

EDICIÓN-REEDICIÓN: REFLEXIONES A PARTIR DE LOS APORTES DE D. W. WINNICOTT A LA COMPRENSIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS PSICOSIS Y OTRAS PATOLOGÍAS GRAVES.



Revista de Psicoanálisis Noviembre 1999 - No.3.
Carlos D. Nemirovsky^(1*).

“Sin duda somos muy pobres si somos totalmente cuerdos”.

D. W. Winnicott (1960a)

RESUMEN

Es especialmente en nuestro trabajo con los pacientes con graves perturbaciones que vamos aprendiendo que las variaciones taxonómicas son diagnosticables sólo en un contexto vincular. También, que la creación de un ambiente que genere el mínimo de reacciones adversas tendrá una importancia crucial. De la calidad de este vínculo y cómo procedamos dependerá el diagnóstico y, por cierto, el pronóstico mismo. El atribuir al enfermo “conducta bizarra”, o determinadas reacciones afectivas, no sólo deberá tener en cuenta el contexto cultural -los códigos locales- sino que no podrá soslayar la actitud del entrevistador como esencial en el establecimiento del campo psicológico y, por ende, de la génesis de algunas particularidades conductuales en el entrevistado.

En este trabajo desarrollaré la idea de que sólo en un nuevo vínculo -reparador de aquel temprano con los objetos más significativos- podrán resolverse ciertos desarrollos sintomáticos que se generaron debido a una intensa y prolongada relación patológica en los inicios de la vida. Trataré en especial de mostrar que es a través del mecanismo que hemos llamado “edición” (Lerner y Nemirovsky, 1989,1990,1992) –que difiere de la clásica reedición transferencial- que se posibilita el registro de lo aún no vivenciado para su posterior integración en el self.

INTRODUCCIÓN: ALGUNOS COMENTARIOS ACERCA DEL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS

En una definición abarcativa de psicosis, consensuada entre colegas con experiencia clínica en patologías graves, no podrá dejarse de lado, seguramente, características como desorganización severa de la personalidad, marcada regresión libidinal y yoica, o descripciones fenomenológicas como conducta bizarra, ideas delirantes, reacciones afectivas lábiles e intensas y, sin duda, una significativa perturbación en el contacto con la realidad. Alucinaciones, dificultades en el curso del pensamiento e hipocondría serían, también, rasgos prominentes. Por su parte, Kaplan, Sadock y Grebb (1994) seleccionan tres parámetros que resultan a juicio de los autores importantes para delimitar las psicosis: “Incapacidad para distinguir la realidad de la fantasía, evaluación de la realidad deteriorada y creación de una nueva realidad.”

1.- Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Virrey Loreto 1799, p. 3 (1426) Argentina. Correo Web cnemirovsky@janssen.com.ar

Si la mayor parte de los elementos que constituyen el diagnóstico sintetizado en estas definiciones se hacen presentes en quien nos consulta, no tendremos dudas respecto del cuadro que se trata. Además, si encontramos un racimo de estos síntomas es más que probable que la visita del paciente a nuestra consulta sea tardía y que hayan pasado ya algunos años desde el comienzo de su enfermedad -y también, quizá, más de una experiencia terapéutica desde la primera consulta-, de manera que la cristalización sintomática y los procesos de restitución han configurado un cuadro estereotipado con tal rigidez que si varios colegas observaran al paciente, aunque desde distintas perspectivas teóricas, aceptarían un diagnóstico similar o apenas con pequeñas variantes.

Difícilmente luego de años de cronicidad podamos remover su enfermedad. El vínculo analítico debería enfrentar transferencias que generan distorsiones permanentes, determinando una visión estereotipada que sólo permita dirigir los esfuerzos terapéuticos a la rehabilitación. Pero debemos admitir que son los pacientes que genéricamente podríamos llamar gravemente perturbados los que requerirán de nosotros una actitud especialmente cuidadosa y prudente, neutral, con el fin de evitar promover resultados adversos.

