

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE PSICÓTICO, SEGÚN LAS IDEAS DE BION.



León Grinberg.
Asociación Psicoanalítica Madrid

Wilfred Bion fue, ante todo, un psicoanalista creativo. Su capacidad de observar y de otorgar significado a sus observaciones, junto con su magnífica intuición, que postulaba como funciones esenciales en el trabajo psicoanalítico, constituyeron precisamente los elementos básicos de su actitud creativa.

Apoyándose en Kant sostenía que si trabajamos con la intuición sola, aislada, la intuición es ciega; y si lo hacemos con el concepto solo, aislado, el concepto es vacío. Por tanto, conviene tratar de establecer una buena integración entre la intuición y la conceptualización para que pueda surgir el pensamiento maduro y reflexivo que nos permitirá acercarnos a la verdadera comprensión de lo que pasa en el paciente, principalmente en el paciente psicótico.

La devoción de Bion por la verdad fue uno de sus grandes méritos y una de las más valiosas contribuciones que nos ha legado. Freud nos ha enseñado que "... no debemos olvidar que la relación analítica está basada en un amor a la verdad, esto es, en un reconocimiento de la realidad, y que esto excluye cualquier clase de impostura o engaño".

Bion afirmó también que la búsqueda de la verdad era tan esencial para el crecimiento mental como lo es el alimento para el crecimiento biológico. Sin la verdad, la mente no se desarrolla, muere por inanición.

Bion ha conservado lo más valioso de las contribuciones clásicas de Freud y de Melanie Klein, encarándolas - a veces - desde perspectivas o "vértices" diferentes. De esta manera, desarrolló aperturas hacia nuevas formas de pensar en psicoanálisis. Bion ha sugerido el término "vértice" porque lo considera más apropiado que la expresión "punto de vista", para ser aplicado a situaciones y casos particulares sin provocar confusión. El "punto de vista" se refiere demasiado específicamente al órgano de la visión. Cuando se visualiza una línea, sin representarla en el papel, uno hace algo que se describe como usar el "ojo interno", "ver en la imaginación" o "visualizar". Esta actividad depende de la contraparte mental del sentido visual. Por ese motivo, prefiere utilizar el término "vértice" para aplicarlo a las diferentes posibilidades y problemas que encontramos en la clínica. El concepto de "Vértice" se refiere, pues, al ángulo desde el cual se trata de comprender primero y comunicar después una determinada experiencia; por ejemplo, la experiencia psicoanalítica.

Cada uno de los integrantes de la pareja psicoanalítica, el analista y el paciente, tendrá su propio vértice con respecto a la experiencia que comparten. Estos vértices deberían mantener entre sí una distancia útil, sin estar demasiado cerca (para evitar la confusión) ni demasiado lejos (para evitar la falta de comunicación). Debe haber cierta diferencia de vértices para que sea posible la correlación y la confrontación, que son aspectos importantes de la tarea psicoanalítica.

A través de toda la obra de Bion, puede comprobarse una profunda preocupación por los problemas de la verdad, de la mentira y de la falsedad, que fueron y siguen siendo los problemas de los filósofos, epistemólogos, etc. Conviene hacer una distinción entre falsedad y mentira, ya que lo falso representa una concepción errónea de la realidad, mientras que la mentira constituye una distorsión intencionada de la misma.

