

Sobre la psicosis de transferencia

Alberto Espina

TRANSFERENCE Y NEUROSIS DE TRANSFERENCE

Freud en 1895 escribía "la paciente está aterrorizada al encontrar que está transfiriendo a la figura del médico las ideas desagradables que surgen del contenido del análisis".

Freud atribuía esta "transferencia" a una "falsa conexión" en la que el afecto se desplazaba de una representación a otra, es decir, de una persona del pasado al analista.

En el caso Dora (1905) ampliaba este concepto.

Después de hacer referencia a que en la cura psicoanalítica queda interrumpida la producción de nuevos síntomas apareciendo "un orden especial de productos mentales" a los que da el nombre de "transferencias" dice: "¿qué son las transferencias? Reediciones o productos ulteriores de los impulsos y fantasías que han de ser despertados y hechos conscientes durante el desarrollo del análisis y que entrañan como singularidad característica de su especie la sustitución de una persona anterior por la persona del médico.

O para decirlo de otro modo: toda una serie de sucesos psíquicos anteriores cobran de nuevo vida, pero no ya como pasado, sino como relación actual con las personal del médico" (1905).

Más adelante hace referencia a las dificultades que entraña para el desarrollo del análisis la aparición de la transferencia en la que... "son despertados todos los impulsos, también los hostiles..." (1905) y a la disolución de la transferencia, y finaliza diciendo "la transferencia, destinada a ser el mayor obstáculo del psicoanálisis, se convierte en su más poderoso auxiliar cuando el médico consigue adivinarla y traducirla al enfermo" (1905).

En "la dinámica de transferencia" (1912) escribe: la transferencia... "Resulta, así un clisé (o una serie de ellos), repetidos o reproducidos luego regularmente, a través de toda la vida, en cuanto lo permiten las circunstancias exteriores y la naturaleza de los objetos, pero susceptibles también de algunas modificaciones bajo la acción de las impresiones recientes" (1912).

Freud distingue una transferencia de sentimientos cariñosos o transferencia positiva y una transferencia de sentimientos hostiles o transferencia negativa coexistiendo ambas merced a la ambivalencia.

En este mismo artículo habla de como la transferencia puede ser usada como resistencia en la cura cuando es una transferencia negativa o positiva de impulsos eróticos reprimidos; frente a la transferencia positiva de sentimientos amistosos que contribuyen al éxito del tratamiento.

Y al final del trabajo escribe "... estos fenómenos nos prestan el inestimable servicio de hacer actuales y manifiestos los impulsos eró-

ticos ocultos y olvidados de los enfermos, pues, en fin de cuentas nadie puede ser vencido in absentia o in effigie" (1912).

En 1914 introduce el concepto de "neurosis de transferencia"; ya no se trata únicamente de afectos que se transfieren al analista sino de la sustitución de "su neurosis vulgar por una neurosis de transferencia... El nuevo estado ha acogido todos los caracteres de la enfermedad, pero constituye una enfermedad artificial, asequible por todos los lados a nuestra intervención" (1914).

En este trabajo vuelve a hablar de la transferencia y la resistencia: la transferencia es resistencia en cuanto que sustituye "el recuerdo por la acción (repetición)" y para Freud uno de los fines de la cura es levantar las represiones y recordar el pasado.

Pero al mismo tiempo la transferencia es lo resistido pues el pasado reprimido se hace actual "el analizado no recuerda nada de lo olvidado o reprimido, sino que lo vive de nuevo. No lo reproduce como recuerdo, sino como acto" Freud 1914.

Freud parece oscilar entre ver a la transferencia como un obstáculo para el recuerdo por lo tanto como un obstáculo para la cura, y ver a la transferencia como el "... más poderoso auxiliar cuando el médico consigue adivinarla y traducirla al enfermo" (1905). Y "los síntomas, que para emplear una comparación tomada de los dominios de la química son precipitados de anteriores sucesos eróticos (en el más amplio sentido), no pueden disolverse y ser transformados en otros productos psíquicos más que a la elevada temperatura de la transferencia" (1909).

En 1920 relacionó la neurosis de transferencia con la compulsión a la repetición y escribe: "El médico se ha esforzado en limitar la extensión de esta segunda neurosis, hacer entrar lo más posible en el recuerdo y permitir lo menos posible la repetición". Y seguidamente hace referencia a lo inevitable de recorrer el camino de la transferencia y la necesidad de que "la aparente realidad sea siempre reconocida como reflejo de un olvido pretérito" con lo cual se puede conseguir el éxito terapéutico.

En 1938 Freud habla de las ventajas de la transferencia entre las que cita la transferencia positiva, el atribuir al analista el rol de super-yo que guía y el actuar ante el analista una parte importante de la historia del paciente. Entre los peligros nombra la transferencia erótica, la negativa y el que el paciente confunda "convivencias reales y actuales lo que no es sino una reminiscencia del pasado".

Y más adelante escribe: "Si, como sucede generalmente, se logra aclarar al enfermo la verdadera naturaleza de los fenómenos transfe-

renciales habremos restado un arma poderosa a la resistencia, convirtiendo sus peligros en conquistas, pues lo que nuestro cliente haya vencido en las formas de la transferencia no lo olvidará jamás, y eso tendrá para él, mayor fuerza de convicción que cuanto haya podido adquirir de cualquier otro modo" (1938).

Vemos que al final de su vida sigue dando importancia a la transferencia en la cura siempre y cuando se analice adecuadamente, tomando conciencia el paciente de que la transferencia es una "reminiscencia del pasado".

Estas dos posturas de Freud: 1) ver a la transferencia como un peligro y una resistencia al recuerdo 2) verla como el más potente de los instrumentos terapéuticos; han determinado dos grandes corrientes en el psicoanálisis de acuerdo con el manejo técnico que se hace de la transferencia.

La escuela Kleiniana o inglesa considera todas las comunicaciones del paciente como fenómenos transferenciales derivados de las primitivas relaciones objetales, interpretándolas en consecuencia.

La escuela Americana o del yo da primacía al recuerdo no interpretando sistemáticamente en la transferencia.