Este particular cuidado en todas nuestras intervenciones resulta de la concepción que sostiene el maestro inglés que inspira los desarrollos que me propongo: “En el estudio del infante real ya no es posible no tomar en cuenta el ambiente. Por lo tanto, el término regresión tiene ahora una aplicación clínica en la regresión a la dependencia. Se trata de la tendencia al restablecimiento de la dependencia y en consecuencia el comportamiento del ambiente pasa a ser algo que no puede ignorarse cuando se usa la palabra regresión. Esta palabra sigue conteniendo la idea de regresión al proceso primario. Ahora la tendencia a la regresión es vista como parte de la capacidad del individuo para producir su autocuración. Representa una indicación del paciente al analista acerca de cómo debe comportarse este último, más bien que acerca de cómo debe interpretar al paciente...La psicosis ya no ha de atribuirse a una reacción a la angustia asociada al complejo de Edipo, ni a una regresión a un punto de fijación, ni se la vincula específicamente con una posición del proceso del desarrollo instintivo individual. En lugar de ello puede postularse que la tendencia regresiva de un caso psicótico es parte de la comunicación del individuo enfermo, comunicación que el analista puede comprender del mismo modo que entiende como comunicación el síntoma histérico. La regresión representa la esperanza del individuo psicótico de que puedan revivirse ciertos aspectos del ambiente que originalmente fallaron, pero revivirlos de un modo tal que en lugar de fallar en su función de desarrollar y madurar la tendencia heredada, esa vez tenga éxito.” (Winnicott,1959).

Aun a riesgo de ser redundantes, recordemos que Winnicott (1971) se refiere a los borderlines como poseyendo un núcleo psicótico central y rígido defensas, de manera que también estos pacientes presenta problemas psicopatológicos y terapéuticos cercanos a los psicóticos; de allí que los englobemos como pacientes gravemente perturbados.

Es especialmente en nuestro trabajo con los pacientes con estas graves perturbaciones que vamos aprendiendo que las variaciones taxonómicas son diagnosticables sólo en un contexto vincular. Es aquí donde la creación de un ambiente que genere el mínimo de reacciones adversas tendrá una importancia crucial. Por lo tanto, de la calidad de este vínculo y, en especial, de cómo procedamos los profesionales dependerá el diagnóstico y por cierto el pronóstico mismo. El atribuir al enfermo “conducta bizarra” o determinadas “reacciones afectivas” no sólo deberá tener en cuenta el contexto cultural -los códigos locales- sino que no podrá soslayar la actitud del entrevistador como esencial en el establecimiento del campo psicológico y, por ende, de la génesis de algunas particularidades conductuales en el entrevistado.

Más adelante, será el consenso que establezcamos con nuestros pares profesionales aquello que nos permitirá pensar en una u otra categoría diagnóstica, aunque exigirá siempre mantener con la taxonomía un vínculo laxo, de transformación permanente, para evitar rigideces que empobrezcan nuestro pensamiento.

UNA PERSPECTIVA DE LAS PATOLOGÍAS GRAVES

Guiados por la concepción winnicottiana, entendemos que el desarrollo de un tratamiento que haga factible la recuperación de un cuadro grave resultará de un encuentro con un objeto que permita un vínculo adecuado y específico que posibilite la puesta en escena de necesidades tempranas insatisfechas que permanecieron congeladas a la espera de estos encuentros que facilitarán su despliegue.

Estas necesidades tempranas que son diferenciadas claramente por Winnicott (1960b) del accionar instintivo (“debe subrayarse que al referirme a la satisfacción de las necesidades del infante no hablo de la satisfacción de instintos”) son agrupadas en su obra en tres categorías: sostén (holding), manipuleo (handling) y presentación del objeto (object-presenting), y requieren acciones específicas del medio -el medio más temprano es la “madre suficientemente buena”- para que en el transcurso del desarrollo hacia la independencia el sujeto humano se integre, se personalice y acceda a la realidad.

Es a partir de su vasta y heterogénea experiencia clínica con pacientes gravemente perturbados que plantea que si por diversas situaciones el desarrollo transcurrió sin aquellas respuestas que hubiesen sido posibles por parte de un objeto adecuado, crucial, específico, las necesidades permanecerán congeladas a la espera de un contexto receptivo, no “reactivo”.

El modelo que nos brinda el pensamiento de Winnicott, y de su prolífica escuela, intransigentemente vincular, tiene su basamento científico en los postulados de Freud y en los desarrollos kleinianos pero, en este aspecto, la diferencia de nuestro autor, y algunos que le precedieron, consiste en: a) haberse alejado de los planteos instintivistas y, por ende, deterministas; b) la jerarquización de los factores ambientales en la crianza humana, proveedor irremplazable de aquellos objetos que satisfarán necesidades, y luego deseos, y que se ampliarán en el camino hacia la transición en el contexto familiar y social.