El enunciado falso está más en relación con la inadecuación del ser humano que no puede sentirse

confiado en su habilidad de darse cuenta de la verdad. El mentiroso tiene que estar seguro de su conocimiento de dónde está la verdad para no caer en ella por accidente, tal como lo afirma Bion. Estos planteamientos podrían reformularse en términos de conocimiento, preguntándonos: “¿Qué es lo que conocemos en psicoanálisis?” “¿Cómo lo conocemos?” “¿Qué hacemos con lo que conocemos?” De estas preguntas surgen, sino respuestas directas, algunas hipótesis acerca de:

- *La realidad psíquica y la estructura de la mente*; es decir, formulaciones sobre la parte psicótica y la no-psicótica de la personalidad, sobre las alucinaciones y la alucinosis, sobre la “reversión de la perspectiva”, etc.;
- *El funcionamiento de la mente*; a saber, una teoría acerca del pensamiento, sus orígenes, sus usos y sus trastornos, y la aplicación de la “teoría de las transformaciones” para su mejor comprensión; y
- *Las formulaciones técnicas*, con una serie de consideraciones y desarrollos acerca de la actitud mental del analista en su tarea clínica diaria.

Al leer a Bion, se tiene la impresión de que intenta presentar un análisis “vivo”, a través de interrogantes sin respuestas definidas, no saturadas, y orientadas hacia un universo en permanente expansión.

Bion postuló la coexistencia de una “personalidad psicótica” y de una “personalidad no-psicótica o neurótica”. Las manifestaciones de la parte psicótica de la personalidad no “cabe” dentro del modelo del aparato psíquico planteado por Freud y casi tampoco “cabe” en el campo ampliado de la mente planteado por las teorías de Melanie Klein. Para que puedan apreciarse los fenómenos psicóticos del modo como Bion los describe, es necesaria una nueva ampliación - extensión del campo - para dar cabida a la identificación proyectiva normal y patológica, en sus diversas modalidades, a las evacuaciones de los órganos de los sentidos (transformaciones en alucinosis) y a las fuerzas no reconocidas que Bion sugiere han operado y siguen operando en los grupos humanos.

Como ya he señalado, uno de los conceptos más fundamentales descritos por Bion es el de la diferencia entre la “personalidad psicótica” y la “personalidad no-psicótica”. Podemos encontrar la base de tal diferenciación en Freud quien, principalmente en sus artículos sobre “Fetichismo” y “La escisión del Yo en el proceso defensivo”, muestra el clivaje irreductible que afecta al Yo en el ejercicio del papel esencial que tiene en el conflicto: por un lado, reconocer las exigencias de la realidad y, por el otro, evitar el displacer. El fetichista siente que tiene que resolver un dilema acuciante: una parte de su mente acepta la existencia de la realidad, y la otra parte la rechaza porque no tolera que la mujer carezca de pene, ya que ese conocimiento implica la reactivación de su angustia de castración. Recurre, entonces, a una renegación o repudio de dicha realidad peligrosa. Freud, al descubrir esa situación utilizó el término alemán *Verleugnung* (renegación o rechazo) para diferenciar el destino de la idea que se pretende eliminar, reservando el término *Verdrängung* (represión) para el afecto.

Estos conceptos de Freud sirvieron como punto de partida para que algunos autores, especialmente Bion, establecieran la diferenciación en todo ser humano de dos modalidades de funcionamiento mental.

Para Bion, el concepto de “personalidad psicótica” no es un diagnóstico psiquiátrico; se trata más bien de una modalidad de funcionamiento mental que se caracteriza por el lenguaje, por la conducta y, sobre todo, por el efecto que esta personalidad puede despertar en el interlocutor.

¿Cuáles son los rasgos más importantes de la “personalidad psicótica”? Destacaré, en primer lugar, la intolerancia a la frustración. El paciente psicótico no la tolera, ni tampoco la ausencia del objeto. Por ese motivo recurre a mecanismos psicóticos para tratar de evitar la frustración en lugar de modificarla. En mi opinión, éste es un elemento de diagnóstico diferencial importantísimo. El paciente neurótico puede intentar modificar la frustración ajustándose más a la realidad; en cambio, el paciente psicótico la evita por medio de la negación extrema, la alucinación, la disociación e identificación proyectiva patológicas. Otra característica es la del predominio del odio y de los impulsos destructivos con que se ataca la realidad externa y la interna. Este odio se hace extensivo a la conciencia y a todas las funciones asociadas con la misma (atención, memoria, juicio, etc.) y a todo aquello que permite establecer un vínculo con el objeto