El mismo concepto de transferencia es usado de diferentes maneras:

Greenson (1967) dice: "Transferencia es el experimentar sentimientos, impulsos, actitudes, fantasías y defensas hacia una persona en el presente, que son inapropiadas para ella y son una repetición, un desplazamiento de reacciones originales con respecto a personas significativas en la temprana infancia". Señala como dos aspectos fundamentales el que sea una repetición del pasado y que sea inapropiada en el presente.

Welder (1956) por el contrario restringe el término de transferencia a los hechos que acaecen en el marco psicoanalítico.

Sandler (1973) describe cinco sentidos que atribuyen diferentes psicoanalistas al término transferencia: 1) para designar la alianza terapéutica.

2) para nombrar el surgimiento de sentimientos y actitudes infantiles dirigidas al analista.

3) Agregando la "transferencia de defensas", esto es, la repetición de medidas que el paciente usaba para protegerse de las consecuencias de deseos sexuales y agresivos y la "externalización", es decir, atribuir al analista aspectos de la propia personalidad. Términos acuñados por A. Freud en 1936.

4) Para incluir todos los pensamientos, actitudes, fantasías y emo-

ciones "inapropiadas" que son reactualizaciones del pasado y que el paciente puede desplegar en relación con el analista siguiendo a Greenson (1967).

5) Para incluir todos los aspectos de la relación del paciente hacia su analista, considerándolas como repetición de relaciones objetales primitivas (escuela Kleiniana).

Es obvio que el ser humano repite pautas de comportamiento pasadas e incluso que busca revivir relaciones pasadas en el presente; en este sentido todos "transferimos" en nuestras relaciones actuales; pero en el contexto psicoanalítico se desarrolla un determinado proceso que limita este sentido amplio de transferencia.

"La transferencia surge espontáneamente en todas las relaciones humanas... no es el psicoanálisis el que lo crea, sino que se limita a revelarla a la conciencia y se apodera de ella para dirigir los procesos psíquicos hacia el fin deseado" Freud (1909).

En el psicoanálisis el paciente transfiere al analista y, mediante el encuadre, en el cual incluimos la actitud del terapeuta, se desarrolla la **neurosis de transferencia** "una enfermedad artificial, asequible por todos los lados a nuestra intervención". Freud (1914).

Según Ida Malcapine (1950) la situación analítica crea una situación infantil que favorece la regresión del paciente.

Esta situación es favorecida por:

- la posición acostada, que es pasiva.
- la reducción del mundo exterior y la constancia del ambiente.
- disciplina estricta, a la cual el paciente se encuentra sometido.
- silencio del analista, contra el cual choca el paciente, y que le puede parecer la repetición de una situación infantil

el que las funciones del yo se encuentran en un estado intermedio entre la vigilia y el sueño etc...

R. Spitz (1956) relaciona el aislamiento del paciente en el sofá con el del bebé en la cuna.

Según S. Nacht (1958) las frustraciones técnicamente impuestas por el analista provocan la regresión y contribuyen con ello al desarrollo de la neurosis de transferencia. "La neurosis de transferencia... implica el franqueamiento de un umbral más allá del cual el mundo en que se mueve el enfermo se encierra entera y únicamente en la persona del analista" S. Nacht (1958).

La neurosis del paciente se transforma en neurosis de transferencia y su esclarecimiento conduce al descubrimiento de la neurosis infantil.

Todo ésto sucede con el paciente neurótico, en términos freudianos con los pacientes que padecen una neurosis de transferencia (Neurosis obsesiva, histeria de conversión, histeria de angustia). Es decir, pacientes en los que la libido se desplaza sobre objetos reales o imaginarios (libido objetal).

Pero el psicótico sólo dispone, según Freud, de libido narcisista por lo que es incapaz de transferencia.

"Los enfermos atacados de neurosis narcisista carecen de la facultad de transferencia o sólo la poseen en grado insignificante. Estos enfermos rechazan la intervención del médico; pero no con hostilidad, sino con indiferencia, razón por la cual no son accesibles a su influjo... en ellos ha debido desligarse la libido de los objetos y transformarse en libido del yo... No representando el fenómeno de la transferencia, permanece inaccesible a nuestros esfuerzos y no resulta curable por medio del análisis". Freud (1916-18).

Aunque en 1911 en el trabajo sobre Schreber al que consideraba que padecía una neurosis narcisista escribía "El sentimiento de simpatía experimentado por el médico muy bien puede deberse a un proceso de transferencia; transferencia por la cual una carga efectiva del enfermo fue transpuesta de una persona que le importaba mucho, a la persona del médico indiferente en sí misma". Freud seguiría pensando hasta el final de su obra que los psicóticos no desarrollan transferencias.

Transferencias psicóticas. Psicosis de transferencia

Nos encontramos con dos cuestiones: en primer lugar ¿son los psicóticos capaces de establecer transferencias? y en segundo lugar ¿son los psicóticos capaces de establecer el equivalente a la neurosis de transferencia, esto, es, una psicosis de transferencia? respecto a la primera cuestión, numerosos analistas han observado fenómenos transferenciales en pacientes psicóticos.

K. Abraham analizó pacientes psicóticos, tanto esquizofrénicos como melancólicos y maniaco-depresivos y escribía en 1911 "El melancólico es capaz de establecer un grado de transferencia suficiente para justificar nuestros intentos de tratarlo".

En 1913 describe el análisis de un esquizofrénico y señala "En forma notable, el paciente también había transferido al sol su actitud ambivalente hacia su padre". Y en 1924 describe la transferencia narcisista, reafirmando que los pacientes psicóticos desarrollan transferencias.

Waelder en 1925 habla también de transferencia narcisista pero no la interpreta sino que busca permitir al paciente gratificaciones narcisistas que sean compatibles con la realidad y aconseja intervenir en la par-

te sana de la personalidad que no tiene fijación narcisista.

Procura adecuarse a las exigencias del paciente con respecto a amor, apoyo y satisfacción para así crear y mantener la transferencia narcisista.

Federn (1933-1943) escribía "los pacientes psicóticos son accesibles al psicoanálisis. Primero, porque aún son capaces de transferencia; segundo, porque una parte de su yo tiene conciencia de su estado anormal, y tercero, porque una parte de su personalidad se orienta hacia la realidad".

En 1943 introduce el término de psicosis transferencial.

Técnicamente evitaba la transferencia negativa y fomentaba la positiva; su objetivo terapéutico era encapsular la psicosis.