Recorriendo la literatura psicoanalítica podremos percibir que Winnicott no estuvo solo en lo esencial de estos pensamientos: Fairbairn (1941) propuso a la libido como buscadora de objetos y no de placer; a las zonas erógenas como canales mediadores, y a las fases libidinales como “técnicas del yo” para regular las relaciones con los objetos, fundando las bases para una concepción que podemos denominar del “impulso primario” (búsqueda de objetos –y no necesariamente de placer- como motor central del psiquismo), divergente de aquella de “impulsos secundarios” sostenida por Freud: la sexualidad cabalgando sobre los instintos de autoconservación, o anaclisis. Fairbairn no deja de destacar, como uno de los fundamentos de sus divergencias con Freud, las diferencias contextuales. El siglo XIX, para él, estaba dominado por “una concepción helmholtziana del universo físico”. Es también en esos años cuando Bolwby (1940) escribe su primer trabajo acerca de la influencia del medio en el desarrollo de las neurosis. También en esa década Balint (1968) desarrolla su teoría a partir de la denominada falta básica. Más contemporáneamente, desarrollan algunos de sus puntos de vista los colegas que lo acompañaron en el “middle group” así como los que en USA se aproximan a algunos de sus puntos de vista: Mahler, Erikson, Searles, Kohut y sus seguidores.

Es oportuno ahora un interrogante: ¿por qué muchos de estos autores -cuatro o cinco décadas después de los comienzos del Psicoanálisis- observan los fenómenos psíquicos desde tan distintas perspectivas? ¿Por qué se desplaza el acento del instinto y sus transformaciones hacia las modalidades vinculares? ¿Por qué descentran el nudo edípico como piedra angular de la patología y dirigen su mirada a aquello que precede a la organización triangular?

Estos factores son variados (y llevan también como ingrediente el componente personal de quien formula sus hallazgos) pero quisiera puntualizar un factor que me resulta sustancial: el desarrollo de una enfermedad, y como se la conciba, estará siempre en función de los valores propios de la época. Durante la modernidad -y esto lo confirmamos en cada paradigma freudiano- la búsqueda del saber y de la verdad eran el norte de todo investigador: el saber, positivo; la verdad, opuesta a la apariencia y a la mentira. Décadas después, Winnicott y sus contemporáneos comienzan a preocuparse por el individuo que produce el medio urbano y esto se refleja obviamente en las búsquedas que orientan a estos pensadores: el sufrimiento del hombre a partir de la postguerra surge como una consecuencia de no poder hallar con facilidad la presencia, la disponibilidad, la comprensión, el encuentro, que en plena sociedad postindustrial rehuyen tanto más que en la época de la modernidad freudiana.

Acerca del valor del medio en la etiología de las psicosis hoy seguimos formulándonos hipótesis sin poder responder aún a aquello que Winnicott (1954) reclamara: “La idea del psicoanálisis como arte debe ceder gradualmente ante el estudio de la adaptación ambiental relativa a las regresiones de los pacientes. Pero mientras siga sin desarrollarse el estudio científico de la adaptación ambiental supongo que los analistas debemos continuar siendo artistas en nuestro trabajo”.

Aunque debemos reconocer que nuestro autor arriesgaba algunas definiciones: citando a su amigo J.

Rickman sostenía: “La locura es la incapacidad de encontrar a alguien que nos aguante” (Winnicott, 1961). Y luego: “En el infante, la relajación significa no sentir la necesidad de integrarse, mientras se da por sentada la función del yo auxiliar de la madre” (Winnicott, 1962) La integración está estrechamente vinculada con la función ambiental de “sostén” -que en la cita anterior se da por sentada para destacar lo que sabemos, justamente, que no siempre es así-, con el “aguante”, en el sentido real y/o metafórico. Posteriormente, dirá que “La locura no es en general una regresión, pues la regresión implica un elemento de confianza; es más bien un muy elaborado acondicionamiento de defensas cuyo objeto consiste en prevenir la repetición de la desintegración” (Winnicott, 1967).

Podemos pensar, entonces, que si ofrecemos un setting que permita crear un medio ambiente “sostenedor”, seguramente específico para cada paciente, permitiremos la vivencia de la esperanza a la que el lúcido autor se refiere y, sin duda, estaremos más cerca de vislumbrar la salud. Al respecto, Winnicott enfatiza el vínculo, vínculo de presencia y disponibilidad necesarias y, consecuentemente, de esperanza.

¿No nos permiten estas formulaciones estar más cerca de la dilucidación de las cuestiones del tratamiento de pacientes severamente perturbados?

LA POLÉMICA REEDICIÓN/ EDICIÓN: ¿PODREMOS CREAR LO QUE NO FUE?

Freud (1917) formuló una reflexión visionaria que dejó sin contestar: “...no veo en que sentido habría fracasado la orientación que hemos impuesto a nuestras búsquedas si descubriésemos que en la psicosis graves son las pulsiones yoicas mismas las extraviadas de manera primaria...el futuro lo dirá...”

