Organización psicótica de la personalidad

Claves psicoanalíticas

Antonio Pérez-Sánchez

3P | Colección dirigida por Jorge Tizón

Herder

ANTONIO PÉREZ-SÁNCHEZ

Organización psicótica de la personalidad

Claves psicoanalíticas

Herder

Diseño de la cubierta: Gabriel Nunes
Edición digital: José Toribio Barba

© 2017, Antonio Pérez-Sánchez
© 2018, Herder Editorial, S. L., Barcelona

ISBN digital: 978-84-254-3874-5
1.ª edición digital, 2018

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com)

Herder
www.herdereditorial.com

ÍNDICE

PRÓLOGO *JORGE L. TIZÓN*

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN

PARTE I
TEORÍA (Y CLÍNICA)

1. DOLOR PSÍQUICO, PARTE PSICÓTICA DE LA PERSONALIDAD Y ORGANIZACIÓN PATOLÓGICA
- Consideraciones teóricas sobre el dolor psíquico y el dolor psicótico
- Sentir y sufrir el dolor psíquico
- «Personalidad psicótica»: parte psicótica de la personalidad
- Organización patológica de la personalidad

2. COMUNICACIÓN Y PARTE PSICÓTICA DE LA PERSONALIDAD
- Algunas características generales de la dinámica psicótica
- La vinculación/escisión entre la parte psicótica y la no psicótica de la personalidad y la interacción Ps↔D
- La zona limítrofe *(borderline)* entre la parte psicótica y la no psicótica
- Desarrollos patológicos del vínculo entre la parte psicótica y la no psicótica de la personalidad
  - Organización psicótica de la personalidad (OPsP)
  - Organización límite de la personalidad (OLP)
  - Organización perversa de la personalidad (OPvP)
  - Organización neurótica de la personalidad (ONP)
- Paciente psicótica esquizofrénica: acceso a la parte no psicótica
  - Comentario sobre paciente psicótica esquizofrénica
- Paciente no psicótica: identificación de la parte psicótica
  - Comentario sobre paciente no psicótica
- Conclusiones

3. ORGANIZACIÓN PSICÓTICA DE LA PERSONALIDAD: DINÁMICA Y FUNDAMENTOS PSICOPATOLÓGICOS

Bases psicopatológicas de la OPsP
Escisión patológica
Clínica: una forma particular de escisión/fusión de la relación analítica
Escisión del *self* corporal y reacción terapéutica negativa (RTN)
Identificación proyectiva patológica
La omnipotencia y omnisciencia de las fantasías

4. CONSECUENCIAS DE LA DINÁMICA DE LA ORGANIZACIÓN PSICÓTICA DE LA PERSONALIDAD
Descripción general de las consecuencias de la dinámica de la OPsP
Consecuencias para la personalidad
Consecuencias relacionales y otras consecuencias
Pluralidad de vías de expresión: emocional, somática y delirante
Reflexiones teóricas sobre la pluralidad de vías de expresión: emocional, somática y delirante
Los trastornos somáticos
Manifestaciones hipocondríacas
La actividad delirante
Transferencia psicótica
Sueños y fantasías

5. SIMBOLIZACIÓN EN LA ORGANIZACIÓN PSICÓTICA DE LA PERSONALIDAD
Simbolización limitada y pensamiento concreto
Simbolización en la psicosis: paso de la ecuación simbólica a la simbolización evolucionada

6. PENSAMIENTO DELIRANTE, VACÍO MENTAL Y OTRAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS
Pensamiento delirante: fantasía inconsciente y delirio
Realidad y delirio: visión binocular y visión *bi-ocular*
Una síntesis del mundo delirante de la Sra. B
Efectos y manifestaciones corporales
Consecuencias relacionales: problemas de comunicación interna y externa
La comunicación interna del paciente entre la parte psicótica y la no psicótica
La comunicación con el analista
Transferencia psicótica y contratransferencia
Formas de comunicación: la comunicación verbal especial
Hipersensibilidad perceptiva
Otras consecuencias: el vacío mental

7. ASPECTOS TÉCNICOS DEL PSICOANÁLISIS EN PACIENTES CON ORGANIZACIÓN PSICÓTICA DE LA PERSONALIDAD
La indicación del psicoanálisis en pacientes con una OPsP
El encuadre en el paciente psicótico
El encuadre como un elemento organizador de la experiencia analítica
Espacio físico y espacio mental

La presencia física del analista
Vicisitudes con el encuadre: firmeza y flexibilidad
¿Cuál es la proporción adecuada entre firmeza y flexibilidad con el paciente psicótico?
Intervenciones e interpretaciones del terapeuta
Interpretación de la transferencia psicótica: material clínico
Factores terapéuticos en intervenciones no interpretativas en pacientes psicóticos

PARTE II
CLÍNICA (Y TEORÍA)

8. EL MÉTODO PSICOANALÍTICO EN UNA PACIENTE ESQUIZOFRÉNICA: INDICACIÓN Y COMIENZO DEL PROCESO ANALÍTICO. DOLOR PSÍQUICO Y VÉRTICE TRANSFERENCIAL
Presentación del caso de la Sra. B
Informaciones previas y primeras entrevistas
Comentarios a las entrevistas diagnósticas
Indicación de análisis y propuesta de método de trabajo a la Sra. B
Propuesta de encuadre
Inicio del proceso analítico
Vértice de la transferencia infantil regresiva con apariencia adulta
Vértice de la transferencia psicótica
Vértice de la transferencia psicótica erotizada
Vértice de la transferencia psicótica delirante
Vértice de transferencia «plural» conflictiva

9. SALIDAS DE LA ORGANIZACIÓN PSICÓTICA
Tema 1. Aceptación conflictiva de la relación analítica terapéutica
Tema 2. Introyección de aspectos de vida del analista y posterior proyección en él
Tema 3. Entre realidad y locura: el fracaso de la lógica de la locura
Tema 4. Las experiencias de «primera vez» en el proceso analítico

10. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES
Actitud analítica ante el paciente psicótico
Encuadre
Interpretación
Otras consecuencias técnicas
Corolario

