

Abordaje de la “improvisada personalidad” del psicótico¹

Carlos Tabbia

“El contacto con el paciente psicótico es una experiencia emocional, que tiene algunas características específicas diferentes a la experiencia de un contacto más habitual; el analista no se encuentra con una personalidad, sino con una improvisación de personalidad precipitadamente organizada” (Bion, 1996, p. 92). Este texto inspiró este trabajo. Bion, para referirse a la personalidad del psicótico, utiliza allí la metáfora de un mosaico de fragmentos organizados improvisadamente en el que se pueden discernir “fragmentos de hostilidad incorporados” en un contexto de amabilidad, o “pedacitos incongruentes de sonrisa” en un mosaico de depresión... Estas incongruencias son frecuentes en el funcionamiento psicótico y el clínico está familiarizado con ellas.

Me llamó la atención el empleo del término “improvisación” para referirse a la personalidad; en una primera acepción tal término hace referencia a algo que se organiza de modo rápido y sin mucha dedicación a la tarea; pero este término puede tener otro significado, sobre todo si nos remitimos al origen latino del término (*praevidere*: ver con anticipación), es decir, que improvisar está relacionado con “ver” y “pre-ver” y en ese sentido creo que “improvisar” significa un fallo de la función de la mirada que contiene y confiere significado al sujeto. En la personalidad psicótica ha faltado una adecuada visión;

Publicado en catalán en la *Revista Catalana de Psicoanàlisi* (Sociedad Española de Psicoanálisis, IPA) Vol. XXI N° 1-2, 2004, 117-123

¹ Trabajo seleccionado para representar a la Sección de Psicoterapia Psicoanalítica en las III Jornadas de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, en Zaragoza (24-25 de abril de 2004) sobre “Abordaje Psicoterapéutico de la Psicosis”. Agradezco a la *Revista Catalana de Psicoanàlisi* su autorización para publicar este artículo.

el sujeto no ha sido mirado, ni tenido en cuenta en sí mismo y entonces puede acudir desesperadamente a improvisarse una personalidad que lo esconda y lo esconde. Aunque el psicótico está lleno de objetos (algunos totales, muchos parciales y fragmentados), no está identificado con la función de un objeto interno que le permita mirar distintas alternativas, pensar y regular la relación con el otro. La improvisación se torna evidente durante la crisis psicótica, la cual podría ser comparada a una *vidriera gótica* a la que se le retiraran los plomos quedando cada trozo de cristal perdido en el espacio de la inhabitable catedral gótica o, por el contrario, se podría encontrar a un trozo de cristal que intenta convertirse en el reorganizador de la vidriera, ignorando que sólo la mirada del artista podría facilitar la reconstrucción. Con la desarticulación de la vidriera, el interior y el exterior de la catedral se encuentran pero sin la función reguladora de la vidriera: así, la temperatura y la luz no hallan intermediación; ha desaparecido el esfínter y la confusión se impone. Entonces, por ejemplo, un discurso delirante, verborrágico y desbordante puede intentar frenar la hemorragia. Frente a ese tumulto el espectador (término derivado de *spectare*: contemplar, mirar) no sabe a quién prestar atención, no sabe a quién mirar. ¿Quién es el que habla? ¿Habla en nombre propio? ¿Es un mensajero? ¿De quién es la locura?... El espectador no sabe. Y es desde esta ignorancia que el psicoterapeuta acepta acercarse a esa persona en crisis. Pero *¿a quién se le habla en el encuentro clínico?*