Creo que estamos en ese futuro y podemos advertir que esa intuición freudiana es hoy una de las más importantes ideas trabajadas por los diversos autores en los que abrevamos. Las “pulsiones yoicas mismas” opuestas, en ese momento teórico, a las sexuales y que requieren para su satisfacción de una “acción específica” implican una concepción muy cercana, aunque no exacta, a los “instintos del yo” de Winnicott, a esas necesidades que, como él plantea, deben encontrar imprescindiblemente su objeto específico para poder lograr la integración, la personificación y la realización.

La misma idea la hallamos en Kohut (1971) para las primeras relaciones objetales, posibilitadoras del establecimiento de un self cohesivo, vital y armónico. Para lograrlo, deberá el incipiente self encontrar objetos que lo especularicen y a quienes idealizar. También Bowlby (1969) coincide con estos conceptos cuando piensa en las conductas de apego, e igualmente Balint (1968) postulando el amor primario. En la clínica de J. McDougall (1982) están presentes conceptos teóricos similares.

Si en los comienzos de nuestra vida, quien nos debe “sostener” y “aguantar” -el depositario de nuestra confianza- falla reiteradamente, será deficitario nuestro desarrollo. Pero, si son efectuadas, permitirán que el bebé sea, que se sienta real, creativo, que logre su vivir en su propio cuerpo, que con el tiempo siga siendo el mismo. De no ser así, de fallar esos primeros objetos imprescindibles, de no establecerse un “sostén” confiado, esas necesidades se congelarán, esperando una mejor oportunidad para hallar una respuesta en la amistad, la poesía o el analista. De no ser posible un encuentro pertinente, quedará una fisura que llevará a la mente y luego al falso self a ocupar el lugar de la persona (“ser en vez de”) con la finalidad de evitar el caos, dando lugar, posteriormente, en los casos más graves, incluso a la construcción defensiva de un delirio.

Contemporáneamente a la publicación de artículos de Winnicott tan importantes como “El desarrollo emocional primitivo” (1945), “La psicosis y el cuidado de los niños” (1952), Erikson, E. H. (1950) describe las etapas epigenéticas del desarrollo humano, comenzando por la de “Confianza Básica” que exige... “una sensación de comodidad física y una experiencia mínima del temor o incertidumbre. Si se aseguran estos elementos, [el bebé] extenderá su confianza a nuevas experiencias... El mantenimiento de las funciones corporales representadas por la respiración, la ingestión, la digestión y los movimientos motores son las únicas preocupaciones del organismo joven y estas últimas incluyen su finalidad inmediata de interacción con el medio. El resultado de un buen pasaje por esta primera etapa dejará como remanente el sentimiento de esperanza.”

Profundicemos un poco más en el pensamiento de Winnicott: “...el analista está preparado para

aguardar hasta que el paciente sea capaz de presentar los factores ambientales en términos que permitan su interpretación como proyecciones. En un caso bien escogido, este resultado surge de la capacidad del paciente para confiar, que es redescubierta en la confiabilidad del analista y en el encuadre profesional. A veces el analista tiene que esperar mucho y en el caso mal elegido para el psicoanálisis clásico es probable que la confiabilidad del analista sea el factor más importante (o más importante que las interpretaciones) porque el paciente no la experimentó en el cuidado materno de la infancia y para poder hacer uso de ella necesitará encontrarla por primera vez en la conducta del analista. (Winnicott, 1960 b).

DESTAQUEMOS DE ESTE TEXTO ALGUNOS CONCEPTOS:

a) El caso mal elegido para el psicoanálisis clásico: dejaremos de lado la discusión “clásico o no”, considerando solamente que si un analista tiene “in mente” la idea de creatividad como valor importante deberá inventar -seguramente reinventar- una forma de encuentro para cada persona a la que trate; entonces lo inmutable, lo “clásico”, no será nuestra técnica (no hay, a mi entender ni siquiera en los protocolos freudianos, una “técnica clásica”), aquello que no varía será lo atinente a la ética, en el sentido de no manipular al paciente, y de respetar sus valores.

“En el psicoanálisis -plantea el citado autor en este mismo texto- tal como lo conocemos, no hay ningún trauma al margen de la omnipotencia del individuo.”

Cuando Winnicott categoriza a sus pacientes en términos psicopatológicos lo hace básicamente por el grado de estructuración del self, por la existencia y posibilidad de ponerse de manifiesto aquello verdadero de él, por la “porosidad” del falso self; finalmente por la posibilidad del analista de operar como lo hacemos habitualmente, es decir, basándonos fundamentalmente en la actividad interpretativa. Si no es posible proceder de esa forma, Winnicott propone hacerlo con técnicas de conducción en las que el marco, el setting, se jerarquiza. Propone tres categorías para tipificar a los pacientes, trazando entre ellas una línea imaginaria, que obviamente no es precisa, como corresponde a todo trabajo serio de taxonomía psicopatológica. Los tres tipos de pacientes (Winnicott, 1945) resultan en: “completos” (nuestros conocidos neuróticos, con la consiguiente ambivalencia en sus relaciones interpersonales), los “depresivos”, que no pudieron elaborar la culpa generada por sus fantasías ambivalentes (destructivas), y los “predepresivos” (los que llamamos aquí pacientes graves), que son quienes no han podido evolucionar hacia la delimitación de un espacio que los separe del afuera, del no-yo, que no han podido construir una alteridad y para los cuales la conducta del analista y el marco analítico cobran más importancia que los contenidos verbales de una interpretación.