BIBLIOGRAFÍA

LA IMPORTANCIA DEL ESTUDIO MICROANALÍTICO Y CLÍNICO-PSICOANALÍTICO PARA LA COMPRENSIÓN DE LAS PSICOSIS

JORGE L. TIZÓN

El lector tiene entre sus manos un nuevo volumen de la colección 3P (Psicopatología y Psicoterapia de las Psicosis) que incide en varias de sus líneas básicas. Por un lado, porque expresa ideas de uno de los paradigmas o programas de investigación sobre las psicosis que hemos considerado fundamentales para nuestra colección: el psicoanalítico. Hemos intentado que sea uno de los puntos de vista de la colección, pero no el único. Para ello influyen, por un lado, nuestra actitud de favorecer la comunicación y la interrelación entre los diversos programas de investigación de las psicosis, máxime teniendo en cuenta la diversidad de perspectivas sobre el tema, en parte debidas a nuestras ignorancias y desconocimientos, pero no únicamente por ellos. Empero, esa actitud interparadigmática y abierta no implica un intento precipitadamente ecléctico, algo que, hoy por hoy, aún juzgamos imposible en este ámbito de las psicosis. Hemos preferido, por el contrario, presentar en nuestra colección perspectivas cognitivo-conductuales (Morrison, Bentall, Read), psicoanalíticas (Manzano y Palacio, Johannessen, Cullberg, Resnik, Brun, Aaltonen, Martindale, Tizón), sistémicas (Bloch-Thorsen y otros), humanistas (Turpeinen), biológicas (Penedés-Gastó, Moncrieff, Pfaff), descriptivas (Hardcastle, Williams, Jackson y Magagna, Morrison, Saraceno), de la investigación empírica (Read, Johannessen, Martindale, Morrison, entre otros), integradoras (Cullberg, Fuller) e incluso perspectivas sociopolíticas sobre el tema (Saraceno). Hemos querido hacerlo así, de forma directa, con sus propios autores y sus propias palabras y argumentos, para que el lector pueda tener la oportunidad y la libertad, con solo seguir la colección, de ir haciéndose una idea directa de por dónde caminan los diversos paradigmas o programas de trabajo actuales para comprender la psicosis.

La segunda adscripción que podríamos hacer de este texto en nuestra colección es en la variante «microanalítica». Antonio Pérez-Sánchez intenta conectar al lector con los momentos e intercambios paciente-analista recogidos a un nivel de detalle casi solo

realizado por los autores psicoanalíticos. Entre las perspectivas o posibilidades de enfocar la forma de un texto sobre el tema (integradoras, macronalíticas y microanalíticas), el Dr. Pérez-Sánchez ha escogido intencionalmente las últimas, e intenta sumergirse y sumergirnos en las profundidades de la mente psicótica y, sobre todo, en las profundidades y terebrancia del sufrimiento psicótico. Y ello no significa un desprecio de las demás posibilidades, sino una decidida apuesta por esa forma de conocimiento científico que es el conocimiento clínico, entendido en tanto que «conocimiento científico de lo individual», como lo designamos allá por 1978.[1] En la 3P estamos especialmente interesados por ese tipo de aproximaciones «microanalíticas», cuyas variadas formas hemos intentado incluir en la colección, por ejemplo con los libros de Hardcastle y colaboradores, Morrison, Tizón, Williams, Geekie y Read, Jackson y Magagna y este de Pérez-Sánchez. El objetivo es que el lector pueda hacerse una idea lo más vivencial posible del tipo de interrelaciones que la psicosis fundamenta.

Para situar un poco más esta obra utilizaremos las propias intenciones del autor de intentar aunar teoría y práctica, pero a través de la práctica clínica. De ahí las dos partes fundamentales de su trabajo: en la primera, «Teoría (y clínica)», expone los fundamentos de su perspectiva, pero apoyándose muy directamente en su clínica. En la segunda parte, «Clínica (y teoría)», aplica esas ideas teóricas, pero centrándose en el psicoanálisis de una paciente concreta. En ambos momentos, es clara la adscripción de Pérez-Sánchez a una perspectiva teórica a la cual ya hace años llamamos poskleiniana,[2] no porque dé por «superados» las aportaciones de Melanie Klein al psicoanálisis contemporáneo, sino porque las enriquece con las realizadas por otros autores y clínicos que las han ampliado y complementado: Segal, Bion, Bick, Meltzer, Rosenfeld, Britton, y otros.

En este campo, Pérez-Sánchez toma una postura decidida entre dos orientaciones de la investigación y la clínica hoy en conflicto: ¿hay que entender la psicosis como una ruptura en organizaciones de la personalidad previas o como una organización en sí misma? Pérez-Sanchez opta por la segunda opción y nos describe y sistematiza en su libro lo que él entiende por «organización psicótica de la personalidad». Otros autores, incluso en esta misma colección, han presentado la psicosis desde la perspectiva de la ruptura de la personalidad, la ruptura de otras organizaciones de la misma anteriores y/o más sanas, es decir, desde la perspectiva de la des-organización… Según esta segunda perspectiva, la psicosis consiste precisamente en el derrumbe de organizaciones anteriores más «sanas» o «integradas», algo con lo que Pérez-Sánchez no estaría en desacuerdo, pero que intenta sobrepasar con su postulación de una «organización psicótica de la personalidad».

El tema hoy es de radical actualidad, pues en estos años ha sido puesto en candelero tanto por la investigación como por la polémica profesional y cultural sobre la retirada del término «esquizofrenia».[3-5] A tal término se le atribuyen unos componentes consustanciales de estigmatización de las personas afectadas, por lo que se propone su sustitución por los términos de «psicosis desintegrativa», «patología de la integración» o «psicosis desintegrativa pospuberal», como habíamos propuesto.[5] Ya comienzan a existir sociedades científicas que están a favor de ese cambio de denominación, tales como la

Sociedad Psiquiátrica japonesa o la Sociedad Psiquiátrica coreana. Es una posibilidad que también están considerando seriamente la International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis[6,7] y la British Psychological Society.[3,4,8] Pero la polémica no es tan solo un asunto de terminología, sino que implica la concepción misma de la psicosis y de la integración biopsicosocial del ser humano. Todo un ámbito para que el lector, el estudioso y el clínico puedan reflexionar y discutir… Pero sería deseable que no fuera tan solo en la teoría y la polémica, sino pudiendo acercarse al sufrimiento psicótico, tal como puede ser vivenciado en las relaciones interpersonales cotidianas y en la clínica.

En todo caso, para orientarse en esos dilemas teóricos (y clínicos) es imprescindible una atención y una profundización en procesos elaborativos (o «mecanismos de defensa») tales como la escisión y la disociación y sus resultados sobre la personalidad, las relaciones interhumanas y las organizaciones relacionales. De ahí la importancia que el autor le concede a estos elementos conceptuales y heurísticos, así como a la dinámica de las «partes de la personalidad», en su perspectiva poskleiniana.

Por último, quisiera destacar aquí la intención pedagógica de Antonio Pérez-Sánchez, manifestada desde el plan de la obra y, al final, en sus conclusiones. En particular, cuando nos expone cómo entiende el tratamiento de estos pacientes. Si bien, por decisión previa, no entra en el tema del TAN (tratamiento adaptado a las necesidades del paciente y su familia),[9] de sus derivados, el Open Dialogue y los diálogos anticipatorios,[10,11] o de los TIANC (tratamiento integral adaptado a las necesidades del paciente y su familia en la comunidad), como preferimos denominarlos, son esclarecedoras sus aportaciones acerca del encuadre psicoanalítico con estos pacientes y acerca del uso de la interpretación de la transferencia, a pesar de lo que temían Freud y otros muchos psicoanalistas. También sus claras aportaciones a la intimidad necesaria en estos tratamientos (asimétrica, desde luego, y sin intimidad física, pero una intensa intimidad al fin y al cabo). Asimismo, es de destacar su hincapié en los necesarios acuerdos previos entre los diversos terapeutas que, en nuestra situación actual y en nuestro ámbito europeo, atienden a estos pacientes. Antonio Pérez-Sánchez enfoca el tema desde la perspectiva del encuadre psicoanalítico, y defiende la necesidad de esos acuerdos. Por ejemplo, para no actuar como contratransferencia de uno o varios terapeutas las proyecciones disociadas del paciente. Por eso a menudo insistimos en la necesidad de enfocar el tratamiento integral de estas personas como TIANC, ya que en realidad casi ningún paciente con psicosis en nuestro islote europeo está recibiendo una sola terapia, sino varias.