Recomendó para ello gratificar los deseos orales del paciente y brindarle hospitalidad, recurriendo a un ayudante de sexo femenino y al apoyo después del período psicótico.

Stern (1938) observó que los pacientes psicóticos establecían una transferencia narcisista en la que no se identificaban con el analista sino con el concepto que de él tenían al proyectar en él su ideal del yo.

En esta relación transferencial veían al analista como omnipotentemente bueno u omnipotentemente malo; es decir, una transferencia idealizada o persecutoria.

Cohn (1940) decía que la transferencia de la neurosis narcisista era de tipo primitivo y rudimentario, existiendo dificultades en el paciente para distinguir el sujeto y el objeto debido al mecanismo de la proyección.

Bullard (1940) destaca las profundas oscilaciones transferenciales del psicótico, muchas veces ocultas tras una máscara de indiferencia o de suspicacia.

Este autor afirma que las transferencias negativas del psicótico se pueden comprender y analizar, en vez de ocultarlas como hacían otros analistas (Federn, Clark, etc...).

Sullivan () tampoco pensaba que se debía mantener la transferencia positiva, y observó que el psicótico intenta establecer un contacto a través del hecho de volver a actuar de una manera muy distorsionada los acontecimientos de su infancia, con el terapeuta.

Señaló que la diferencia entre transferencia neurótica y psicótica era en gran medida cuantitativa y que el psicótico concebía a su terapeuta literalmente como persona importante de su pasado.

Fromm-Reichmann escribió varios trabajos entre 1939 y 1954 sobre el trabajo analítico con psicóticos realizado en el sanatorio Chesnut Lodge.

En 1939 escribía "el esquizofrénico establece relaciones de transferencia en el sentido más riguroso, que él puede distinguir de la verdadera relación interpersonal".

En 1952, haciendo un balance del desarrollo de la psicoterapia de las psicosis dice: "Transcurrió toda una década durante la cual se puso gran énfasis en la comprensión e interpretación de las comunicaciones esquizofrénicas, y este procedimiento se convirtió indebidamente en el centro de la atención psicoterapéutica del psiquiatra.

Además, pasó toda una década durante la cual se consideró que el establecimiento de una relación adecuada entre médico y paciente era un logro terapéutico por sí mismo, en lugar de ser lo que es en realidad, el supuesto obvio de la psicoterapia psicoanalítica con esquizofrénicos. La autora se encuentra entre los responsables por este retraso".

Se refiere así al cambio en su concepción y abordaje del psicótico, desde los primeros trabajos (1939-1943) en que fomenta la transferencia positiva y trata fundamentalmente con el niño rechazado, ofreciéndole una relación madre-hijo "correctora"; a los artículos posteriores (1952, 1954, 1957) en que resalta la parte adulta del psicótico y pone en primer término el análisis de la transferencia.

Respecto a la relación transferencial dice (1954): "el grado de necesidad de dependencia del esquizofrénico, de su simultáneo rechazo de ella, y de sus tendencias y fantasías hostiles contra sí mismo y los demás, es mucho más intenso que en otras personas".

Y más adelante: "la aclaración e investigación psicodinámica de la ansiedad y la sintomatología esquizofrénica, en sus manifestaciones conscientes e inconscientes en la relación entre paciente y psiquiatra, es igualmente fundamental en la psicoterapia de esquizofrénicos que en la de otros enfermos mentales".

Numerosos autores escriben a partir de la década de los 50 sobre las relaciones transferenciales de los psicóticos (Pichon Riviere, Segal, Rosen, Stone, Jacobson, Winicott, etc...) avalando suficientemente la afirmación de que los psicóticos establecen transferencias.

A este respecto escribe Racamier (1957) "El psicótico es intensamente capaz de sentimientos transferenciales, pero los experimenta a su manera, determinada por la doble regresión de su libido y de su Yo; sus sentimientos corren en todo instante el riesgo de desprenderse no solamente de su objeto sino también y más aún de la realidad de este objeto; lo que le falta al psicótico es, pues, no la capacidad de consti-

tuir una transferencia, sino la capacidad de experimentar su verdadera naturaleza, de enfocarla, de juzgarla, de distanciarse y de aprehenderla; es decir, de experimentar al analista a la vez como receptáculo de sus fantasmas y como persona actual, real e invariable".

Nos queda pues la segunda cuestión que planteábamos, en relación a la existencia o no de una psicosis transferencial.

Como veíamos a propósito de la neurósis de transferencia, Freud distinguía la "transferencia", en la que personajes del pasado se transferían a la figura del analista, repitiéndose prototipos infantiles de relación, vividos con un marcado sentimiento de actualidad.

Y la "neurosis de transferencia", que es una neurosis artificial en la cual se organizan las manifestaciones de transferencia, representando una nueva edición de la neurosis clínica en la que todo gira en torno a la relación con el analista.

P. Federn (1943) introdujo el término de psicosis transferencial pero la evitaba al pensar que no era analizable y ayudaba al paciente a encapsular su psicosis fomentando la transferencia positiva y fortaleciendo la parte sana del psicótico.

H. Rosenfeld desarrolló el concepto de psicosis de transferencia y en 1952 escribía: "Si evitamos los intentos de obtener una transferencia positiva mediante el apoyo directo o las expresiones de cariño, y simplemente interpretamos las transferencias positiva y negativa, las manifestaciones psicóticas se unen por sí solas a la transferencia, y del mismo modo que se desarrolla una neurosis de transferencia en un neurótico, se desarrolla en el análisis de psicóticos lo que podrá denominarse una "psicosis de transferencia". El éxito del análisis depende de nuestra comprensión de las manifestaciones psicóticas en la situación transferencial".

Y en 1963 "Es tarea del analista la de seguir esta psicosis de transferencia en todos sus detalles positivos y negativos y la de comunicar al paciente esta comprensión en forma de interpretaciones".

H. Rosenfeld y otros analistas ingleses aplicaron al análisis de psicóticos los conceptos de M. Klein sobre el desarrollo temprano.

Esta autora afirmó que el bebé tiene un yo desde el nacimiento que se defiende de la ansiedad derivada del instinto de muerte y que establece relaciones de objeto.

Acuñó el término de posición para describir el conjunto de la relación de objeto, ansiedad y defensas.

