Me refiero en cuanto a lograr las metas que Freud propuso con diferentes enunciados: “llenar las lagunas mnésicas”, “vencer las resistencias de la represión”; “hacer consciente el Inconsciente” , “donde era Ello debe advenir Yo”; conjunto de formulaciones que apuntan todas ellas a la modificación de la estructura mental. Este modelo de la cura presupone una estructura instituida con un grado de desarrollo tal que pueda ser modificada, pero en el caso de psicosis debemos partir de una estructura con un trastorno básico que obliga a replantear los términos.

Sin embargo la psicoterapia es de un valor indiscutible dentro de un tratamiento integral que necesariamente es de abordaje múltiple, combinando recursos terapéuticos biológicos, especialmente psicofarmacológicos, con las terapias llamadas psicosociales, que incluyen las psicoterapias individual y familiar, actividades de resocialización, etc. Varios trabajos de investigación estadística han comprobado que cuando se combinan el tratamiento psicofarmacológico con los tratamientos psicoterapéuticos se previenen las recaídas y es necesaria una dosis menor de fármacos.

Pese a las restricciones señaladas el método analítico indudablemente proporciona instrumentos para construir un vínculo psicoterapéutico beneficioso, con la ventaja de constituir al mismo tiempo un método de investigación y preservar la singularidad del paciente.

Voy a considerar un aspecto que considero fundamental para un abordaje psicoterapéutico: la relación con la realidad y la acción de la Identificación Proyectiva.

RELACIÓN CON LA REALIDAD, IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA Y VÍNCULO TERAPÉUTICO

Desde siempre se observó que, salvo excepciones como estados agudos o confusionales, existe en el paciente más psicótico un aspecto que reconoce la realidad. La alienación, aun

cuando comporta una alteración profunda del yo y por consiguiente de la cosmovisión del mundo (H. Ey) no toma necesariamente la personalidad total.

Este hecho supone descriptivamente lo que se llama disociación o escisión psíquica (Ingles: *splitting*, Alemán: *Spaltung*). Este término es particularmente polisémico y con diversos usos, descriptivos o explicativos, tanto en psicoanálisis como en psiquiatría.

En psiquiatría fue usado por Bleuler para designar el síntoma fundamental y el modo de funcionamiento mental de la esquizofrenia: la división de las funciones psíquicas como consecuencia del trastorno primario de las asociaciones (Bleuler 1911).

En psicoanálisis el fenómeno primario y fundante de la elaboración teórica, el inconciente fue inicialmente descrito por Freud como escisión (*Spaltung*) de la conciencia como consecuencia de la represión. El término fue usado por Freud en sentido descriptivo para dar cuenta de su revolucionario concepción del hombre como constitutivamente escindido en su psiquismo, pero hacia el final de su obra volvió a usar el término, ahora con un sentido específico, la escisión del Yo (*Ichspaltung*) como consecuencia de la desmentida. Este mecanismo de defensa, descubierto en el fetichismo y extendido a las psicosis, que consiste en el rechazo de una percepción traumatizante (la falta de pene en la mujer) tiene como consecuencia la instauración dentro del sujeto de dos actitudes psíquicas diferentes, contrapuestas e independientes entre si (Freud 1938). Esta escisión implica una doble relación del Yo con la realidad externa, una que la reconoce y otra que la niega, actitudes que persisten conjuntamente sin influirse entre si. A diferencia de la división primaria (*Spaltung*) entre sistemas (Cc-Inc) o estructuras (Yo-Ello) esta es una división intrasistémica (dentro del Yo).

M. Klein utiliza disociación (*splitting*) en un sentido distinto al de Freud, porque designó así la división del yo como proceso básico en el desarrollo del psiquismo y mecanismo central en la defensa frente a la ansiedad a lo largo de toda la vida.

Frente al hecho clínico de la disociación en el psicótico se puede plantear que, si bien es clara la diferencia y oposición entre las actitudes psíquicas es discutible la independencia y nula influencia entre ellas que propone la escisión freudiana, en tanto consideremos al sujeto, aun escindido, como un individuo y sobretodo como objeto de un tratamiento.