Bion en ese mismo texto dice que “el encuentro no difiere mucho de la –más cotidiana– conversación cara a cara con alguien que padece un pronunciado estrabismo: *¿a cuál de ambos ojos mira uno?* Para el analista éste es un problema central, no periférico” (Bion, 1996, pág. 92). Debe decidir si se le está hablando a una personalidad aparentemente improvisada y sin sustrato, al improvisador que la ha improvisado a través de construcciones incomprensibles o al improvisador que quiere mantenerse oculto detrás de ella; a estas variables se ha de añadir la de aquellos pacientes que acuden al encuentro clínico bajo los efectos de medicación, que tanto puede facilitar el encuentro como ocultar al paciente. Pero, cualquiera que esté detrás de la máscara (recordemos la etimología de personalidad: *per sonare*), cualquiera que sea el ojo al que se mire, siempre será *un ojo asustado*. El psicótico siempre tiene miedo. Y para complicar más las características de ese encuentro, el miedo es una emoción que también experimenta el analista y los que rodean al paciente, generando una

atmósfera de intranquilidad. Veamos el clima emocional del encuentro con un joven universitario en una crisis psicótica. Recuerdo la segunda entrevista con Ismael (24 años):

“Entra y da una vuelta en mi despacho con los brazos colgando, la cabeza inclinada, la boca abierta; se detiene a unos dos metros de mi título de doctor –que tiene un cristal y está colgado en una pared retirada– y lo mira. Le invito a sentarse; se saca dos camisetas y las arroja al suelo. Dice que desea dormir y me pregunta si puede escupir en la pared. Se estira en el diván, permanece en silencio y pregunta si alguien escucha; respondo que yo escucho y que para eso ha venido. Dice que quiere dormir y que está cansado. Se gira en el diván, se abraza a los cojines y me mira. Pregunta por los otros pacientes y desde cuándo era psicólogo; pide algo para dormir y me ordena que lo duerma. Le respondo que si duerme no podremos hablar. Me ordena que llame a su padre –que permanece en la sala de espera–; le expreso que él puede hacerlo; me ordena que lo llame, pero se levanta, abre la puerta del despacho y lo llama. Entra el padre. El paciente se estira en el diván pero poniendo la cabeza en el lugar de los pies, permanece en silencio y nos ordena que hablemos nosotros. El padre le dice que él hable con el analista. El paciente responde que quiere dormir. Le digo que tal vez tiene miedo y aleja su cabeza de mí y quiere que hablemos el padre y yo. Grita que quiere dormir y que le duele la cabeza. Le digo que tiene muchos pensamientos que le causan dolor. Entonces el paciente se sienta de golpe, resopla, cierra sus puños y encoge sus brazos, salta como un muelle, mira las cosas, arranca con las dos manos el título de la pared y se dirige hacia mí con furia llevándolo como si fuera una bandeja –sentí que lo rompería en mi cabeza– pero lo apoyó en el suelo delante de mis pies y comenzó a leerlo y comenta: ‘Se ve que eres inteligente. No lo voy a romper, no temas’. Se lo lleva y lo coloca cerca del lugar en donde estaba y me grita: ‘Lo romperé y te meteré los cristales por el culo. Los militares te quisieron matar’. Le respondí que ahora lo estaban asustando dentro de su cabeza. Hace unos comentarios sobre un amigo que lo ingresaron por agredir verbalmente a un militar y se me acerca para hacerme bruscos masajes en la cabeza y en los muslos mientras me decía: ‘Me tienes miedo, no llores’ –yo tenía miedo, pero le dije–: ‘tú tienes miedo’”; interrumpo aquí el relato de la entrevista.

Ismael ha externalizado ante mí y su padre su drama interno: su vidriera-diafragma-*self* se había roto. La externalización de Ismael podría ser considerada como su intento de arrastrarnos en su camino enloqueciéndonos, como hacen los psicóticos incipientes, pero también se puede percibir el deseo de liberarse del dolor y terror que lo inundaba evacuándolo dentro del objeto, utilizando al terapeuta como continente; en este sentido, la externalización de Ismael no dejaba de ser una manifestación de confianza y esperanza en el terapeuta y el padre.