Durante los 3-5 primeros meses de vida se desarrolla la posición esquizo-paranoide en la que existe una relación de objeto parcial, espe-

cialmente con el pecho, marcada con una ansiedad persecutoria de la que el yo se defiende mediante la proyección, la introyección, la escisión, la idealización, etc... un mecanismo de defensa fundamental para la comprensión del mundo psicótico y, por ende, de la transferencia psicótica es la identificación proyectiva descrita por M. Klein en 1946.

Mediante la identificación proyectiva, característica de la posición esquizo-paranoide, el yo se proyecta total o parcialmente en el objeto con el fin de controlarlo, poseerlo, atacarlo, para poner a salvo partes suyas etc... de manera que el objeto adquiere características del yo.

Si la identificación proyectiva es muy intensa aparecen estados confusionales en que no se diferencia el yo del objeto, tal y como lo describió Rosenfeld.

Después de la posición esquizoparanoide viene la posición depresiva en la que predomina una relación de objeto total en que el bebé percibe que la madre amada y odiada es la misma persona, surgiendo el sentimiento de culpa, por los ataques realizados, que caracteriza la ansiedad depresiva.

Aplicando estos conceptos escribe H. Rosenfeld en 1963 "... descubrí, en todos mis pacientes esquizofrénicos, relaciones transferenciales que eran ya sea la expresión directa o la defensa de la primitiva relación de objeto, en la que el paciente se introducía con partes positivas o negativas de su personalidad dentro de sus objetos y consecuentemente se sentía tratado de modo similar por sus objetos internos y externos".

Y más adelante "la proyección de la parte loca o mala del paciente configurará una parte importante en el análisis de la mayoría de los pacientes con esquizofrenia aguda y crónica. A menudo viene acompañada de una transferencia negativa aguda provocada por el temor del paciente a la retaliación como consecuencia del ataque por proyección".

Es decir, que las primitivas relaciones objetales de la posición esquizo-paranoide se actualizan en la transferencia del esquizofrénico.

W. Bion describía en 1957 la transferencia del psicótico como prematura, y precipitada, contrastando su fragilidad con la tenacidad con que se mantiene, y añadía, como rasgos característicos de la personalidad psicótica, la preponderancia de los impulsos destructivos, el odio a la realidad interna y externa, que se extiende al aparato perceptivo, y al pánico de aniquilación inminente.

Este autor señala varios rasgos característicos de la relación transferencial del psicótico:

El psicótico ataca los vínculos: ya sea con el objeto, entre aspectos

de su self, el vínculo con la realidad externa e interna y el aparato perceptivo.

Ataca por lo tanto el vínculo con el analista.

"En este estado de ánimo la emoción es odiada; es sentida como demasiado intensa para ser contenida en la mente inmadura, es sentida como vínculo entre objetos, y le confiere realidad a objetos que no son el self, y por lo tanto hostiles al narcisismo primario" (1959).

La reversión de la perspectiva: El psicótico, en vez de tener una visión "binocular" de los hechos, pudiendo pasar de un punto de vista a otro, se queda en una sola perspectiva y nos hace ver que está de acuerdo con la nuestra, de manera que provoca un abismo entre, nosotros y nuestra percepción de los hechos, y él y su mundo; no permitiendo la confrontación.

Mediante la reversión de la perspectiva convierte en estática una situación dinámica (Splitting estático).

Si le fracasa este método recurre a "alucinaciones fugaces o evanescentes": ver mal, oír mal, entender mal.

Splitting forzado: En el cual el lactante disocia la satisfacción material del alimento de la gratificación afectiva, al sentir una envidia tan intensa que no puede mamar sintiendo el pecho como bueno; mediante el Splitting forzado evita morir de hambre pero se alimenta de un pecho "inanimado" y "desinvertido de objetos".

El psicótico al temer su odio y envidia evita toda clase de sentimientos y establece relaciones cosificadoras del otro.

M. Little escribió en 1958 sobre la psicosis de transferencia, llamándola "transferencia delusional" (delirante) en la que el paciente no ve al analista como una representación de una persona del pasado sino como si realmente fuera esa persona.

Estos pacientes padecen un grave trastorno de la identidad.

"El delirio transferencial oculta un estado en el paciente que este necesita y al mismo tiempo teme alcanzar. En él, sujeto y objeto, todo sentimiento, pensamiento y movimiento se experimentan como una misma cosa. Es decir, sólo hay un estado de ser o de experimentar y ninguna sensación de que hay una persona".

En la transferencia establece una identificación de tipo primitivo con el analista, una "unidad básica", no pudiendo distinguir el afuera del adentro y su persona de la del analista.

Esta autora atribuye estos fenómenos a una recapitulación distorsionante de aspectos muy tempranos de la relación madre hijo.

H. Searles define la psicosis transferencial "como cualquier tipo de

transferencia que distorsiona o impide una relación entre paciente y terapeuta como dos seres cuerdos y humanos, separados y vivos" (1963).

En el mismo artículo escribe "El paciente está tan incompletamente diferenciado en el funcionamiento de su yo, que tiende a sentir, no que el terapeuta le recuerda a (o se parece a) su madre, padre... sino que su actitud hacia el analista está sostenida por la presunción, no verificada, de que el terapeuta es su madre o padre".

Describe cuatro variedades de psicosis transferencial en la esquizofrenia crónica:

1.-Situaciones transferenciales en que el terapeuta no siente que hay relación alguna con el paciente, comportándose este último como si el analista fuera un objeto inanimado.

Searles vincula esta transferencia con la fase autista del desarrollo infantil descrita por Mhaler (1968).

2.-Situaciones en las que se ha establecido una relación entre paciente y terapeuta, no sintiéndose este último ajeno al paciente, pero la relación es profundamente ambivalente.

Esta transferencia sacaría a la luz una fase simbiótica demasiado ambivalente como para seguir la evolución hacia una identificación con la madre y posterior individuación.

No se pudo desarrollar un yo integrado quedando en un autismo defensivo.

3.-Situaciones en que la psicosis del paciente representa en la transferencia, un esfuerzo por completar la personalidad del terapeuta o por ayudar al progenitor-terapeuta a convertirse en una persona separada y total.

El paciente repetirá en la transferencia la relación con un progenitor que no podía aceptar la resolución de la fase simbiótica; de esta manera el paciente siente que si permanece en la simbiosis muere como individuo y si alcanza su individualización mata a su progenitor.