con la realidad. En el psicótico, como consecuencia de estos ataques, puede surgir el temor a la retaliación y el sentimiento de una aniquilación inminente. Este sentimiento adquiere, en ocasiones, la calidad de un “terror sin nombre” porque el paciente ignora su contenido. Este terror puede provenir de relaciones muy conflictivas que ha tenido en su infancia con una madre que ha carecido de la capacidad de “*reverie*” es decir de haber podido recibir y contener sus ansiedades (entre otras, el miedo a morir que experimenta el niño) y de haber logrado transformarlas y devolverlas a su hijo en forma mitigada y tolerable.

¿Qué otra consecuencia puede haber de estos ataques violentos contra los objetos externos, los objetos internos y sus vínculos correspondientes? Pues que se produce una mutilación de aspectos del propio self, de partes de los objetos y de los vínculos, que quedan transformados en pequeñas partículas o fragmentos que son expulsados violentamente por medio de la disociación e identificación proyectiva patológicas. Estos fragmentos proyectados, que Bion denominó “objetos bizarros”, giran en la órbita que rodea al paciente, penetran y enquistan a los objetos externos poseyéndolos. Estos, a su vez al sentirse enquistados, tratan también de despojar de vitalidad a las partes proyectadas de la personalidad. El paciente se siente, entonces, inundado de terror porque se encuentra en una situación persecutoria frente al mundo de objetos bizarros que le amenazan. Pero ahí no termina el problema, Porque de lo que queda de ese desastre psicótico el paciente intentará reconstruir su lenguaje y su pensamiento; y, para lograrlo, sólo puede utilizar sus objetos bizarros, formados predominantemente por elementos beta, más restos de yo, Superyo y objetos externos. Confunde, pues, los objetos reales con sus pensamientos primitivos, y trata a los objetos externos conforme a las leyes que rigen en el mundo de su mente en vez de aplicar las leyes de la naturaleza y viceversa. Su confusión aumenta porque sigue actuando la destructividad que ataca los comienzos del lenguaje y del pensamiento naciente. El resultado será que no puede combinar las palabras ni hacer síntesis; lo único que consigue es aglutinarlas y yuxtaponerlas. Por lo tanto, es incapaz de formar símbolos; solo puede construir “ecuaciones simbólicas”.

El paciente psicótico no puede soñar porque carece de la “función alfa”, por lo que no puede formar elementos “alfa”, imprescindibles para construir un sueño, ni constituir la “barrera de contacto” que le permitiría separar lo consciente de lo inconsciente. La “función Alfa” es aquella función de la personalidad que es capaz de transformar las emociones y sensaciones primitivas en “elementos alfa” que son almacenados y sirven para la producción de los elementos de vigilia, de los pensamientos oníricos, de la formación de sueños y de recuerdos. Los “elementos beta”, en cambio, son emociones y sensaciones no transformadas y que sirven solamente para ser evacuados a través de la identificación proyectiva y formar “ecuaciones simbólicas”. El hecho de que un paciente no traiga sueños al análisis durante un periodo prologado no significa necesariamente que sea un psicótico. Un paciente neurótico puede reprimir sus sueños por la angustia que le originan los conflictos inconscientes contenidos en los mismos; entonces los olvidan, y puede pasar tiempo hasta que empiezan a recordarlos y traerlos al análisis. El psicótico, por el contrario, no puede reprimir sus sueños, ya que la represión es un mecanismo defensivo de un nivel más evolucionado y maduro, específico de la parte neurótica de la personalidad.