b) Confiabilidad: Ya señalamos lo caro que era este concepto para Winnicott, así como para Erikson. Recordemos que los pacientes denominados “predepresivos” no tuvieron la posibilidad de experimentar la confianza con sus primeros objetos. “Sería agradable, dice Winnicott (1954), poder aceptar en análisis solamente a aquellos pacientes cuyas madres, al comienzo y durante los primeros meses de vida, hubiesen sido capaces de aportar condiciones suficientemente buenas. Pero esta era del psicoanálisis se está acercando irremisiblemente a su fin”. Un año antes, había aclarado de forma inequívoca su postura: “La enfermedad psicótica está relacionada con el fracaso ambiental en una fase precoz del desarrollo emocional del individuo... y solamente puede ser aliviada por una provisión ambiental especializada e interrelacionada con la regresión del paciente... allí será fundamental la provisión de un marco generador de confianza”. (Winnicott, 1954).

En la medida que avanzamos en nuestra disciplina, y en especial en las investigaciones de los análisis de pacientes graves, nos vamos acercando, y en la actualidad con más herramientas, al desamparo [Hilflosigkeit] que Freud (1926) relacionara con las vivencias de los primeros momentos de la vida. Indudablemente, en nuestros días, la búsqueda de un semejante es más motivada por la necesidad de un encuentro -con un objeto acorde a las necesidades prioritarias- que con el objeto de deseo sexual. Esta idea es la que expresa J. McDougall (1982): “Narciso desempeña un papel más importante que el Edipo, en cuanto a la dilucidación de las perturbaciones más profundas de la psiquis humana; la supervivencia ocupa un lugar más fundamental en el inconsciente que el conflicto edípico, hasta el punto que para algunos la problemática del deseo incluso puede aparecer como un lujo.”

c) “Por primera vez”: con esta referencia a un acontecimiento que sucede eficazmente en el análisis por primera vez, Winnicott entra de lleno al problema de la edición. Ya nos habíamos referido a ello hace algunos años: “Durante la experiencia analítica deberá editarse una secuencia de situaciones que no habían sido registradas en la infancia ya que no había sustrato yoico para hacerlo. Podemos describir ahora transferencias, que llamamos de necesidad, que no se reeditan automáticamente sino que requieren de la actitud empática del analista para editarse y desplegarse. No son re-impresiones, existen en un espacio potencial, a la espera de un objeto, que les permitirá nacer si realiza acciones específicas. Para que se posibilite esa edición serán necesarios aquellos elementos apropiados (...): reflejar, dar coherencia, significar y discriminar la emoción, comprender la secuencia del material manifiesto...” (Lerner y Nemirovsky, 1990 y Nemirovsky, 1993). Sólo si el analista aporta un marco confiable, creando un medio-ambiente adecuado y presentándose disponible para el paciente, éste podrá -ahora sí- intentar confiar en él.

¿Dónde podemos hallar aquello que aún no fue editado? En el encuentro con otro ser humano. Los humanos nacemos con la disposición a confiar -por otro lado no tenemos otra posibilidad: comenzamos en el polo opuesto del concepto de responsabilidad, que recién se va desarrollando a partir de adueñarnos de experiencias que nos informan acerca de aquello que nosotros somos capaces de hacerle a otros. La responsabilidad es mínima en el ser humano naciente y es máxima en los padres a quienes el bebé se entrega. Si éste es defraudado (en sentidos material y metafórico) se generarán los problemas tempranos que veremos luego en la clínica de la disociación: borderlines y psicóticos. Pero, si todo va bien, es decir, si se encuentran respuestas medioambientales allí donde se las busca, si el objeto se halla donde “se debe” encontrar, y desde allí va satisfaciendo y luego, gradualmente, fallando (ya que con un paciente en estado de necesidad no podemos no fallar si nos mantenemos como analistas), sólo entonces se darán las condiciones para poder “editar”.