Esa combinación de terapias diversas (biológicas, psicológicas, psicosociales, comunitarias…) puede hacerse por adición, sumación o «amontonamiento», o bien procurando la integración de las diversas aproximaciones y de los diversos agentes.[12] Por eso creemos que es imprescindible la comprensión del paciente y la comprensión de las dinámicas entre el paciente y su familia y allegados. Pero también suele resultar imprescindible la comprensión de la dinámica del equipo y de las relaciones (triangulares, al fin y al cabo) entre el paciente, su familia y allegados, y el equipo… Una perspectiva que ha de ser al mismo tiempo comunitaria, sistémica o estructural, y analítica.[9-13] Antonio Pérez-Sánchez, desde su experiencia en la psiquiatría pública y el psicoanálisis

privado, proporciona aquí su valiosa aportación también a estos temas.

Referencias

1. TIZÓN, J.L. (1978). *Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Ariel.
2. TIZÓN, J.L. (2018). *Apuntes para una psicopatología basada en la relación*. Barcelona: Herder.
3. KINGDOM, D.G., HANSEN, L., KINOSHITA, Y., NAEEM, F, RATHOD, S, SWELAM, M, SELVERAJ, V. (2007). Renaming schizophrenia. *British Medical Journal*, 334.
4. KOEHLER, B. (2018, marzo). APA: Drop the Stigmatizing Term «Schizophrenia». *Mad in America*, https://www.madinamerica.com/2017/12/apa-drop-stigmatizing-term-schizophrenia/
5. TIZÓN, J.L. (2013). *Entender las psicosis: hacia un enfoque integrador*. Barcelona: Herder.
6. ISPS (2018). ISPS Liverpool Declaration. *ISPS Newletter*, https://isps2017uk.org/making-real-change-happen
7. ISPS (2018). *What is Psychosis?* https://www.youtube.com/watch?v=MBTshJ2SXgI&sns=tw.
8. COOK, A. (2014). *Understanding Psychosis and Schizophrenia.* Londres: Clinical Division of British Psychological Society.
9. ALANEN, Y. (2003). *Esquizofrenia: sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.
10. AALTONEN, J. SEIKKULA, J., LEHTINEN, K. (2011). «The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states», *Psychosis*, 3(3):179-192.
11. SEIKKULA, J., ARNKIL. T.E. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Barcelona: Herder.
12. CULLBERG, J. (2006). *Psicosis: una perspectiva integradora.* Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.
13. SARACENO, B. (2018). *Discurso global, sufrimientos locales. Análisis crítico del movimiento por la salud mental global*. Barcelona: Herder.

OBRAS PUBLICADAS EN LA COLECCIÓN 3P

READ, J., MOSHER, L.R., BENTALL, R.P. (eds.) (2007). *Modelos de locura*.
TURPEINEN-SAARI, P. (2007). *Adolescencia, creatividad y psicosis*.

TIZÓN, J.L. (2007). *Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis*.
JOHANNESSEN, J.O., MARTINDALE, B.V., CULLBERG, J. (eds.) (2008). *Evolución de las psicosis*.
MANZANO, J. y PALACIO ESPASA, F. (2008). *La dimensión narcisista de la personalida*d.
BRUN, A. (2009). *Mediaciones terapéuticas y psicosis infantil*.
HARDCASTLE, M., KENNARD, D., GRANDISON, S., FAGIN, L. (2009). *Experiencias en la atención psiquiátrica hospitalaria. Relatos de usuarios del servicio, cuidadores y profesionales*.
MARTINDALE, B.V., BATEMAN, A., CROWE, M., MARGINSON, F. (eds.) (2010). *Las psicosis. Los tratamientos psicológicos y su eficacia.*
RESNIK, S. (2009). *Tiempos de glaciaciones*.
BLOCH THORSEN, G-R., GRØNNESTAD, T., ØXNEVAD, A.L. (2009). *Trabajo familiar y multifamiliar en las psicosis*.
PENEDÉS, R., GASTÓ, C. (2010). *El tratamiento de rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia*.
MORRISON, A.P., RENTON, J.C., FRENCH, P., BENTALL, R. (2011). *¿Creees que estás loco? Piénsalo dos veces*.
BENTALL, R. (2012). *Medicalizar la mente. ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?*
GEEKIE, J., READ, J. (2012). *El sentido de la locura. La exploración del significado de la esquizofrenia*.
MORRISON, A.P., RENTON, J.C., DUNN, H., WILLIAMS, S., BENTALL, R.P. (2012). *La terapia cognitiva de la psicosis. Un enfoque basado en la formulación*.
MONCRIEFF, J. (2013). *Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos*.
TIZÓN, J.L. (2013). *Entender las psicosis. Hacia un enfoque integrador*.
WILLIAMS, P. (2014). *El quinto principio. Experiencias de lo innombrable*.
TIZÓN, J.L. (2014). *Familia y psicosis. Cómo ayudar en el tratamiento*.
FULLER, P. (2015). *Sobrevivir, existir, vivir. La terapia en cada fase de la psicosis grave*.
SEIKKULA, J., ARNKIL, T.E. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*.
READ, J., DILLON, J. (eds.) (2016). *Modelos de locura II*.
JACKSON, M., MAGAGNA, J. (eds.) (2016). *Creatividad y estados psicóticos en personalidades excepcionales*.
PFAFF, D.W. (2017). *El cerebro altruista. Por qué somos naturalmente buenos*.
SARACENO, B. (2018). *Discurso global, sufrimientos locales. Análisis crítico del Movimiento por la salud mental global*.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero expresar mi gratitud a la Sra. B por permitirme compartir la insólita experiencia de estar en contacto íntimo con la locura en el marco de un tratamiento psicoanalítico. Aprendí mucho sobre el funcionamiento psicótico, no solo en ella, sino en nuestros pacientes no psicóticos y aun en nosotros mismos. El agradecimiento se acrecienta si consideramos el enorme dolor psíquico, concomitante a esta aventura del trabajo analítico, que hubo de soportar la Sra. B. Esta experiencia, en la que se fundamenta esta obra, no habría sido posible sin la ayuda y el apoyo de una serie de profesionales que prestaron su colaboración en una especie de *estructura terapéutica continente*, de la que el tratamiento psicoanalítico con la Sra. B formaba parte. Me refiero a los psiquiatras y profesionales de los hospitales psiquiátricos en los que estuvo internada brevemente en los momentos de descompensación psíquica, así como a los que la asistieron en la prescripción y control psicofarmacológico, mientras estuvo en análisis. Sin olvidar a su familia. A todos ellos mi reconocimiento. De manera especial debo agradecer al Dr. Pere Bofill (Barcelona) y a la Dra. Hanna Segal (Londres), por la ayuda en la comprensión del material clínico y sobre todo en no perder con demasiada frecuencia mi identidad analítica, ante la enorme turbulencia emocional de semejante experiencia.