Los pacientes con “personalidad psicótica” suelen crear relaciones transferenciales prematuras y precipitadas, con la paradoja de que se instalan con tenacidad y, a la vez con fragilidad. Por este motivo, pueden abandonar a un terapeuta al que se habían adherido con mucha intensidad y pasar a otro con relativa facilidad. Por otra parte, tienden a funcionar con un “super” yo que se opone a toda posibilidad de aprendizaje y de progreso. Es un “Super” yo que se rige por principios morales de omnipotencia, omnisciencia, afirmación de superioridad destructiva y creencia de estar en posesión de la verdad. Posee, además, la tendencia a despertar sentimientos de culpa persecutoria en los demás.

El paciente psicótico recurre a la acción en ocasiones en que otras personas neuróticas o normales recurrirían al pensamiento; y, viceversa, usan el pensamiento mágico frente a aquellos problemas cuya solución depende de una acción. Además, se siente prisionero de su estado mental. Es incapaz de librarse del mismo porque siente que le falta el aparato de la conciencia de realidad que representa tanto la llave de escape como la libertad que añora. A veces, se siente también atrapado dentro de la situación analítica y no puede llegar al *insight* de estado mental que le ayudaría a salir de su encierro. Cualquier mejoría en el tratamiento psicoanalítico le representa un dilema, ya que el progreso le confronta con el conocimiento de su “locura” y el sufrimiento depresivo, por lo que no quiere seguir adelante. Tampoco se atreve a hacer uso

de la regresión por miedo de volver al estado psicótico inicial que implica también sufrimiento y la pérdida de la esperanza de recuperación. Debido a esta situación angustiante, recurre de nuevo al mecanismo de la identificación proyectiva patológica para colocar masivamente en el terapeuta las temidas fantasías, las temidas palabras y la temida conciencia o el *insight* recientemente adquirido. Este dilema se repite una y otra vez en el análisis de estos pacientes.

Bion planteó la existencia de tres síntomas para el diagnóstico de la personalidad pre-psicótica: el orgullo que se transforma en arrogancia, la curiosidad y una forma de ingenuidad o de “estupidez”. Si se puede detectar esta tríada sintomática en la clínica, resultará útil anticipar el estallido de una psicosis que está en evolución.

Entre otros síntomas de la personalidad psicótica se encuentra la alucinación que debe diferenciarse de lo que Bion llama la “transformación en alucinosis”. La alucinación es un fenómeno clínico que consiste en la evacuación, a través de los órganos de los sentidos, de partes escindidas de la personalidad y de los objetos internos persecutorios que los pacientes no pueden tolerar dentro de sí, por lo cual los evacúan - a veces masivamente -, en el mundo externo. Cuando estas partes escindidas han sido violentamente fragmentadas en múltiples partículas diminutas que no alcanzan un componente sensorial objetivable configuran lo que Bion ha denominado las “alucinaciones invisibles” que, en la clínica, son muy difíciles de detectar. En otras ocasiones, aparecen las así llamadas “alucinaciones evanescentes” que consisten en un “entender mal”, “oír mal” o “ver mal”, confusiones que el paciente suele utilizar para evitar llegar al *insight* de sus problemas. Las dos últimas categorías de alucinaciones forman parte de las “transformaciones en alucinosis”.

Bion describe tres clases de transformaciones: las de “movimiento rígido”, las “proyectivas” y las “transformaciones en alucinosis”. En las primeras, la invariancia (que es aquello que permanece inalterado en el proceso de transformación y permite reconocer el elemento original en el producto final), no es tan difícil de detectar porque ha sufrido poca deformación; es lo que sucede en los análisis de los pacientes neuróticos. En cambio, en las “transformaciones proyectivas”, que aparecen en pacientes más regresivos, hechos muy alejados de la sesión, tanto desde el punto de vista temporal como espacial, son considerados por el paciente como si fueran aspectos del terapeuta o de su propia personalidad, y aparecen con una intensa deformación. Las “transformaciones en alucinosis” provienen de una catástrofe primitiva, determinada principalmente por la mala relación con una madre o sustituto materno que no ha podido funcionar adecuadamente. Puede haber una envidia primaria o un sadismo constitucional, pero debemos considerar también la importancia del ambiente. Para entender el origen de la “personalidad psicótica” tenemos que tomar en cuenta lo que Freud ha llamado las “series complementarias”, formadas por elementos constitucionales y elementos adquiridos.