Acerquémonos ahora a otra frase de Winnicott (1954) complementaria de los conceptos que estamos desarrollando: “La ira perteneciente a la situación de fracaso ambiental originaria se expresa por primera vez”. Es decir, el sujeto reaccionará aquí por primera vez como antes no pudo. Seguramente acató o se sometió (al analista y a los aspectos formales de la relación) y la ira quedó en el estado de postergada, congelada, hasta poder desplegarse en un contexto garantizador de su contención y posterior actitud reparatoria.

¿Qué contiene lo editado? Aquello de lo que el paciente no pudo hacerse cargo por que no lo abarcaba, no le pertenecía. El fracaso ambiental temprano dejará el miedo a que vuelva a repetirse como una señal de su existencia, de su vigencia. Este afecto, el miedo del que ya ha sufrido un derrumbe, y su temor a la repetición de la caída, actualizado en la transferencia, será el único indicador que nos guíe en el intento de reparación que buscamos desde nuestro lugar. La modalidad transferencial será la que Balint (1968) describe como falta básica, Winnicott (1974) como el miedo al “derrumbe” y aquella que hemos descrito como “transferencia de necesidad” (Lerner, H. y Nemirovsky, C., 1990).

d) En la conducta: por supuesto que el analista con todos sus pacientes debe portarse bien, pero aclaremos de entrada que esta no es una recomendación técnica ni una convocatoria ética. Es especialmente con los pacientes tempranamente traumatizados (McDougall, 1982) que el analista, al decir de Winnicott, “debe portarse bien”. Este concepto deriva del de “madre suficientemente buena” y en la clínica resulta que si el analista auténticamente se porta bien, es decir, si es sensible, constante, coherente, dedicado, tolerante con su propia ira; finalmente, si reúne las cualidades de una madre suficientemente buena, el paciente podrá delegar en él su ser falso. El analista, en los casos complicados, debe “estar preparado para aguardar” -y no es retórica en boca de Winnicott. A veces debemos aguardar años, esperando sin vengarnos, conteniendo incluso a la familia. Y no sólo a la del paciente: Searles (1966) se ha animado a decir claramente que fundamentalmente a nuestra familia.

El “portarse bien” será necesario para hacer del analista un analista de psicóticos. Winnicott (1971) le dice a su paciente hombre: “Estoy escuchando a una mujer. Sé muy bien que usted es un hombre, pero yo escucho a una mujer, y hablo con ella.” [Aclara luego a sus lectores]: “Deseo destacar que esto nada tiene que ver con la homosexualidad”.

Sigue el paciente: “Si le hablase a alguien sobre esta mujer, me dirán que estoy loco”. Analista: “No se

trata de que usted le haya dicho eso a nadie: soy yo quien ve a la mujer y oye hablar a una mujer, cuando lo cierto es que en mi diván hay un hombre. El loco soy yo mismo.”

La cita sigue: “El paciente dijo entonces que en ese momento se sentía cuerdo en un ambiente demente”. Y luego “...el hombre tuvo que adaptarse a la idea de su madre, de que su hijo era y sería una niña”.

Si por un momento nos imaginamos que Winnicott no hubiera sido quien fue y se hubiese “adaptado” -como el paciente a su madre- a una determinada manera de analizar, a sólo una perspectiva...qué hubiese interpretado? Podría haber dicho algo como: “Ud. desea que yo me haga cargo de su parte femenina” o, quizá, “Ud. quiere hacerme ver que”...etc., etc.. En definitiva, señalando un camino errado, una falsa vía o culpabilizando a su paciente. Esta secuencia podría venir como anillo al dedo a un terapeuta que abusando del concepto de identificación proyectiva, buscarse portarse bien...con la teoría. Este supuesto terapeuta tampoco se hubiera animado a “ser loco”.

Si Winnicott no hubiese tenido su teoría de la falla medioambiental, ¿qué hubiera visto? Y, ¿qué si el paciente hubiese sido “etiquetado” (a través de una pseudointerpretación) de homosexual? Podríamos seguir preguntándonos, pero Winnicott nos propone un modelo que acota interrogantes espurios y plantea otras perspectivas y motivos para investigar.

A esta altura se impone una aclaración: la perturbación intensa y constante en la satisfacción de las necesidades del self, siempre básicas, generan las condiciones para la enfermedad psicótica, pero no descartamos, como nunca lo hicieron quienes nos precedieron, aspectos bioquímicos o genéticos. Aportamos desde donde cada uno vamos sabiendo. Nos resta la tarea, hoy todavía incipiente, de ir integrando los distintos vértices del conocimiento.

ALGUNAS CONCLUSIONES

Analizar a un psicótico requiere ciertas condiciones: ser audaz, permitirse ser contradictorio y... hasta animarse a considerar al paciente como lo más importante de nuestra vida en ese momento y, luego, poder rescatarnos de todo esto. En este sentido, los caminos del tratamiento de un psicótico son idiosincráticos, y requieren de un gran esfuerzo personal del analista para conducirlo, también del apoyo de nuestra propia familia, ya que ésta seguramente se enterará -queramos o no- a través de llamados insólitos del paciente, cuando no de visitas a nuestra casa, o de diversas formas de acercarse con mensajes.