En mi trabajo prefiero tomar como modelo la concepción de Bion de la coexistencia en la personalidad de dos organizaciones diferentes con específicos funcionamientos: parte

psicótica y no-psicótica, siendo el cuadro clínico el resultado del predominio de una de ellas, que de esa manera oculta a la otra, la cual sin embargo siempre está presente y con posibilidades de actuar. En esta teoría corresponde hablar de personalidad y no del Yo, porque si bien en términos generales la relación con la realidad es una función del Yo, los factores en juego son estructuralmente complejos y trascienden lo que teóricamente se define como organización del Yo.

Este modelo permite plantear la posibilidad de una interacción entre ellas que sirva de base para una estrategia terapéutica general con el objetivo de que la parte no-psicótica adquiera el dominio de la personalidad, controlando a la parte psicótica. Dicho de otra manera debe actuar como continente, en función de cuidado y preservación del Self.

Esta manera de plantear el tratamiento incluye el problema económico, en el sentido que el factor intensidad del ¿afecto? es también determinante en la evolución y en la presentación de los síntomas. Soy consciente de la vaguedad de este enunciado pero no encuentro otra manera de formular mi impresión que en el paciente el delirio no se modifica en su estructura sino que incide en la conducta según su fuerza o intensidad. Pienso que sobre esta variable es que actúan los psicofármacos.

El uso de la IP como modo primitivo de comunicación se expresa desde el comienzo en el vínculo terapéutico porque el paciente la utiliza para colocar en el T el trastorno de la relación de la realidad que representa su delirio.

EJEMPLO CLÍNICO QUE SE VA A LEER EN EL ATENEO

A continuación describiré otro uso de la IP masiva como control por la parte psicótica.

Leonardo, a quién yo había analizado un tiempo al final de su adolescencia, varios años después, cuando tuvo su primer hijo sufrió una crisis psicótica aguda, de comienzo brusco, con ideas persecutorias y místicas. Lo llevaron a una Clínica psiquiátrica, donde lo medicaron y enviaron a la casa en observación, postergando la internación. Vuelve a la casa con la esposa y esa noche no duerme. Se instala con fuerza el delirio, con gran ansiedad y excitación psicomotriz. Le confiesa a la esposa una primera crisis que tuvo en la adolescencia y ella se sorprende porque nunca se lo había dicho ni había sospechado nada. La aterroriza con proposiciones sexuales perversas. Luego le cuenta haber sufrido una violación en su infancia por parte de un tío, pero enseguida se ratifica y le dice que fue

el padre. La esposa, asustada, llamó a su propio padre y cuando éste llegó Leonardo repite la historia de la violación (luego me dirá en su relato: “Los hice testigos de mi estigma”). Finalmente le pide que me llame. En la mañana lo llevaron nuevamente a la Clínica y es internado.

Me hice cargo del tratamiento y luego de una internación relativamente breve continuó tratamiento ambulatorio, con psicoterapia tres veces por semana y psicofármacos.

La esposa empezó a tener una conducta de distanciamiento creciente, reprochándole que le había ocultado su crisis pasada y apoyándose en su familia le planteó que no podía ver a su hijo solo, que éste siempre estaría “custodiado” porque no confiaba en él, dado que era un potencial violador del hijo.

En este episodio podemos ver un uso de la Identificación Proyectiva por la parte psicótica. Desde el punto de vista psicopatológico la irrupción aguda del delirio representa la repetición del trauma y el abandono de la realidad. Las circunstancias de comienzo y la sintomatología clínica sugieren que el motivo desencadenante fue el nacimiento del hijo y la falla en la identificación paterna, que provocó la ansiedad persecutoria por los impulsos agresivos contra el hijo.