Para Bion, la alucinosis no debe ser considerada en un sentido peyorativo, sino que debería ser tratada con el mismo respeto que tributamos a cualquier material que nos trae un paciente neurótico, sea una asociación libre o un sueño. El “acting out”, el delirio o la alucinación, nos producen - a veces - reacciones contra transferenciales de rechazo, por lo que solemos caer en alianzas resistenciales inconscientes con el paciente, por temor a las angustias psicóticas que nos puede transmitir.

Presentaré, a continuación, muy brevemente, un ejemplo de una “transformación en alucinosis” de un material clínico que he supervisado, para que puedan apreciar cómo funciona una paciente psicótica que tenía “visiones”, según su expresión textual. El fragmento de la sesión es el siguiente:

La paciente dice: “En estos momentos tengo una visión. Veo un pitillo encendido que se me acerca y me puede quemar la vagina”. Se queda en silencio. Luego sigue. “Creo que es un castigo; sí, debe ser un castigo porque usted está enfadado conmigo por el solo hecho de que existo y no tolera que yo exista, que yo viva; por eso me castiga de esa manera”. Se puede desprender que la paciente vivía la interpretación que le había formulado su analista como un cigarro encendido que le podía quemar su vagina-mente y producirle daño. De este modo, proyectaba en el analista su propia tendencia agresiva y autodestructiva y el odio que experimentaba frente a su propia existencia. Después de un corto silencio, la paciente continúa hablando de la incomunicación y el vacío que sentía en la relación con su madre.

Bruscamente se interrumpe y dice: “Tengo ganas de acuchillar el diván, el sofá, y sacarle las tripas que tiene dentro. Lo estoy sintiendo, le estoy sacando las tripas”. Luego se mira el muslo y agrega: “Deseo cortar este muslo para que brote sangre; pero ¿qué pasa si brota sangre? ¿Será como el agua de los océanos?”

Siento que me invade y yo me siento perdida en un océano inmenso”.

En este material podemos encontrar distintos contenidos pero, para señalar lo más importante, diré que la paciente había proyectado en el diván-madre-analista su tendencia destructiva, que la conducía a saquear todo su interior (“vaciamiento de las tripas”) y que la vaciaban además de sus contenidos mentales. En un momento dado sintió que perdía los límites de su cuerpo y de su persona.

Esther Bick ha destacado la importancia de la función psíquica de la piel para el desarrollo mental. Demostró la necesidad que tiene el niño de una madre continente con la cual pueda identificarse, de modo de sentirse suficientemente contenido dentro de su propia piel, como para poder soportar la separación de su madre, sin temer que su self corporal se desintegre. El paciente psicótico, debido a la carencia de una madre continente, siente que la función psíquica de su piel tampoco es continente y teme desintegrarse. Hay ocasiones en que el paciente llega a experimentar la pérdida de sus límites corporales como una disolución total en que ni siquiera el espacio astronómico sería suficiente para contenerle. Percibe entonces una angustia catastrófica equivalente a que todos sus contenidos, órganos pensamientos e ideas se desparraman, se licúan, se drenan y se pierden en la inmensidad del espacio. Es lo que ocurría con la paciente que expresaba textualmente, a través de su “transformación en alucinosis”, que la sangre que le brotaba de su muslo, la vaciaría total y bruscamente de todos sus contenidos mentales, quedando con una sensación de “nada” y de “terror sin nombre”.