De modo progresivo pude ir comprendiendo algunas cosas. Creo que Ismael nos hizo sentir el mundo persecutorio que había incorporado junto con la leche materna; *su padre* había estado detenido por motivos políticos cuando Ismael tenía pocos meses. Se le privó de la función paterna reguladora en el primer año de vida; pero a eso se ha de agregar que él creció en un grupo familiar gobernado por el “Supuesto básico de Ataque y fuga” (Bion), cuyo líder era un padre que después de muchos años seguía emocionalmente viviendo en el pasado, al punto que se definió a sí mismo y a su grupo familiar en los términos de “somos desaparecidos”. *Desaparecidos y aspirados en la certeza paterna*. En ese grupo familiar, organizado en torno a un discurso político, no se cerraban las puertas de las habitaciones porque eran todos muy sinceros y no tenían secretos... pero, cuatro días antes de la entrevista, Ismael se había arrojado vestido al mar para arrancarse los micrófonos que le habían puesto en la piel. La insistencia de Ismael en que el padre y yo habláramos me hizo pensar que él percibía que su padre necesitaba algún tipo de ayuda, al que más tarde accedió el padre. Persecución, miedo, cristales por el culo; no es una propuesta muy estimulante, salvo que el analista quede atrapado en un vínculo sadomasoquista inconfesado que permita que el paciente satisfaga su *sadismo evacuativo* (“¿puedo escupir en la pared?” decía Ismael) y *envidioso* (en la pared había un título académico) ante un objeto admirado, siendo él un estudiante universitario próximo a la graduación.

Pero ¿qué pretendía Ismael al generarme miedo? Creo que los *mensajes atemorizantes tenían como objetivo impedirme pensar* tanto para que comprendiera empáticamente su dificultad para pensar, como para impedirme que le escuche y que sea inteligente, porque podría enfrentarlo a su condición de “desaparecido”, y que lo enfrentaría al padre. Pero si el paciente no puede pensar y el analista tampoco ¿cuál es el sentido del encuentro? Decía Bion (1992, p. 187)

en los seminarios de San Pablo: "Aunque es horrible para el paciente, es igualmente bueno para el analista conservar la posibilidad de pensar. Pero no podemos resolver este asunto con evitar enojarnos o asustarnos. Tenemos que ser capaces de conservar estos fuertes sentimientos y seguir pensando con claridad, aun cuando los experimentemos". Los masajes que me hizo en la cabeza me confirmaban que acercarse a la mente era un tormento, y que es muy difícil pensar mientras te masajean bruscamente la cabeza y los muslos. Pero mi responsabilidad era conservar mi mente con capacidad de entender y pensar y que no quedase degradada y reducida a un cuadro doctoral roto. Pensar, incorporar y elaborar son tareas difíciles para la parte psicótica, porque toda incorporación y reintroyección es sentida, como por Ismael, como cristales que entran por el mismo sitio por donde salieron, es decir, por el ano (sustento del modelo de la proyección).

He de reconocer que me sorprendió la inmediatez con que apareció la pregunta por los *otros pacientes*. La preocupación por los otros pacientes en tanto derivado de los celos edípicos y de los celos delirantes me permitió acercarme a la comprensión de Ismael. Esa pregunta por los otros pacientes- niños se relacionaba con un *aborto* de sus padres del que lo habían hecho partícipe siendo niño —no había puertas en la casa— que lo entristeció mucho y de otro que había tenido él con una pareja, dos años antes de la crisis. Me pregunté si estos *desaparecidos* estarían incluidos en esta familia. Hubo otro dato que me orientó: la crisis de Ismael se desencadenó poco después de que su madre hubiera viajado a su país de origen para declarar en un juicio por niños desaparecidos. E Ismael temió mucho por su madre. La retaliación rondaba en la mente de Ismael. Esta madre, que era más sensible a los problemas emocionales, cumplía una función amortiguadora en el discurso político familiar, y ese objeto protector podía estar en peligro. El alejamiento de la madre incrementó la persecución de los niños desaparecidos y asesinados (seguramente por el pene paterno), e *impidió que se sostuviera el aspecto sano de la personalidad* de Ismael dando por resultado la desorganización psicótica.

Pero, aquí no hago referencia al elemento persecutorio de los hijos muertos sólo por la función de esa culpa en el brote psicótico de Ismael, sino para mencionar que los otros pacientes o los bebés del analista son objeto de especial atención en toda relación clínica, especialmente en la relación con personas con predominio psicótico.