Otras muchas personas me acompañaron en distintos momentos de la elaboración de esta obra. En la Sociedad Española de Psicoanálisis presenté varios trabajos sobre psicosis que han sido integrados a la obra con las correspondientes modificaciones. He tenido en cuenta los comentarios y sugerencias de los compañeros de la sociedad. También fueron un estímulo los seminarios impartidos a los psicoanalistas en formación del Instituto de Barcelona, con quienes compartí y discutí partes del material. Asimismo quiero agradecer de manera particular a Ester Palerm por darme la oportunidad de verbalizar con ella aspectos oscuros de algunos pasajes de la obra, y contribuir así a su esclarecimiento. Por último, a Herder Editorial por acoger la obra en su colección 3P dirigida por J.L. Tizón.

Though this be madness,
Yet there is method in't.

Aunque esto es locura,
No deja de haber método en ella.

W. SHAKESPEARE, *Hamlet*

INTRODUCCIÓN

Uno de los motivos por los que me decidí a escribir este libro ha sido mi convencimiento de que la experiencia clínica es la base para conocer y desarrollar tanto la teoría como la técnica en relación con la patología mental. Otro estímulo ha sido un difícil proceso psicoanalítico compartido con una paciente esquizofrénica, la Sra. B. Dado el considerable esfuerzo invertido por ambos en esta experiencia, que en lo que a mí respecta comportó además el registro detallado de abundante material a fin de revisarlo por mi cuenta y repensar lo que estaba sucediendo, así como para pedir la opinión de mis colegas,[1] pensé que valía la pena que otros profesionales interesados en la psicosis o en los distintos niveles psicóticos del psiquismo inherentes a cualquier persona pudieran conocerlo, por si resultase provechoso para ellos. Además, hasta donde yo conozco, creo que no existe en la bibliografía psicoanalítica actual una descripción detallada del psicoanálisis a pacientes psicóticos esquizofrénicos.

Por otra parte, esta experiencia me ha llevado a reconsiderar las ideas de Bion sobre la «personalidad psicótica» y la de Steiner respecto de la «organización patológica» para formular una propuesta de definición de la «organización psicótica de la personalidad». No reivindico el psicoanálisis como método terapéutico de elección para los pacientes psicóticos; sin embargo, cuando es posible, además del beneficio que obtienen, ofrece una oportunidad única para extraer algunas enseñanzas sobre el funcionamiento de la vida psíquica de estos como de los pacientes en general.

El abordaje psicológico del paciente psicótico se enfrenta con la dificultad de la aparente incomprensibilidad de su conducta y pensamiento. Por lo tanto, una de las primeras tareas es demostrar que, en efecto, son subsidiarios de comprensión, lo que una larga tradición psicoanalítica intenta desde hace tiempo. Entre las diferentes vías para conseguirlo destaco dos: la primera son las exposiciones pedagógicas, con fundamento científico, que ofrecen una panorámica amplia y comprensible de la dinámica de la patología de la psicosis, que incluyen una serie de factores que concurren en ella, desde el paciente, la familia y los profesionales que los atienden hasta los sistemas sanitarios asistenciales (cf. Tizón 2013); la segunda es la que adopto en esta obra, fundamentada en lo que denomino una visión microscópica del funcionamiento mental del paciente psicótico a partir del seguimiento detallado de un tratamiento psicoanalítico. Ambas vías son, por supuesto, complementarias.

Para hacer trasmisible la complejidad de la psicosis, así como las dificultades

inherentes a su tratamiento, considero necesarios dos factores: 1) La exposición lo más amplia y al mismo tiempo detallada posible del funcionamiento psicótico tal como se despliega en la relación directa entre paciente y analista, de lo que podría denominarse un «trabajo de campo»; 2) aclarar los presupuestos teóricos y técnicos que subyacen tras nuestra posición desde la que observamos y actuamos. Nuestros presupuestos teóricos permiten al lector saber desde dónde partimos. Pero como la teoría no siempre da cuenta de *todo* lo que hemos sido capaces de observar en la clínica (no digamos de lo que escapa a nuestra observación) de ahí que una exposición lo más detallada posible del material permita que incluso aquellos aspectos que las teorías sustentadas por el autor no han explicado con suficiencia queden a la vista.

En esta introducción expondré mi idea de la salud/patología mental, basada fundamentalmente en el modelo bioniano continente/contenido, sustentado en las ideas de Melanie Klein y los autores kleinianos contemporáneos. Luego haré una síntesis del plan de la obra.

Salud/patología mental y dolor psíquico

Uno de los retos que encontramos con los pacientes psicóticos, especialmente con los denominados esquizofrénicos, es cómo ayudarlos a verbalizar experiencias que se les presentan como inefables, para que las reconozcan como propias y puedan tolerarlas. Pero antes de entrar en el terreno de la psicosis propiamente, retrocedamos un poco y preguntémonos: ¿cómo entender la salud/patología mental? Puesto que existen muchas concepciones de la salud mental, la definición de las inadecuaciones, alteraciones u organizaciones patológicas también será muy variada. Por ejemplo, sin salirnos del ámbito psicoanalítico, Freud lo sintetizó muy bien con la idea de que un funcionamiento sano del individuo incluye una buena capacidad para amar y trabajar. En muchos momentos de su obra se refiere también, en una afirmación más general, a la capacidad para tolerar la realidad. O, dicho de otra manera, para soportar el dolor que conlleva el contacto con la realidad. Bion ahondó en este aspecto y estableció una distinción, que tomaré como base de este estudio. Según él, uno de los problemas fundamentales con el que se encuentra el paciente psicótico es «la dificultad para "sufrir" el dolor psíquico, y no solo sentirlo» (Bion 1970). Esto no quiere decir que los pacientes psicóticos estén anestesiados, sino que no son capaces de tolerar lo que «sienten» el tiempo necesario para desplegar el trabajo mental que permita la modificación de la realidad y hacerla más tolerable; es decir, experimentar el proceso de transformación. La finalidad del principio de realidad, como señaló Freud, no es otra que conseguir satisfacer el principio del placer, pero en condiciones que no impliquen riesgo de perjuicio para la personalidad, lo que implica un rodeo, una espera. Por lo tanto, y siguiendo a Bion (1963), se puede considerar el dolor psíquico como un elemento básico en la constitución de la

personalidad; en consecuencia, también lo es de la patología, según las diversas formas de organización defensiva de la personalidad para evitar «experimentar» dicho dolor.