En otras ocasiones, el paciente con predominio de la “personalidad psicótica” que utiliza la “transformación en alucinosis”, considera que sus “creaciones” son el resultado de su capacidad de rodearse de un universo generado por él mismo y que le brinda un método “infalible” para no tener que sufrir el dolor de la frustración. El paciente “cree”, además, que su método es superior a cualquier otro método que le sea propuesto. En otras palabras, tiene que negar la existencia de una realidad externa que le limita, le oprime y le amenaza con el sufrimiento del dolor psíquico. Por lo tanto, la única “realidad” en la que cree es aquella “realidad” generada por sí mismo a través de la alucinosis. El sistema de la alucinosis se asienta, pues, en la intolerancia a la ausencia del objeto con su concomitante intolerancia al dolor de la frustración. Otra configuración clínica de la “personalidad psicótica” es el fenómeno denominado “reversión de la perspectiva”. Esta denominación fue tomada de un conocido experimento de la psicología clásica que consiste en la observación de una lámina que tanto puede representar un jarrón como dos perfiles. Lo normal es poder pasar de una perspectiva a otra, o de un “vértice” a otro; corresponde a la “perspectiva reversible”. Por el contrario, la “reversión de la perspectiva es un fenómeno resistencial complejo, por el cual el paciente tiende a quedarse en una sola y única perspectiva desde la cual “ve” el análisis y “escucha” las interpretaciones. Se trata de una actitud silenciosa, no manifiesta, que se esconde detrás de un aparente acuerdo y comprensión de la perspectiva que le muestra el analista. Es una defensa extrema contra la posibilidad de enfrentarse con el dolor psíquico y el sufrimiento depresivo. Cuando el paciente la utiliza, logra convertir una situación dinámica en estática. Toda evolución es detenida. “Revertir la perspectiva” es, pues, un fenómeno activo e intencional consistente en el rechazo silencioso y constante de las premisas sobre las cuales se basa la interpretación.

En síntesis, si bien Bion había destacado que en la psicosis había ataques violentos a la mente del paciente y a los vínculos con sus objetos, después de descubrir la importancia del concepto de la relación “continente-contenido”, se dio cuenta que la psicosis se debía más a la incapacidad del niño de disociar y proyectar adecuadamente. En otras palabras, lo importante es la influencia de una función alfa defectuosa que determina un déficit en el funcionamiento de la disociación y de la identificación proyectiva produciendo un fracaso del continente para contener las proyecciones disociadas. El análisis clásico pone el acento en que las psicosis presupone un Ello con sus irrupciones instintivas debidas a un proceso primario excesivo que agobia al yo. La noción de Bion es diferente: la psicosis se debería a una función alfa deficiente que es incapaz de recibir y de soñar los datos sensoriales de la experiencia emocional, por no poder mitigar su impacto.

Como enfoque técnico, Bion aconsejaba que trabajáramos “sin memoria, ni deseo”. Esta es una expresión que despertó muchas polémicas porque fue mal entendida y se distorsionó su verdadero espíritu. Se trata más de una actitud interna por parte del analista que de una real modificación de la técnica frente al paciente. Bion quería significar con ello que era preferible que el analista usara al máximo su intuición, sin dejarse influir

por sus juicios a priori, para que no contaminaran lo que estaba ocurriendo en el “aquí y ahora” de sesión. De esta manera, era posible captar los elementos y matices nuevos que siempre existen en cada experiencia de encuentro entre paciente y analista. Es importante, pues, tener la capacidad de librarse transitoriamente de la “memoria” y del “deseo” para que no perturben el buen aprovechamiento de la sesión psicoanalítica.

Termino esta comunicación que es, a la vez, un tributo a la memoria de Bion, enfatizando - nuevamente - su devoción por la verdad. Espero que ésta, una de sus más valiosas contribuciones, nos sirva para estimularnos en la búsqueda de la verdad, no sólo en el ejercicio de nuestra tarea con los pacientes neuróticos y psicóticos, sino también en nosotros mismos

Volver a Artículos Clínicos
Volver a Newsletter 5-ex-31