Mediante la confesión de la violación, en el contexto de la revelación de psicosis y el amedrentamiento sexual, Leonardo realiza una Identificación Proyectiva masiva en la esposa y el padre y los convierte en controles de un padre violador, que es la identificación culpógena que lo marca. De esta manera la parte psicótica establece en la realidad una defensa en función del delirio, que asegura la protección del hijo. Al mismo tiempo se instala un vínculo con un objeto con características de un Super-yo cruel que mantiene una rígida disociación y rechazo de la locura (“el estigma”).

Ya en el tratamiento, cuando desapareció la sintomatología psicótica manifiesta, Leonardo expresó que no tenía ningún recuerdo de haber sufrido esa violación y no podía imaginar porqué lo había dicho, sintiéndose culpable de denigrar a su padre.

En la relación terapéutica se comportaba como un neurótico, cumpliendo con el encuadre y aportando sueños y asociaciones. Sin embargo la aceptación del control de la relación con el hijo impuesta por la madre no era cuestionada a pesar de mis señalamientos, lo que pienso que muestra la disociación y persistencia de la idea delirante.

Un año después L. sufre una nueva crisis que obligó a una internación.

Era un delirio típicamente persecutorio, con temores de ser homosexual, ansiedad de ser atacado, ser víctima de una conspiración, etc.; y reapareció la idea de la violación por el padre y el tío. Ahora la parte psicótica no solo tomó el comando de la personalidad sino que apareció con fuerza en la transferencia. Pienso que la crisis fue consecuencia del fracaso de la disociación y la masiva re-introyección de lo anteriormente proyectado, un retorno que en estos casos es un proceso violento y disruptivo.

Cuando disminuyó la sintomatología psicótica aguda comenzó a aparecer ansiedad claustrofóbica por la internación y la consiguiente demanda de externación. Apareció en la transferencia una figura terrorífica, un Superyo sádico que exigía saber la verdad de la violación, como condición para el alta de la internación.

En una sesión previa a la externación, luego de expresar su ansiedad por el encierro quedó en silencio, sentado frente a mí, con la vista baja. Luego se levantó, se fue al rincón de la habitación, se sentó en el suelo contra la pared con la cabeza entre las manos y al cabo de unos momentos, poniéndose de rodillas frente a una silla apoyó en ella el pecho y en silencio, se me ofreció homosexualmente. Yo me sentí confundido y paralizado, como sucede frecuentemente frente a la IP psicótica y con una duda angustiosa acerca del alta.

En esta viñeta podemos observar algunas características del funcionamiento de la parte psicótica. En este caso la IP ha operado a través de la acción, sin palabras, y en ese sentido es un ejemplo de la observación de Bion que el ataque a la comunicación verbal es un mecanismo privilegiado para negar la realidad. La proyección a través de este tipo de acción es invasora y paralizante. Mediante ella Leonardo había depositado en mí y mejor dicho en mi cabeza como continente una compleja identificación, ya que no solo me convierte en el padre violador, también el Superyo sádico que exige la “realidad”, procesa la locura como estigma y niega la posibilidad de control.

Esta viñeta ilustra los aspectos teóricos y técnicos de la psicoterapia de la psicosis que expongo en este trabajo

Este personaje terrorífico que exige la verdad y el sometimiento en el tratamiento es un buen ejemplo del Superyo primitivo que descubrió Bion en su investigación. Se le reveló en el vínculo terapéutico cuando el paciente vivenció que se le negaba el uso de la IP como modo de comunicación (Bion 1957). Bion propuso que se debía al establecimiento

de un Superyo primitivo que rechazaba la IP como modo de vinculación primitiva, y que era consecuencia del fracaso de la “reverie” materna.

Este es uno de los fundamentos teóricos de la actitud técnica que propongo de aceptar la psicosis que mediante la IP el paciente deposita en el terapeuta con la ¿esperanza? de volverla pasible de ser contenida. El objetivo terapéutico es capacitar a la parte no-psicótica para que pueda cumplir esa función de cuidado y preservación

La dificultad de lograrlo se traducirá en la repetición en la transferencia del fracaso de esa función primaria, como lo muestra Leonardo en relación con su psicosis, y que puede ser pensado tanto como falla de la relación con el objeto primario (Klein) como forclusión del Nombre-del-Padre (Lacan).