Por otro lado, desde la perspectiva de una teoría de la mente en función de la relación de objeto, la clave para una definición de salud mental reside en la capacidad del sujeto de reconocer el objeto necesitado. Por consiguiente, la patología se derivaría de toda estrategia conducente a negar o distorsionar la importancia de dicha relación. En este sentido, diríamos que la psicopatología tiene un tronco constituido por el narcisismo, en el sentido fuerte del término. No por casualidad, en su estudio sobre el narcisismo (1914), Freud se refiere a las patologías graves, como las psicosis, en las que la dinámica narcisista sería extrema. Así pues, para la constitución de la salud mental del individuo y su patología considero básicos tanto el grado de tolerancia al dolor psíquico como el grado de narcisismo. El tratamiento y el estudio de los pacientes psicóticos, junto con el psicoanálisis infantil, ha permitido que hoy hayamos ampliado la comprensión de la vida psíquica a los niveles arcaicos y psicóticos y su psicopatología.

La salud/psicopatología puede entenderse también a partir del conflicto básico entre el deseo de conocer la realidad psíquica —y de manera consecuente la realidad externa— y las fuerzas que se oponen a ello. Este antagonismo se debe al carácter inmediatamente penoso y doloroso que implica dicho conocimiento. Frente a las dificultades de la realidad, sintetizadas en las experiencias de frustración, Bion (1962a) señala dos tipos de personalidades: la que está dominada por el impulso a *evadir* la frustración y la que está presidida por el impulso a *modificarla*. En cuanto a la primera, quienes la poseen son personas que toleran tan poco el dolor y la frustración que, aunque sienten dolor, no pueden sufrirlo (Bion 1970, p. 11).

Además, Bion (1962a) afirma que en toda relación que un individuo establece con el entorno existe una tendencia al conocimiento, que constituye ya un elemento del vínculo. Bion representa este componente del vínculo con la letra K (del inglés *knowledge*). Otros dos elementos inherentes a todo vínculo son el componente de amor L (la inicial de la palabra *love*) que incluye una gama de sentimientos (afecto, gratitud, solidaridad, respeto, entre otros), y el componente de odio H *(Hate)*, que se manifiesta en una variedad de emociones (agresividad destructiva, envidia, resentimiento, etc.). La interrelación entre los tres componentes mencionados —conocimiento, amor y odio— determina pues la dinámica de la relación de objeto.

Por otra parte, Bion tomó y desarrolló el concepto de identificación proyectiva de Melanie Klein (1946). Este proceso mental primitivo, según lo describió Klein, consiste en una fantasía inconsciente por la que el sujeto necesita expulsar fuera de sí, y en un objeto determinado, todas aquellas vivencias de la experiencia que no puede tolerar porque le resultan demasiado dolorosas, por lo que se constituye en una forma particular de identificación que es prototipo de la relación de objeto agresiva (Klein 1946, p. 8). Klein completa la idea, al plantear que también existe la identificación proyectiva, en la que la identificación se basa en la proyección de los aspectos amorosos del *self*, esencial para el desarrollo de buenas relaciones (1946, p. 9). La identificación proyectiva puede tener finalidades defensivas diferentes: controlar el objeto, adquirir sus atributos, evacuar

lo malo, proteger lo bueno o evitar la separación.

Bion desarrolla el concepto de identificación proyectiva indicando que, si se proyecta en el objeto, esto implica que el objeto puede concebirse como un espacio continente capaz de albergar el contenido de lo proyectado. Por lo tanto, el objeto no es algo impreciso en el inconsciente de la mente del individuo que proyecta, sino que tiene una función determinada: *contener* lo que se le proyecta; es decir, metabolizar lo proyectado para devolverlo en condiciones tolerables para el individuo. Entre continente y contenido se establece así una relación de afectación mutua. No obstante, para que esta relación realmente sea dinámica ha de estar mediada por la naturaleza del vínculo, con sus componentes de amor, odio y conocimiento. Asimismo, la relación continente/contenido se da entre partes de la personalidad de un mismo individuo: una persona contiene la parte psicótica de su personalidad cuando predomina una organización neurótica.

Por ejemplo, Bion amplía el concepto de identificación proyectiva al considerarla como la base de una forma de comunicación primitiva, para hacer saber al objeto aquello que el propio *self* no consigue metabolizar, tolerar, pensar, es decir, contener. En este sentido, distingue una identificación proyectiva «normal» de la «patológica», que sería la descrita por Klein. Aunque respecto de esta última Bion introduce un matiz importante: cuando ella habla de identificación proyectiva «excesiva» no debe entenderse tan solo como una frecuencia de su uso, sino como una excesiva creencia en la omnipotencia (Bion 1967, p. 157).

Bion también introdujo algunas modificaciones en las ideas de Klein sobre las «posiciones de la mente», que recordaré brevemente. Con el término «posiciones», Klein (1940, 1946) describió dos tipos de estados o niveles de la mente que se caracterizan por la manera específica en que se agrupa una constelación de ansiedades básicas, defensas contra estas y el tipo de relación de objeto resultante.

La «posición esquizoparanoide» es un estado mental predominante en las etapas tempranas del desarrollo del individuo, en el que prevalecen las ansiedades catastróficas y paranoides así como las defensas primitivas de escisión e identificación proyectiva; la relación de objeto es de índole narcisista en el sentido de que se niega la dependencia respecto del objeto, aunque este es utilizado al servicio del sujeto: si el objeto es bueno, forma parte del *self*, si es malo, hay que rechazarlo o eliminarlo.

En el estado mental de «posición depresiva» predominan las ansiedades «depresivas», por cuanto existe un pesar por las implicaciones del reconocimiento de la realidad psíquica. Esto supone, entre otras cosas, la aceptación del objeto como algo de lo que se depende, y no siempre se tiene, porque no forma parte del sujeto; por lo tanto, es preciso elaborar esa pérdida: el objeto es un no-yo, una experiencia nueva respecto de la posición esquizoparanoide en la que el objeto ideal era al mismo tiempo yo. Además, en la posición depresiva existe el reconocimiento de que el objeto amado y el objeto odiado son el mismo, lo cual implica aceptarse como autor de las «acciones» (en la conducta o en la fantasía) y de los sentimientos, tanto los de odio como los de afecto contra el objeto, con el consiguiente daño infligido. El resultado son los sentimientos de preocupación y culpa por el objeto. Este reconocimiento conlleva el despliegue de una

actividad reparatoria que consiste, en primer lugar, en devolver al objeto aquello que le pertenece y que le ha sido robado, aceptando su autonomía e independencia, restableciendo así una imagen revalorizada del objeto. La aceptación de la independencia del objeto comporta también la aceptación de que este sustenta otras relaciones importantes, en particular con la pareja paterna, con la que además puede existir una capacidad creativa.

Existe otro aspecto para comprender la posición depresiva, quizá no suficientemente contemplado por Klein, que se puede observar en el curso avanzado de un proceso analítico y que, por evidente, puede pasar inadvertido. Se trata del reconocimiento por parte del paciente de una versión más realista o completa de sus objetos «reales», internos y externos (las figuras parentales en su historia, y el analista en la situación analítica), que no solo supone aceptar que las proyecciones hostiles los desfiguraron y dañaron, sino que tales objetos externos también pudieron ejercer daño al individuo: los padres no siempre fueron buenos, y en ocasiones son fuente de situaciones traumáticas; el analista no es una figura idealizada, y tiene sus limitaciones. Es pues doloroso admitir la conclusión de que el objeto bueno no siempre respondió de manera adecuada, o incluso que, al contrario, en términos de Bion, hubo una «negación de grados normales de identificación proyectiva» (Bion 1967, p. 141).