4.-En la que "el paciente profundo y crónicamente confuso, que en su niñez estuvo acostumbrado a que uno de sus progenitores pensara por él, ambivalentemente a) trata de perpetuar una relación simbiótica en la que el terapeuta experimenta como una anulación sádica y castradora de sus esfuerzos por ayudarlo, la decisión de ser un individuo que piensa, o funciona de alguna otra manera, por sí mismo" Searles (1963).

Así como los autores ingleses (Rosenfeld, Bion, etc...) que trabajan

con psicóticos siguen la teorización sobre el desarrollo temprano de M. Klein.

Los autores norteamericanos (Searles, Bryce, Jacobson, etc...) siguen las teorías de M. Mhaler.

Esta autora atribuye a las primeras semanas de vida la fase autista en la que la satisfacción de la necesidad pertenece a su propia órbita omnipotente, "autista" Mhaler (1968).

A partir del 2º mes comienza la simbiosis normal, en la que el bebé se comporta y funciona como si él y su madre fueran un sistema omnipotente.

Hacia los 6 meses se inicia la fase de separación — individualización que durará hasta los 30 meses —.

"El concepto de separación significa la diferenciación del ser del objeto simbiótico como un proceso intrapsíquico". Mhaler (1968).

Este proceso de separación-individualización implica 2 tipos de desarrollo: uno se centra en el desarrollo del concepto de sí mismo del niño, y otro en el desarrollo de la conciencia creciente del niño de su funcionamiento independiente y separado de la madre.

Los autores que escriben sobre las transferencias de psicóticos las consideran como consecuencia de una reactivación regresiva de relaciones primitivas; es decir, la transferencia psicótica sería un reflejo de formas tempranas e infantiles de actuar, revividos como consecuencia de la regresión.

Tenemos pues que el psicótico transfiere experiencias tempranas y que estas transferencias se organizan, dentro del marco analítico, en una psicosis de transferencia; es decir, una psicosis artificial en la que todo gira en torno a la relación con el analista.

Bryce Boyer (1964) escribe "si no se desarrollara una psicosis transferencial que pueda ser analizada habría pocas posibilidades de curación; lo más que se podría obtener sería un aislamiento o encapsulamiento del proceso psicótico".

Una característica importante de esta psicosis de transferencia es que el paciente psicótico no puede vivir al analista como persona real, a parte de como receptáculo de sus fantasías.

Tendría dificultad en "tomar distancia" para ver lo que vive con el analista son transferencias de situaciones pasadas.

Veamos como Freud advertía de este peligro de la transferencia: que el paciente perdiera la capacidad de percibir el "como si" de la situación analítica.

Pero el psicótico no es "sólo" psicótico, lo mismo que el neurótico

no es "sólo" neurótico, y esto complejiza la relación transferencial.

Parte psicótica y no psicótica de la personalidad

Freud escribía en 1938 "El problema de la psicosis sería sencillo si la separación del yo y de la realidad pudiera lograrse por completo. Pero esto sucede raramente o tal vez nunca. Aún en un estado tan alejado de la realidad del mundo exterior como el de la confusión alucinatoria, nos dicen algunos pacientes, después de curados, que en aquel momento en algún rincón de su mente (según se expresan) se hallaba escondida una persona normal que, como un espectador imparcial, observaba el curso de la enfermedad". Y más adelante "lo que ocurre en todos estos casos es una escisión psíquica. Se han formado dos actitudes psíquicas en lugar de una, la normal, que tiene en cuenta la realidad y otra que, bajo la influencia de los instintos, separa el yo de la realidad. Las dos existen simultáneamente, y el resultado depende de su intensidad relativa". Freud (1938).

Luego dice que dependiendo de que predomine la primera o la segunda el sujeto se curará del proceso alucinatorio, o caerá en la psicosis.

Añade que esta escisión del yo existe también en las neurósisis.

Federn (1933), como vimos más arriba, decía que los psicóticos son accesibles al psicoanálisis pues una parte de su yo tiene conciencia de su estado anormal y una parte de su personalidad se orienta hacia la realidad.

Fromm-Reichmann escribía en 1954 "tratamos de llegar a la porción regresiva de sus personalidades apelando a la porción adulta, por rudimentaria que esta pueda ser en algunos pacientes perturbados".

Katan en el Symposium "teoría de la Esquizofrenia" en el 18º Congreso de la IPA de 1953 decía "cuando se rompe el contacto con la realidad hacen su entrada los síntomas de la psicosis, tales como las alucinaciones, ilusiones, etc... No quiere decir esto, que toda la personalidad se haya vuelto psicótica. Para sorpresa nuestra, vemos que una parte de la personalidad continua comportandose como si la estructura pre-psicótica de la personalidad aun existiera" (1956) luego llamará a esta parte de la personalidad "capa no-psicótica".

Pero fue Bion (1957) quien desarrolló el concepto de parte psicótica y no psicótica de la personalidad, definiéndolas como dos modos de funcionamiento mental que coexisten en mayor o menor medida en todo ser humano.

La parte psicótica de la personalidad ataca el yo, al aparato perceptivo de la realidad exterior e interior y a la matriz del pensamiento, utili-

zando la identificación proyectiva y la escisión en vez de la represión, como hace la parte no-psicótica.

"El psicótico, escinde sus objetos, y simultáneamente toda la parte de su personalidad que le daría conciencia de la realidad que él odia, en muy diminutos fragmentos, y es por eso, que el sentimiento del psicótico, es que no podrá nunca restaurar sus objetos o su yo. Como resultado de estos ataques de escisión, todos aquellos aspectos de su personalidad que le proveerían de fundamentos para la comprensión intuitiva de sí mismo y de otros, están perturbados desde el comienzo". Bion (1957).

Frente a este funcionamiento mental con predominio de la identificación proyectiva evacuativa, la ecuación simbólica y el pensamiento concreto (parte psicótica de la personalidad) se desarrollan progresivamente las funciones de percepción y discriminación de la realidad externa e interna, de las funciones de juicio de realidad, manejo simbólico y progresiva adquisición del sentido de la realidad.

La represión permite la separación entre la vida consciente y la inconsciente. Como mecanismo adaptativo mantiene disociadas las fantasías inconscientes que, de ser conscientes permanentemente, imposibilitan el contacto con la realidad.