La creatividad ajena suele despertar mucha admiración y odiosos sentimientos. Con relación a esto es revelador el relato de otro paciente: Pablo; éste es un adulto esquizofrénico sin ninguna cultura psicoanalítica, que me explicaba la causa de la muerte de una hermanita nacida después que él: Pablo había dejado excrementos dentro de la madre y su hermanita los había comido y por eso se intoxicó y murió después de nacer. Para él los ataques al objeto creativo y fecundo perduran largo tiempo (desde su embarazo hasta el de su hermana), y además tiene la certeza de que la función continente de la madre fue incapaz de metabolizar los elementos beta (sus heces) que él trató de depositar dentro de ella. Esta interpretación delirante de Pablo ilustra el deseo de las partes destructivas de la personalidad de eliminar a los hermanos y, en la transferencia, a los otros pacientes; creo que esta interpretación de Pablo nos puede servir de estímulo para no ser ingenuos en la relación clínica en general y con psicóticos en particular con relación a lo que depositan en nuestra mente, lo cual podría afectar a los otros pacientes y a las partes creativas de la personalidad del analista. Cuando Ismael me asusta haciéndome creer que va a romper mi cabeza con el cuadro, trata de confundirme e inmovilizarme. La secuencia fue ilustrativa: primero admira y afirma “*se ve que eres inteligente*” y su reacción inmediata fue la de protegerme alejándose de mí, pero la admiración y la protección no se pudo sostener y enseguida me grita amenazante –¿identificado con los militares?–: “*lo romperé y te meteré los cristales por el culo*”. Los ataques a la creatividad se manifiestan de diferentes formas; algunas pueden acarrear actos contra el *cuerpo* (como los masajes a mi cabeza), otros pueden consistir en inundar la mente del otro con *mentiras*, que casi son más insidiosas que los delirios; y algunas formas pueden manifestarse como *inducción a la actuación*. Por ejemplo, para Ismael yo formaba parte del grupo de los “luchadores por la justicia”, como él y su padre, y con eso pretendía empujarme a una posición como de líder, al modo de su padre: así me sentía llevado a la tarea de arbitrar entre todos los grupos de amigos y profesionales que opinaban sobre la crisis de Ismael; eso me inducía a opinar sobre una realidad externa alejada de mi observación directa, o a ponerme en contacto con equipos profesionales diversos. Si el analista no está atento puede alterar su identidad convirtiéndose en líder, o domador, o salvador en lugar de dedicarse a sostener la transferencia y modularla con la interpretación. La identidad del analista consiste en ser capaz de recibir

proyecciones, de pensar en medio de la turbulencia y de tolerar la incertidumbre, con conciencia de su vulnerabilidad que le aleja de una posición narcisista omnipotente y omnisciente. Si el psicoterapeuta abandona su responsabilidad, el paciente psicótico se precipita en la desesperación y en el sistema delirante que siempre busca compañía. La manera de ser fiel a la demanda del paciente es la de seguir con interés el método del análisis sin pretender metas; *nosotros sólo los tratamos y dios los cura...* Tener metas con respecto a otra persona no deja de ser peligroso porque "implica casi siempre imponer los valores propios a la otra persona" señalaba Meltzer (1987), con lo que se podría repetir la historia familiar de Ismael: su padre sabía lo que era oportuno y se debía pensar, y por ese motivo sospechaba del vínculo que Ismael pudiera desarrollar lejos de su control.

La ausencia de metas en el psicoterapeuta psicoanalítico no es contradictoria con la necesidad de que el paciente sea "mirado" por un *equipo asistencial* que asuma diversas tareas y relaciones terapéuticas (terapia familiar, de pareja, farmacoterapia, etc.) en función de un proyecto en el que se diferencien las funciones de cada integrante del equipo. Los equipos han de ser particularmente cuidadosos para no fragmentarse en la comprensión de la dinámica intrapsíquica del paciente, ni para actuar las identificaciones proyectivas múltiples y disociadas del mismo. La tenacidad disruptiva del funcionamiento psicótico fomenta las disociaciones en los equipos, pudiendo lograr que éste se convierta en una reedición de la dinámica intrapsíquica y familiar. Cuando los equipos no comparten un vértice común en la comprensión de los pacientes, suelen fragmentarse, competir, perseguirse, acusarse mutuamente y el paciente suele quedar perdido entre los trozos de un espejo roto.