Aceptar pues la posición depresiva entraña la vivencia de pérdida de las relaciones idealizadas, del *self* y del objeto, con el sentimiento de pesar y duelo; también implica el reconocimiento del daño infligido al objeto y al propio *self*, con el sentimiento de culpa inherente y la consiguiente tarea de reparación, así como que el objeto no es ideal y que no siempre fue adecuado y bueno. Cada vez que se accede a la posición depresiva se efectúa un trabajo psíquico que transforma el mundo interno en algo diferente al que existía, con nuevos objetos, nuevas relaciones con ellos, así como nuevos aspectos del *self*. En el estado esquizoparanoide, la preocupación predominante consiste en la supervivencia del yo, mientras que, en la posición depresiva, aunque también preocupa el bienestar del sujeto, dicho bienestar está ligado al correspondiente del objeto.

Bion añadió a estas ideas de Klein que la superación de la posición más primitiva —en la que predomina lo esquizoparanoide— para pasar a la posición más evolucionada —con el predominio de lo depresivo— no representa un progreso que se consiga de una vez por todas, de manera que el retorno a lo esquizoparanoide solo sucediera en situaciones regresivas. De hecho, la denominación escogida por Klein, *posición*, en lugar de la de *etapa*, ya expresa algo de eso. Es decir, el concepto de posición no implica una secuencia evolutiva en la que lo esquizoparanoide sería anterior a lo depresivo —como en el sentido que Freud describe las etapas psicosexuales del desarrollo psíquico, que se suceden unas a otras—, sino más bien la coexistencia de ambos estados mentales, y además desde el inicio de la vida.

Así pues, para una adecuada comprensión del funcionamiento de la vida mental, Bion destaca la importancia de una constante tensión equilibrada entre la posición esquizoparanoide (Ps) y la posición depresiva (D), interacción que él expresa con la grafía siguiente: Ps ↔ D. De manera simplificada, podríamos decir que la organización de

la mente según el modo esquizoparanoide (→Ps) expresa la tendencia a la escisión y separación de los componentes contradictorios de la realidad, mientras que lo depresivo (→D) supone la tendencia a la integración.

Pero como digo en otra parte (Pérez-Sánchez 1997), la propuesta de Bion, según la forma Ps ↔ D, entendida literalmente no daría cabida al progreso y el crecimiento mental, sino que nos encontraríamos en un permanente estado de flujo y reflujo entre Ps y D, que no se corresponde con el auténtico desarrollo mental. Por lo tanto, más que un equilibrio entre lo esquizoparanoide y lo depresivo, la forma Ps ↔ D cabe entenderla como una interacción constante en la que si hay crecimiento mental predomina el estado de la mente organizado en función de la posición depresiva, es decir, de aquellas actividades mentales que tienden hacia la integración, hacia el reconocimiento de una relación de objeto que permita una actividad creativa. Y predominio no quiere decir la vigencia continuada de dicha tendencia a la integración, sino su existencia prioritaria, con alternancias de momentos en los que está presente la tendencia a la escisión de la realidad con las defensas esquizoparanoides correspondientes.

En el caso del paciente en tratamiento, lo anterior supone el predominio de una valoración (positiva) de la relación con el terapeuta, a pesar de los enfados o ataques por frustración o envidia que también puedan producirse contra él. Cuando se trata de pacientes con una organización neurótica de la personalidad, la «regresión», o más bien la «retirada» —de acuerdo con Britton (1998, pp. 70 y ss.)— a estados mentales con predominio de Ps es temporal. En cambio, en los de patología más grave, con organización patológica de la personalidad, aunque exista un predominio de lo esquizoparanoide, también estarán presentes aspectos de lo depresivo, elementos con tendencia a la integración que, en definitiva, crean una cierta tensión para evitar caer en la catástrofe. Por lo tanto, la expresión gráfica más adecuada del movimiento entre →Ps y →D no sería de atrás adelante, y viceversa, para luego repetir lo mismo indefinidamente, sino la del movimiento de espiral, donde cada avance y retroceso repetido no se encuentra en el mismo nivel de desarrollo.

Coincido pues con Britton (1998) quien, al revisar la propuesta de Bion Ps↔D, la considera más propia de una ecuación química que refleja la interacción entre dos sustancias inmodificables, por lo que, tomada como una analogía psicológica, sugiere una perspectiva reversible más que un desarrollo psíquico (Britton 1998, p. 74). Asimismo, describe el movimiento progresivo en análisis «de la integración a la desintegración, seguido de reintegración» (1998, p. 73). Dicho de otra manera, el proceso analítico implica ciclos de progreso y regresión, es decir, de la renuncia a estados de coherencia y seguridad (lo que caracteriza a D) por la incoherencia de Ps que es necesario tolerar.

Recapitulando, para Bion la vida mental implica la existencia de un continente/contenido (entre el sujeto y el objeto o entre aspectos de la personalidad entre sí) que permita la coexistencia de ese equilibro o interacción dinámica entre lo esquizoparanoide y lo depresivo, en la medida que el vínculo que une las actividades del individuo esté mediatizado por los componentes del amor, odio y conocimiento. Si no están presentes estos últimos, el vínculo entre continente y contenido será una relación

desvitalizada que conduce al deterioro de la vida relacional y mental. O bien, puede suceder que paralela a esa dinámica en la que la actividad mental funciona en positivo, según el signo más (+), es decir, hacia el progreso y el crecimiento del individuo, exista un funcionamiento similar, pero en negativo, identificado con el signo menos (–). En este caso, el amor, el odio y el conocimiento están activos, aunque a favor de la negatividad, de lo destructivo. Por ejemplo, en la relación de signo positivo [+ (K, L y H)], la pareja paciente/terapeuta vive sentimientos de afecto y de odio que pueden ser expresados y elaborados dando lugar al conocimiento, al *insight* del paciente o para el paciente. En cambio, en la pareja con una relación de signo negativo [– (K, L y H)], el paciente (y el analista cuando colusiona con él) evidencia una relación en la que experimenta afecto o rabia respecto del terapeuta, pero desde una perspectiva que tiende a impedir el conocimiento y, en consecuencia, no se produce *insight*. Aun cuando el terapeuta cree que el paciente ha comprendido su interpretación, resulta que esta ha partido de premisas diferentes y, por lo tanto, no ha sido posible el conocimiento. Es lo que el propio Bion (1963) ha llamado «reversión de la perspectiva», que ejemplifica con el dibujo que puede ser visto como un florero o como el perfil de dos caras enfrentadas, según la perspectiva que se adopte.