Al coexistir la parte psicótica y no psicótica de la personalidad, incluso en los pacientes más graves, encontraremos rasgos transferenciales de los dos tipos en pacientes psicóticos y neuróticos.

"Además de la psicosis de transferencia, apareció una cierta transferencia no psicótica.

Esta transferencia no psicótica es observable en paciente con esquizofrenia tanto aguda como crónica. Al principio es débil e incierta y tiende a desaparecer nuevamente durante largos periodos. Pero, se desarrolla y se fortalece por el uso de interpretaciones transferenciales que tienen un significado para el paciente: considero este factor como de importancia fundamental para el análisis de la esquizofrenia" H. Rosenfeld (1963).

Esta opinión es compartida por otros autores, Searles (1963) Bryce Boyer (1964). En los pacientes psicóticos, conforme avanza la cura, se va potenciando la parte neurótica de la personalidad predominando la transferencia neurótica; en los neuróticos, si el análisis es lo suficientemente profundo, encontraremos transferencias psicóticas.

Bychowski (1957) describió tres aspectos que caracterizan el "núcleo psicótico":

1) Persistencia y prevalencia de forma arcaicas de funcionamiento,

tales como el pensamiento mágico y el pensamiento al nivel concreto original.

- 2) Utilización de mecanismos primitivos, como la introyección, la identificación y la proyección primarias, que si bien poseen significación universal para el funcionamiento mental, en los psicóticos asumen el papel principal.
- 3) La disociación (Splitting) del yo, que ocurre con las actitudes originales del niño altamente ambivalentes con respecto a figuras esenciales de su ambiente. Todo esto determina el tipo de transferencia que va a establecer el psicótico y de no tener en cuenta estos aspectos, esas transferencias pueden no ser detectables.

Ejemplo clínico:

Se trata de una paciente de 25 años diagnosticada de esquizofrenia; la sesión que voy a transcribir corresponde al tercer año de análisis viéndola 5 veces por semana.

El martes de la semana anterior me atacó pegándome y escupiéndome; las siguientes sesiones se sentía muy perseguida por mí teniendo la retaliación.

Para defenderse de esa situación intentaba seducirme y decir que fui yo quien la pegó y escupió; después de interpretarle esto, en un momento de la sesión del viernes dijo que el daba pena, no diciendo el qué y volviendo a decir inmediatamente que yo le pegué y escupí.

Ha pasado el fin de semana y esta es la sesión del lunes:

Entra comiendo un bollo, se sienta, me mira y hace gesto de comer.

Paciente: "Que rico..."

Terapeuta: ¿Piensas que me comes?

P: sí... ¿Te lo digo?

T: ¿Qué?

P: "La negra... (señala un busto de ébano que está en una estantería); (se hecha para atrás en el asiento como si la tironearan y luego para adelante) ¡callatel!

T: Me parece que una parte tuya quiere decirme algo pero otra parte te dice que te calles.

P: ¿Mujer, me quieres volver loca? (mira la estatuilla de ébano y se tapa la nariz).

T: ¿A qué huele?

P: A pis y a cacas.

T: La negra soy yo-mamá, piensas que me has llenado de pis y cacas estos días... (me mira el pecho y hace gesto de mamar).

Ahora quieres mamar de mí, pero temes que te salgan pis y cacas en vez de leche.

P: ¿Para qué sirve la negra?

T: Me preguntas para qué sirvo yo-mamá, pues necesitas mamar de mí y haces cacas y pis en mí pero temes que me haya quedado inservible por las cacas y el pis. Al ver que soy la misma mamá para las dos cosas te confundes y piensas que te quiero volver loca.

(se toca la cabeza con las dos manos a la altura de la frente y sienes y hace un gesto de dolor).

Te duele al pensar esto. A veces piensas que soy dos mamás una de la que mamar y otra a la que echar las cacas y el pis, pero al ver que soy una te confundes.

P: Me das pena.

T: Sientes pena al pensar que a veces me atacas, como el otro día, y que también soy bueno para tí.

P: ¡Mentira!

T: "Yo creo que es verdad (se coje la cabeza haciendo un gesto de dolor) pero te duele pensar esto".

(Se pone a limpiar de migas la mesita que está en el ángulo entre su sillón y el mío, y, al hacerlo, se golpea en la cabeza con la lámpara).

"Me quieres limpiar, pero me parece que piensas que te tienes que castigar golpeandote en la cabeza".

P: No hay derecho.

T: ¿A qué?

P: Me das pena... (se le empañan los ojos mientras mira a los míos... Me da la sensación de que le avengüenza emocionarse y sentir pena).

T: Me parece que te avengüenza sentir ganas de llorar, quizás piensas que yo no voy a recibir tus lágrimas.

Por un lado me odias pero por otro me quieres.

(Se hecha un poco para atrás como a la defensiva).

P: El otro día me pegaste.

T: No. Tú me pegaste y escupiste, ahora quieres ponerme de malo para no sentir pena.

P: Ya sé por qué... tú me pegaste... el otro día te pegué y escupí en el jersey y en la cara al salir...

T: Al sentirte bien conmigo y acabar la sesión piensas que soy malo y te hago daño entonces te enfadas mucho y me atacas, realmente como el otro día, o en tu cabeza y luego te sientes mal, o temes alimentarte de mí pensando que estoy lleno de cacas y pis por tu ataque como te pasaba al principio de la sesión, o temes

que te vaya a atacar o te duele sentir pena por lo que hiciste a la vez que temes que yo no entienda tus sentimientos (silencio). Acaba la sesión.

Al principio de la sesión la paciente tiene el problema de necesitar alimentarse de mí, pero al mismo tiempo me vive lleno de cacas y pis, y ésto por dos motivos: 1) por un ataque realizado 2) por la necesidad de un "pecho-inodoro", ésto es, un pecho que sirve para depositar los aspectos no deseados del paciente.

"El problema básico es el del dolor psíquico y la necesidad de un objeto en el mundo exterior que puede contener la proyección de dicho dolor. O sea, lo que he llamado el "pecho-inodoro". D. Meltzer 1967.

A este objeto ni se le ama, ni se le odia, se le usa con fines evacuativos.