Ahora bien, *¿a qué parte del paciente le habla el analista?* Frente al mundo aterrizado del psicótico uno puede fantasear en lo que sucede cuando se intenta ofrecer comida a una ardilla: tan pronto huye, como te muerde los dedos. La aproximación emotiva hace estallar al psicótico, del mismo modo como la indiferencia lo deprime y desespera; encontrar la distancia óptima es parte del virtuosismo que se adquiere en la práctica clínica. El interlocutor privilegiado es la parte neurótica o sana presente en todo psicótico o esquizofrénico; con ella se puede dialogar directamente, o explicarle su funcionamiento psicótico o delirante, o aproximar un material esperando que en un momento más oportuno esté en mejores condiciones de

aprovecharlo. El encuentro con un psicótico se realiza en la incertidumbre, en la confusión y en la incompreensión, por ese motivo lo que nos puede orientar es la contratransferencia que nos permite atisbar y hablar al interlocutor oculto detrás de todas las máscaras.

El *objetivo de la terapia* con estos pacientes es el desarrollo de las partes no comprometidas en el funcionamiento psicótico o esquizofrénico, reconociendo que el mundo delirante no desaparece nunca y que permanece en la trastienda como en el caso Schreber.

Creo que progresivamente vamos aprendiendo a qué ojo mirar. El paciente –mientras tolera el encuentro– nos ofrece la posibilidad de hablarle a una persona asustada que no ha podido entrar plenamente a formar parte del mundo humano y que parcialmente confía en que el analista –con paciencia, perseverancia, tacto, firmeza, valentía, veracidad y una dosis de ternura– le permita salir de la congelación en donde ha quedado atrapado durante tanto tiempo.

BIBLIOGRAFIA

- BION, W. *Seminarios clínicos y Cuatro textos*. Bs. As., Lugar editorial, 1992.
— *Cogitaciones*. Valencia, ed. Promolibro, Valencia, 1996. 1ª ed.: 1992.
- HAHN, A. (2003) Comunicación personal.
- MELTZER, D. "Dimensiones técnicas de la interpretación: la temperatura y la distancia" (1976). En *Sinceridad y otros trabajos, Obras escogidas de Donald Meltzer*, editado por A. Hahn. Spatia ed., 1997. 1ª ed. Original: Karnac Book, 1994.
- Seminario inédito dictado en enero de 1987 en el *Grupo Psicoanalítico de Barcelona*.
- *Clastrum. Una investigación de los fenómenos claustrofóbicos*. Bs. As., Spatia ed., 1994; 1ª Original 1992.
- Y GPB *Clínica Psicoanalítica con niños y adultos*. Bs. As., Spatia editorial, 1995.
- (2002) Comunicación personal.
- SEGAL, H. *La obra de Hanna Segal, Un enfoque kleiniano de la práctica clínica*. Bs. As., Ed. Paidós, 1989; 1 ed. Original: 1981.
- TABBIA, C. "Living in intrusive identification". En *Exploring the work of Donald Meltzer*, edited by M. Cohen and A. Hahn. London, Karnac Book, 2000, p. 173-187.

ABORDAJE DE LA "IMPROVISADA PERSONALIDAD" DEL PSICOTICO

TABBIA, C., BESORA, J. Y OTROS "La necesidad de la coordinación asistencial en la rehabilitación de pacientes con T.M.S.". II Congreso Internacional: "*La rehabilitación psicosocial integral en la Comunidad y con la Comunidad*". Barcelona, 26-30 mayo del 2002. Inédito.

Carlos Tabbia
Balnes 363, 1º 2ª
08006, Barcelona
España