En síntesis pienso que la psicoterapia psicoanalítica es un buen método para darle al paciente la posibilidad de vivir con su locura mas que”curarla” de ella.

CONCLUSIÓN

En la primera parte de este trabajo expuse que si bien Psiquiatría y Psicoanálisis comparten la idea de que la característica básica de la psicosis es el trastorno de la relación con la realidad, la diferencia reside en que para el psicoanálisis dicha relación es libidinal y esto significa que primordialmente se fundamenta en la relación de objeto. La realidad investida libidinalmente supone su construcción en un proceso epigenético de interacción entre desarrollo madurativo y experiencias infantiles. En este proceso que es una interacción dinámica entre realidad externa y realidad psíquica, juega un papel fundamental la Identificación Proyectiva.

Sobre esta base el psicoanálisis plantea que los síntomas psicóticos tienen sentido más allá del déficit o disfunción, un significado a comprender por la historia del sujeto.

Esta concepción de la realidad, que incluye tanto la realidad externa como la realidad psíquica, también determina un específico abordaje psicoterapéutico en tanto el objetivo no es la “verificación” de la realidad externa sino la contención y eventual análisis de la realidad psíquica.

En los ejemplos clínicos intenté poner de manifiesto la falla primaria en la relación con la realidad y el uso de la Identificación Proyectiva para depositarla en el terapeuta. Planteo que este modo de funcionamiento requiere desde el punto de vista de la técnica una actitud

básicamente receptiva y continente, que no ponga en juego el principio de realidad para confrontar con la “realidad” del delirio.

Esta posición reconoce una característica clínica del delirio: el núcleo irreductible de realidad que tiene para el sujeto la vivencia delirante, que en mi experiencia se conserva aun en la llamada rectificación posterior cuando se supera la crisis.

Como síntesis el objetivo terapéutico no es “curar” la locura sino ayudar a vivir con ella

Agradezco a los Dres Alejandro Gallo, Horacio Rotemberg y Jorge Maldonado la valiosa ayuda prestada en la revisión y elaboración de este trabajo

DESCRIPTORES. PSICOSIS. PSICOTERAPIA DE LA PSICOSIS. IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA. REALIDAD

BIBLIOGRAFÍA

- BION W.R (1957) Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas.
En *Volviendo a pensar*. Buenos Aires. Horme
- (1957) Sobre la arrogancia. En *Volviendo a pensar*. Buenos Aires. Horme
- (1962): A theory of thinking . En *Second thoughts*, Londres, Karnac (1955).
- ETCHEGOYEN, R.H (1986) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu,
- EY HENRY, BERNARD P, BRISSET CH: “*TRATADO DE PSIQUIATRÍA*” 1995.
- JONES, E. (1916). “The theory of symbolism”. *Papers on Psycho-Analysis*. London, Bailliere, Tindall & Cox.
- KLEIN M. (1946) Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Desarrollos en Psicoanálisis*, Buenos Aires, Hormé
- (1930). The importance of symbol-formation in the development of the ego.
In: *Love, guilt and reparation*. London, Karnac Books, 1992.
- LACAN J. (1953) Función y campo de la palabra y del lenguaje en Psicoanálisis
En *Escritos I*, México, siglo XXI 1971
- (1966). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis
En *Escritos I*, México, siglo XXI 1971
- FREUD, SIGMUND: Obras completas – Buenos Aires. Amorrortu
- (1915) El Inconciente
- (1916-17). Conferencias Introductorias.
- (1924) Neurosis y psicosis.
- (1924) La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis .
- (1927) Fetichismo
- (1937) Construcciones en Psicoanálisis
- (1938) Esquema del psicoanálisis.

LAPLANCHE J. Y PONTALIS, J.B. (1971) *Diccionario de Psicoanálisis*, Labor, Barcelona.

MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES. (DSM IV). BARCELONA, MASSON SA, 1995.

SEGAL, H. (1957). Notes on Symbol-formation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 38 : 391-398.