Síntesis y plan de la obra

Mi idea base es que una parte de la vida mental de cualquier persona tiene características psicóticas que conviven con otra parte no psicótica y que del equilibrio resultante de la interacción entre ambas partes se obtiene una organización de la personalidad más o menos patológica, cuya gravedad puede variar entre lo psicótico y lo neurótico. Concedo especial importancia a la dinámica que se establece entre ambas áreas de la personalidad; es decir, según la naturaleza de la vinculación/escisión entre la parte psicótica y la no psicótica se derivarán distintas formas de organizaciones patológicas, con sus respectivas particularidades, lo que muestro en el capítulo 2. Si bien la expresión «organización patológica» ofrece una buena descripción de la patología psíquica, conviene tomarla como un tronco común, del cual se derivan diversas patologías cuya especificidad es necesario destacar. Esto trae consigo consecuencias tanto conceptuales como técnicas. Teniendo en cuenta este marco teórico trataré de explorar la especificidad de la «organización psicótica de la personalidad».

Como esta obra está basada casi exclusivamente en la experiencia fruto del proceso analítico de una paciente esquizofrénica, se plantea la cuestión de cómo articular el material clínico con la teoría. Obviamente, no basta con el relato clínico desnudo de teoría, pero tampoco parece suficiente la descripción de un material que se limite a «ilustrar» la teoría propuesta, pues la clínica siempre la desborda. En ese sentido, con el fin de ofrecer facetas distintas de la realidad psicótica, incluidas quizá las que no tienen

respuesta en los presupuestos teóricos aquí sustentados, he escogido un sistema que consiste en incluir abundante material clínico en cuatro áreas o contextos distintos:

1. Los aspectos teóricos del dolor psíquico (elemento al que concedo especial valor) en los pacientes psicóticos (en varios capítulos); la conceptualización de la OPsP —fundamentos psicopatológicos (capítulos 3 y 4) y sus consecuencias: limitaciones de la simbolización (capítulo 5) y el mundo delirante (capítulo 6).
2. La técnica psicoanalítica con tales pacientes, sobre todo para mostrar los problemas del encuadre y la interpretación transferencial (capítulo 7).
3. La descripción secuencial de diferentes momentos del proceso analítico, en función del dolor psíquico y de la transferencia predominante («vértice»), donde puede apreciarse una evolución progresiva. Obviamente, esta descripción lineal no deja de ser un artificio, pues sabemos de la trayectoria oscilante, con avances y retrocesos, de todo proceso analítico, especialmente con pacientes psicóticos.
4. Material diverso de momentos avanzados del análisis en los que se ilustra la salida de la organización psicótica, mediante la selección de varios temas.

Esta distribución del material permite ver a la paciente y su relación con el analista desde ángulos distintos. A veces es necesario repetir el material, aunque en diferentes contextos del proceso analítico y de las cuestiones teóricas, lo que permite una nueva comprensión de la paciente, así como de la teoría desarrollada.

El libro está dividido en dos partes. La primera, «Teoría (y clínica)», donde el paréntesis indica que doy relevancia a la teoría, pero apoyándome en la clínica. La segunda parte, por razón inversa, la denomino «Clínica (y teoría)», porque concedo importancia a la exposición del caso mencionado, pero con sustento en la teoría que me sirve de apoyo para argumentarlo.

Presentación de material clínico y confidencialidad

Puesto que esta obra encuentra un apoyo importante en el material clínico, considero conveniente hacer algunas aclaraciones al respecto, en relación con el método de selección así como con la confidencialidad.

Sabemos cuán difícil es trasmitir la experiencia clínica, probablemente más cuando se trata de pacientes psicóticos. La traslación de la clínica al texto tropieza con la limitación de encajar una «experiencia» viva, es decir, multidimensional, en el ámbito del lenguaje escrito. Los escritores hacen de dicha tarea su oficio. Y según Ward (1997, p. 6) los

informes clínicos tienen cualidades del género literario. Pero no todos los analistas poseemos el talento literario que desearíamos. Y en nuestro caso, además, no podemos dejar vía libre a la imaginación, sino atenernos a la descripción de los hechos, por más que estén en alguna medida determinados subjetivamente (Spence 1997). No obstante, muchos analistas, cada vez más, estamos convencidos de la necesidad de relatar nuestro trabajo clínico si queremos fundamentar el desarrollo del psicoanálisis. Dejando aparte que todo psicoanalista que escribe suele tener veleidades literarias, aunque sea como aficionado, la limitada capacidad literaria puede quedar suplida, en alguna medida, por el hecho de ser una experiencia en la que participa activamente, de la que es testigo y, en consecuencia, de la que puede hablar y escribir con fundamento; por supuesto, con todos los riesgos de excesiva subjetivación.

Luego se plantea la cuestión del material a escoger. Cuando se trata de publicaciones para revistas, las limitaciones de espacio condicionan la cantidad de material, puesto que debe estar acompañado de las correspondientes consideraciones teóricas. Las posibilidades en tales formatos suelen ser varias viñetas clínicas, un resumen de varios momentos del tratamiento del paciente o la descripción detallada de una o a la sumo dos sesiones. Al tratarse en este caso de un libro, dispondré (eso espero) de suficiente espacio para ilustrar la dinámica de la OPsP y de la relación analítica.

Como ha señalado Tuckett (1993), la selección del material también está determinada por los intereses personales del analista, tanto los conscientes —poner el énfasis en ciertos aspectos del paciente que apoyen la teoría que se trate de mostrar— como los inconscientes —evitar aquellos que podrían desautorizarla o ponerla en duda—. A ello añadiríamos el inevitable conflicto que se le plantea a todo analista que publica entre la fidelidad al grupo psicoanalítico de pertenencia y no adoptar una excesiva sumisión a dicho grupo, al mismo tiempo que pretender ser original, como ha señalado Britton (1997).

La manera de presentar el material también condiciona lo que se quiere mostrar. A mi modo de ver, podemos observar el trabajo psicoanalítico desde dos perspectivas. Una sería la del corte transversal y la otra la del corte longitudinal. Dicho de otra manera, en una reflejamos el aquí y ahora de la sesión y en la otra el proceso analítico. Ilustrar la primera es fácil con solo describir una sesión detallada. En cuanto al proceso analítico es inevitable hacer un relato de la historia de lo acontecido en la relación entre paciente y analista, para lo cual habrá que hacer síntesis y condensaciones de períodos largos de la experiencia analítica. Aunque para que este relato del proceso sea lo más fidedigno posible necesitará apuntalarse en la descripción detallada de varias sesiones seguidas, por ejemplo de toda una semana, en varios momentos del tratamiento. He escogido ambos procedimientos.

En cuanto a la confidencialidad, he adoptado varias medidas. En primer lugar, algo que procede de mi manera de trabajar. Puesto que suelo centrarme en lo que sucede en la transferencia, o específicamente en el aquí y ahora de la relación analítica, las cuestiones relativas a la historia y la realidad externa de la paciente quedan minimizadas. Mi observación se enfoca fundamentalmente en el mundo interno de la paciente y en sus

manifestaciones en la relación con el analista. Por último, he procurado que transcurriera el tiempo suficiente entre el fin de la experiencia hasta el momento de la publicación del material base de esta obra. Además, por supuesto, allí donde se hace referencia a realidades externas o históricas de la paciente he debido modificarlas para que en ningún caso pudiera quedar comprometida la confidencialidad.