Para solucionar este conflicto ascinde el objeto: por un lado la negra-pecho lleno de cacas y pis, por otro el bollo-pecho lleno de leche (era un bollo de los llamados de leche) del cual puede comer (comerme a mí haciendo una "ecuación simbólica" entre el bollo y yo, ver H. Segal (1957).

Al mismo tiempo ella se halla ascindida entre una parte que quiere hablar y otra que no, la escisión del objeto se acompaña de una escisión del yo.

Al interpretar ésto me vivencia como un objeto total hacia el cual siento ambivalencia.

Al decir "me das pena" me parece entender dos aspectos: Uno en que la traducción sería: "me das pena al verte así, dañado"; en ello implicaría un sentimiento depresivo.

Otra posibilidad sería que la paciente, utilizando un pensamiento concreto, me dice que yo le doy un objeto llamado pena y se lo meto en la cabeza dañándole; aquí estaríamos frente a una ansiedad persecutoria.

En este momento, a los 3 años de análisis, empiezan a aparecer atisbos depresivos en la paciente y contratransferencialmente sentía que había un sentimiento depresivo por lo que opté por esa interpretación.

En este artículo no habló de la contratransferencia en el análisis de pacientes psicóticos por problema de espacio. Dedicaré a este tema un próximo trabajo.

Frente a los sentimientos depresivos surge la necesidad de reparar pero la culpa persecutoria es muy intensa y se golpea la cabeza.

Al decir "no hay derecho" me parece que habla de varios aspectos;

por un lado "no hay derecho, yo no quiero sentir pena pues me duele y no sé reparar" y por otro, como dice al final, me pegó al salir, al acabar la sesión; entonces yo soy malo para ella pues después de abrirse, de atreverse a romper su barrera narcisista, de repente ese ser humano con el que se atreve a sentir todo eso le dice unas palabras extrañas: "Es la hora" y le despide. Si para nosotros es doloroso estando en el diván, podemos imaginarnos lo que supone eso para un psicótico.

De manera que al decir "tú me pegaste" podemos entenderlo como una proyección, pero también como que yo hice algo que le hizo daño, como una bofetada, es decir, acabar la sesión cuando era la hora.

Vemos a través de este material que el paciente psicótico establece una psicosis de transferencia en la que todo gira en torno a la relación con el analista y que se pueden hacer comprensibles esas transferencias, respondiendo al paciente a las interpretaciones, teniendo en cuenta las relaciones de objeto, ansiedades y mecanismos de defensa primitivos descritos por M. Klein y las transformaciones proyectivas y en alucinaciones descritas por W. Bion (1965) de las que nos ocupamos en otro artículo A. Espina (1983).

Bibliografía

- ABRAHAM, K. (1913) "Restricciones y transformaciones de escopofilia en los psiconeuróticos" en "psicopatología y sexualidad" Bs. As. ed. Hormé. 1973.
- ABRAHAM, K. (1916) "La primera etapa pregenital de la libido" en "Contribuciones a la teoría de la libido" Bs. As. ed. Hormé 1973.
- ABRAHAM, K. (1924) "Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales" en "Contribuciones a la teoría de la libido" Bs. As. ed. Hormé 1973.
- BION, W. (1955) "Desarrollo del pensamiento esquizofrénico" en "Volviendo a pensar" Bs. As. ed. Hormé 1972.
- BION, W. (1957) "Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas" en "Volviendo a pensar" Bs. As. ed. Hormé 1972.
- BION, W. (1959) "Ataques al vínculo" en "Volviendo a pensar".
- BION, W. (1963) "Aprendiendo de la experiencia" Bs. As. ed. Paidós 1975.
- BION, W. (1963) "Elementos de psicoanálisis" Bs. As. ed. Hormé 1966.
- BION, W. (1965) "Transformaciones" Bs. As. ed. Centro editor de America Latina 1972.
- BRYCE BOYER, L. (1966) "Tratamiento de pacientes esquizofrénicos en consultorio. El uso de la terapia psicoanalítica con escasos parámetros" Rev. de psicoanálisis Tomo XXIII N.º 3 Pags. 287-317 Bs. As.
- BRYCE BOYER, L. (1966) "Desarrollo histórico de la terapia psicoanalítica de la esquizofrenia: Contribuciones de los discípulos de Freud" Rev. de Psicoanálisis Tomo XXIII N.º 2 Pags. 91-147 Bs. As.
- BULLARD, D.M. (1940) Citado por H. Rosenfeld en "Sobre el tratamiento de los estados psicóticos por medio del psicoanálisis" Rev. de Psicoanálisis Tomo XXIII N.º 1 Pags. 391-431 Bs. As.
- BYCHOWSKI, G. (1957) Citado por Bryce Boyer. opus cit.
- COHN, F.S. (1940) Citado por H. Rosenfeld. opus cit.
- ESPINA, A. (1983) "Los procesos del pensamiento en la psicosis" artículo leído en el I Symposium de psicoterapia de la locura de San Sebastián.

- KLEIN, M. (1952) "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé" en "desarrollos en psicoanálisis" Bs. As. ed. Paidós 1973.
- LITTLE, M. (1958) "On delusional transference (Transference psychosis)" Int. J. Psycho-Anal. 39:134-8
- MACALPINE, I. (1950) "The development of the transference" citada por S. Natch en "La presencia del psicoanalista" Bs. As. ed. Proteo 1967.
- MELTZER, D. (1967) "El proceso psicoanalítico" Bs. As. ed. Hormé 1968.
- MHALER, M. (1968) "Simbiosis humana, las vicisitudes de la individualización" México ed. Joaquín Mortiz 1972.
- NATCH, S. (1958) "La neurosis de transferencia y sumanaje técnico" en "La presencia del psicoanalista" Bs. As. ed. Proteo 1967.
- PICHON, E. (1952) "Algunas observaciones sobre la transferencia en los pacientes psicóticos" en "La psiquiatría, una nueva problemática" Del psicoanálisis a la psicología social. (II) Bs. As. ed. Nueva Visión 1977.
- RACAMIER, P.C. (1956) "Psicoterapia psicoanalítica de la psicosis" en "El psicoanálisis hoy" S. Natch. Barcelona ed. Miracle 1959.
- ROSENFELD, H. (1952) "Fenómenos transferenciales y análisis de la transferencia en un caso de esquizofrenia catatónica aguda" en "Estados psicóticos" Bs. As. ed. Hormé 1974.
- ROSENFELD, H. (1954) "Consideraciones relativas al abordaje psicoanalítico de la esquizofrenia aguda y crónica" en "Estados psicóticos".
- ROSENFELD, H. (1963) "Observaciones sobre la psicopatología y el tratamiento psicoanalítico de la esquizofrenia" en "Estados Psicóticos".
- ROSENFELD, H. (1970) "Sobre el tratamiento de los estados psicóticos por medio del psicoanálisis. Un enfoque histórico" Rev. de Psi. XXVIII:391-431 Bs. As.
- SANDLER, J. (1973) "El paciente y el analista" Bs. As. ed. Paidós 1973.
- SEARLES, H. (1963) "La psicosis transferencial en la psicoterapia de la esquizofrenia crónica" en "Escritos sobre esquizofrenia" Barcelona ed. Gedisa 1980.
- SEGAL, H. (1956) "La depresión en esquizofrénicos" Rev. Urug. de Psi. XII:232-242.