¿Cómo debe ser un analista para tratar a un psicótico? Las más de las veces deberá tolerar ser, por largos períodos, “inexistente”. Y si pasa esta prueba, tendrá que soportar la transferencia intensa, cambiante y habitualmente actuada del psicótico. Y, en algunas oportunidades, deberá estar preparado para aceptar una posible curación espontánea, a diferencia del neurótico, para quien la actividad interpretativa del psicoanalista es absolutamente necesaria: “La psicosis se halla estrechamente relacionada con la salud, en la cual están congeladas innumerables situaciones de fracaso ambiental que sin embargo, son alcanzadas y descongeladas por los diversos fenómenos curativos de la vida corriente, a saber, amistades, cuidados durante la enfermedad física, la poesía, etc.” (Winnicott, 1954).

El terapeuta deberá “ser” y, desde allí, “hacer” porque si no es auténtico -si su labor no está encarnada en su personalidad- no durará mucho tiempo al frente del tratamiento: será rápidamente denostado por el paciente que siempre es dueño de una especial sensibilidad para captar más allá de lo que su analista quiere mostrar. Quizás se adapte -y esto sería más penoso- a lo (poco) que pueda recibir, y una vez más se repetirá su historia, la historia de su enfermedad. Un analista de psicóticos será un analista de 1 o a lo sumo 2 psicóticos por vez, no resistirá mucho más. Y esto es porque para sobrevivir necesitará ser ni más ni menos que una suficientemente “buena madre”, intentando comprender y guardándose -y por mucho tiempo- posibles explicaciones.

¿Cuáles son los límites de nuestra comprensión como analistas? “Son tareas específicamente analíticas: reflejar, dar coherencia, significar y discriminar la emoción, comprender la secuencia del material manifiesto y no rechazarlo como poco valioso o que lo es sólo en la medida que es el vehículo del cual se sirve lo inconsciente para emerger, poner límites (“a Ud. no le conviene”...), o dar alguna sugerencia (“Mejor postergar esa decisión para más adelante”) (Gioia, 1989), tener paciencia y tolerar no interpretar todo lo que

vemos, permitir la intimidad del paciente consigo mismo, siendo, por momentos, testigos mudos de nuestra propia exclusión.” (Lerner, H. y Nemirovsky, C., 1989).

La paciencia es indudablemente una función del psicoanalista, un recurso de primera magnitud, sin duda, pero ejercerla ¿hasta donde? “Los límites de nuestra actitud y de nuestro encuadre no son los de la teoría; son los de nuestra empatía, nuestra paciencia y nuestra posibilidad de poder seguir pensando, hasta allí podemos flexibilizarnos sin introducir parámetros.” (Lerner, H. y Nemirovsky, C., 1990). Esperar a que el paciente pueda adueñarse de su ira es una de las funciones más difíciles para el analista de psicóticos, comparable quizá a la tolerancia de la transferencia idealizadora. También nos referimos al ser audaz; audacia para crear y recrear salidas, caminos, sesgos que sólo serán plasmados en esa relación y sólo en esa. Uno de los ejemplos es el que citamos, donde Winnicott pudo renegar, aunque sea parcial y temporariamente, su percepción cuando le dice a su paciente “veo a un hombre pero escucho a una mujer”.

Otra condición importante, si queremos analizar psicóticos, es sentirnos capaz de ilusionarnos con la idea de nuestra posibilidad de poder ayudar a este particular paciente “conviviendo” con él/ella un tiempo.

¿Y respecto a la responsabilidad del analista de las reacciones del analizando? ¿Cuándo y cómo posibilitamos el desarrollo -como un ambiente adecuado- o, por oposición, cuándo y cómo provocamos reacciones? Galli (1982) se plantea una pregunta bien interesante: ¿Por qué con los psicóticos los terapeutas más jóvenes tienen mayor efectividad terapéutica que los más “hechos”? y ensaya una respuesta basada en que los jóvenes aceptan más fácilmente el cuestionamiento del propio rol y del propio conocimiento. Podemos seguir pensando en esta línea, ya que seguramente los jóvenes estarán menos aferrados a teorías que, al decir de Guntrip (1971), “son buenos servidores pero malos amos”, y que sólo permiten observar la experiencia clínica por un estrecho desfiladero. También los jóvenes dedican más tiempo a su paciente y, si su salud psíquica lo permite, estarán más cerca del sentido común que de la teoría.