- FEDERN, P. (1933, 1943) Citado por Bryce Boyer. opus cit.
- FREUD, S. (1895) "Estudios sobre la histeria" O.C. Tomo I Madrid Biblioteca Nueva 1968.
- FREUD, S. (1905) "Análisis fragmentario de una histeria" O.C. Tomo II.
- FREUD, S. (1909) "Psicoanálisis" (cinco conferencias en USA)" O.C. Tomo II.
- FREUD, S. (1911) "Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia ("dementia paranoides") autobiografiamente descrito O.C. Tomo II.
- FREUD, S. (1912) "La dinámica de la transferencia" O.C. Tomo II.
- FREUD, S. (1914) "Recuerdo, repetición y elaboración" O.C. Tomo II.
- FREUD, S. (1916-18) "Introducción al psicoanálisis" O.C. Tomo II.
- FREUD, S. (1920) "Más allá del principio del placer" O.C. Tomo II.
- FREUD, S. (1938) "Esquema de psicoanálisis" O.C. Tomo II.
- FROMM-REICHMANN, F. (1939) "Problemas de la transferencia en los esquizofrénicos" en "Psicoterapia en las psicosis" Bs. As. ed. Hormé 1962.
- FROMM-REICHMANN, F. (1943) "psicoterapia psicoanalítica con psicóticos; la influencia de las modificaciones en la técnica sobre las corrientes actuales del psicoanálisis" en "Psicoterapia en las psicosis".
- FROMM-REICHMANN, F. (1952) "Algunos aspectos de la psicoterapia psicoanalítica con esquizofrénicos" en "Psicoterapia en las psicosis".
- FROMM-REICHMANN, F. (1954) "Psicoterapia en la esquizofrenia" en "Psicoterapia en las psicosis".
- FROMM-REICHMANN, F. (1957) "Problemas básicos de la psicoterapia de la esquizofrenia" en "Psicoterapia en las psicosis".
- GREENSON, R. (1967) "Técnica y práctica del psicoanálisis" Méjico, ed. Siglo XXI 1979.
- JACOBSON, C. (1954) "Sobre las identificaciones psicóticas" Rev. Urug. de Psi. 12:197-209.
- JACOBSON, C. (1968) "Conflicto psicótico y realidad" Bs. A. ed. Proteo 1970.
- KATAN, M. (1956) "La importancia de la parte no-psicótica de la personalidad en la esquizofrenia" Rev. Urug. de psi. 13:210-231'.
- KLEIN, M. (1946) "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides" en "desarrollos en psicoanálisis" Bs. As. ed. Hormé 1967.

- SEGAL, H. (1957) "Notas sobre la formación de símbolos" Rev. de Psi. XXXVI Pgas. 160-71 Bs. As.
- SPITZ, R. (1957) "No y Si. Sobre la génesis de la comunicación humana" Bs. As. ed. Hormé 1972.
- ATERN, A. (1938) Citado por H. Rosenfeld (1970).
- STONE, L. (1954) Citado por H. Rosenfeld (1970).
- SULLIVAN, H.S. (1947) "Investigaciones terapéuticas en la esquizofrenia" en "Estudios clínicos de psiquiatría" Bs. As. ed. Psique 1974.
- WAENDLER. (1925, 1956) Citado por Sandler op. cit. (1973).
- WINICOTT, D.W. (1945) "Desarrollo emocional primitivo" en "Escritos de pediatría y psicoanálisis" Barcelona ed. Laia 1979.
- WINICOTT, D.W. (1959) "Clasificación: ¿Existe una aportación psicoanalítica a la clasificación psiquiatría?" en "El proceso de maduración en el niño" Barcelona ed. Laia 1975.
- WINICOTT, D.W. (1963) "La comunicación y la falta de comunicación como conducentes al estudio de ciertos pares antitéticos" en "El proceso de maduración en el niño" Barcelona ed. Laia 1975.

RESUMEN

Este trabajo analizó los fenómenos transferenciales en la psicosis.

En primer lugar se delimitan los conceptos de transferencia y neurosis de transferencia según Freud y otros autores.

Seguidamente se revisa la literatura psicoanalítica de los autores que creen que los psicóticos desarrollan transferencias, frente a la opinión de Freud de que el psicótico no disponía de libido objetal y por lo tanto no transfería.

En tercer lugar se analiza la psicosis de transferencia con sus características peculiares, señalando así mismo la división de la personalidad en una parte psicótica y otra no psicótica, lo que complejiza la relación transferencial del psicótico y neurótico.

Finalmente se aporta material clínico de una paciente diagnosticada de esquizofrenia discutiendo el contenido de las comunicaciones del paciente y afirmando que el psicótico se da una psicosis de transferencia abordable por medio del psicoanálisis.

SUMMARY

This paper deals with transferential phenomena of psychosis.

We analyze concept of transference and transference neurosis in Freud and in other authors.

A glance of psychotics develop transference against Freud's thought about the absence of objetal libido.

After we analyze transference psychosis with its peculiar traits.

We make emphasis in the division of personality in psychotic and not psychotic parts, which makes more complex transference in neurotic and psychotic.

At last we deal with a clinical paper about a schizophrenic and we open a discussion about the patient's messages. We think that in psychosis appears transference, that can be worked by psychoanalytical method.