Por último, una pregunta que dejamos sin contestar intentando promover la discusión con nuestros colegas: ¿el problema con los psicóticos son sus transferencias o tendremos los analistas dificultades para aceptar una forma tan extraña de vínculo, angustiante, cuestionador, exigente y... hasta enloquecedor?

BIBLIOGRAFÍA

- Balint, Michel (1968) *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*, Londres, Tavistock Publications.
- Bleichmar, H. (1997) *Avances en Psicoterapia psicoanalítica*. Ed. Paidós, Bs.As.
- Bowlby, John (1940) ----- (1969) *Attachment and loss, I, Attachment*. The Hogarth Press. También *El vínculo afectivo*, Bs. As., Paidós, (1976).
- Erikson, E. H. (1950) *Symposium on Healthy Personality*, en M.J. Senn, ed. N. York :J. Macy, h., Foud.
- Fairbairn, W.R.(1941) *A revised psychopathology of the psychosis and psychoneurosis* *International Journal of Psycho-Anal.* Vol.4, pags. 751-81.
- Freud, Sigmund (1917) *Introducción al Psicoanálisis*, Conf. n. 26, “La teoría de la libido y el narcisismo”, pag. 390/391 Amorrortu Editorial, Bs.As., 1977. Corresponde a S.E. T.XVI, pag. 430
- (1926) *Inhibición, Síntoma, y Angustia*, Amorrortu Editorial., Bs. As., Galli, Vicente (1982) *Una perspectiva de investigación psicoanalítica en psicosis*.
- XIV Congreso Psicoanalítico de America Latina. Bs. As, Argentina Gioia, Terencio (1989) *Comunicación personal*.
- Guntrip, Harry (1971) *El self en la teoría y la terapia psicoanalítica*. Amorrortu, Bs.As,1973.
- Kaplan, Harold; Sadock, Benjamin; Grebb, Jack (1994) *Sinopsis de psiquiatría*, Bs. As., Ed. Panamericana, 1996.
- Kohut, Heinz (1971) *Análisis del self*. Ed. Amorrortu. Bs As., 1977.
- (1977) *La restauración del sí mismo*. Ed. Paidós.Bs.As., 1980. Lerner, Hugo, Nemirovsky, Carlos (1989). *Personalidad borderline: déficit estructural y problemas clínicos*. XI Simposio y Congreso interno, Apdeba.

- (1990) La estructuración del self como cambio psíquico. XII Simposio y congreso Interno, Apdeba.
- (1992) La clínica del déficit. Relación con su origen traumático. XIV Simposio y Congreso Interno, Apdeba. Bs.As.
- McDougall, Joyce (1982). Alegato por cierta anormalidad. Editorial Petrel, España.
- Nemirovsky, Carlos (1993) “Otros analistas, otros pacientes?”. Reflexiones acerca del psicoanálisis actual. Actas XXVIII IPA Congress, Amsterdam .
- Oelsner, Roberto (1988). Notas sobre el trauma precoz y la transferencia. X Simposio y Congreso Interno, Apdeba, Bs. As.
- Puget, Janine (1991) Entrevistando a Psicoanalistas. Reportaje del Dr. M. Spivacow. Psicoanálisis, XIII, 2.
- Searles, Harold (1966) Escritos sobre Esquizofrenia. Editorial Gedisa, Barcelona, España.
- Winnicott, Donald (1945) Desarrollo emocional primitivo. Escritos de Pediatría y psicoanálisis .
- (1954) Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. Escritos de Pediatría y psicoanálisis. Ed.Laia, España.
- (1959-64) La clasificación: ¿Hay una contribución psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica? Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Ed. Paidós. Bs. As., 1993.
- (1960 a) La familia y el desarrollo del individuo, Paidos, Bs.As., 1984.
- (1960 b) La teoría de la relación paterno filial. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Bs. As.,. Paidos, 1992.
- (1961) Variedades de psicoterapia. El hogar , nuestro punto de partida. Paidos, Bs. As., 1993.
- (1962) La integración del yo en el desarrollo del niño. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Ed. Paidos. Bs.As., 1993.
- (1967) El concepto de individuo sano. El hogar, nuestro punto de partida. Paidos. Bs. As., 1993.
- (1971) Realidad y Juego. Ed. Granica, Buenos Aires, Argentina.
- (1974) Fear of Breackdown Int.Rev. of Psych-Anal. N.1 y Psicoanálisis, Vol IV, N. 2, 1982.

En Web: Aperturas Psicoanalíticas: Revista Internacional de Psicoanálisis.

<http://www.aperturas.org/3nemirovsky.html>

Volver a Artículos Clínicos
Volver a Newsletter 8-ex-34