1 Quiero insistir mi agradecimiento al Dr. P. Bofill (Barcelona) y a la Dra. Hanna Segal (Londres), por su ayuda.

PARTE I

TEORÍA (Y CLÍNICA)

1. DOLOR PSÍQUICO, PARTE PSICÓTICA DE LA PERSONALIDAD Y ORGANIZACIÓN PATOLÓGICA

Tanto dolor se agrupa en mi costado,
que por doler me duele hasta el aliento.
M. HERNÁNDEZ, *Elegía a Ramón Sijé*
(CITADO POR LA SRA. B)

Consideraciones teóricas sobre el dolor psíquico y el dolor psicótico

La experiencia analítica con la Sra. B, que constituirá el material clínico de referencia fundamental en esta obra, reveló para mí la importancia del dolor psíquico en la vida mental, por un lado, y la intensidad que puede alcanzar en tales pacientes, por otro, haciendo más comprensible la enormidad de las defensas levantadas en su contra. De ahí mi interés en estudiar el dolor psíquico en general, y el psicótico en particular, así como la organización defensiva consiguiente para pseudocontenerlo.

La paciente describe el dolor como de dimensiones intolerables y suele expresarlo en términos de dolor somático. No se trata de una metáfora, como a veces los pacientes neuróticos describen el dolor mental. La impresión que uno tiene es que el paciente experimenta una sensación dolorosa como si hubiera recibido un fuerte impacto físico, con la agravante de que no se localiza en ningún órgano o parte del cuerpo. Así, mi paciente habla de un dolor hondo que inunda todo su cuerpo y que se corresponde con las palabras del poeta, que ella misma citó en una ocasión: «Que por doler me duele hasta el aliento», o cuando dice: «Me duele el alma» o «No puedo más de tanto dolor».

Parece que estuviera refiriéndose al dolor de una herida o lesión que ocupa toda su persona, que no acaba de remitir y que casi nada puede calmarlo.

A propósito de la cita del poeta, es cierto también que el mero hecho de recurrir a ella indica que la paciente se encuentra en ese momento en un estado mental que le permite dar forma (poética) al dolor, por lo que estaría dejando de ser el dolor inefable del que nos habla Bion. Con esto anticipo que el hecho de que la paciente pueda «hablar» del dolor es un indicio que me hace pensar en una mínima capacidad de simbolización y, por ende, para el trabajo psicoanalítico.

Desde la perspectiva del dolor psíquico, podríamos considerar la psicopatología como la manera en que la personalidad del individuo se organiza para *modificar/evitar* la realidad que genera el dolor, tomando los dos parámetros que emplea Bion (1962a). Tanto la tendencia a modificar la realidad como a evitarla están presentes, en alguna medida, en cualquier persona, ya que no es posible que seamos capaces de transformarla siempre, pues seríamos omnipotentes, como tampoco es posible eludirla de manera absoluta, puesto que significaría la muerte. Por lo tanto, el grado de psicopatología en la organización de la personalidad será tanto mayor cuando más se decante la actividad psíquica a favor del segundo término, es decir, la evitación de la realidad.

En los casos más graves, la psicopatología implica desplegar toda una serie de estrategias y defensas que, si bien evitan el dolor del contacto con la realidad, genera otro tipo de dolor que a su vez necesita de nuevas estrategias y defensas, en una espiral sin límite, con el fin de no solo ir *sufriendo* cada vez menos el dolor, sino *sintiéndolo* menos; esto conduce a un cierto vaciamiento, distorsión o fragmentación de la vida psíquica (afectiva y cognitiva). En el ámbito afectivo, la desvitalización puede ser tan acusada que conduzca al paciente hasta lo que Resnik (2005) ha denominado un «tiempo de glaciación»: el deterioro mental que encontramos en los pacientes psicóticos y esquizofrénicos de larga evolución.

Antes de tratar sobre la naturaleza de este tipo de dolor, cabría matizar el uso de la expresión «dolor psíquico». Valdría la pena considerar dos categorías. En el primer nivel el dolor se considera como un concepto genérico que abarca toda sensación displacentera para la vida mental. Freud fue el primero en usarlo en este sentido amplio (1911), al emplear el término «displacer» frente al contacto con la realidad. Bion también suele utilizarlo preferentemente en este sentido extenso. (Parece ser que lo tomó del término freudiano displacer en su traducción inglesa por «pain»). En este caso se incluye toda sensación de malestar para la mente: duelo, pena, ansiedad, culpa, entre otras. En el segundo nivel el dolor es más restringido; básicamente, se refiere a situaciones de pérdida del objeto. Freud también lo emplea en este sentido, cuando lo liga al duelo, al impacto emocional (que equipara al dolor físico) originado por la pérdida del objeto (cf. Freud 1925a).

Bion también se refiere al dolor en términos similares cuando indica que es la ausencia del objeto lo que genera la presencia del no objeto —que se acompaña de malestar— y, por lo tanto, una experiencia de tener objetos malos, lo que, por otra parte, es necesario para que se constituya el pensamiento primitivo. Utilizaré aquí la expresión «dolor» en

sentido amplio, porque es el uso que he encontrado en la clínica. Cuando el paciente habla de dolor se refiere a un abanico de fenómenos emocionales displacenteros que van más allá de la pérdida del objeto (amado y necesitado) que podría considerarse como prototipo de experiencia psíquica dolorosa.

Otra cuestión a precisar es la *calidad* y la *cantidad* (intensidad) del dolor. En cuanto al primero, no siempre es discernible. En última instancia, podríamos decir de manera muy general que el dolor surge como una manifestación de las fuerzas de vida en el conflicto con las fuerzas de muerte (ansiedades de aniquilación) que amenazan con ejercer su predominio absoluto. Pero dicha amenaza puede ser pasajera, como es el caso del dolor inherente al crecimiento, es decir, a todo proceso de duelo, o bien puede instalarse como algo perpetuo, cuando es consecuencia de un determinado tipo de relación de objeto basado en un estado patológico de la mente (patología esquizoparanoide, por ejemplo, como veremos después). Lo único que diferencia el dolor «sano» del «patológico» sería el sentimiento de duración. No obstante, para saber si el dolor es pasajero o no, primero es necesario tolerarlo. El individuo con muy poca capacidad para tolerar el dolor actuará rápidamente para deshacerse de él. Al proceder así abortará la experiencia que se estaba desarrollando con ese dolor, impidiendo el consiguiente fortalecimiento de la personalidad.

En cuanto a la intensidad del dolor, cabe preguntarnos ¿Cuánta *cantidad* de dolor psíquico es capaz de tolerar una persona? Pongamos por ejemplo que el espectro tolerable de cualquier persona corre desde cero y algo (el cero absoluto, sería incompatible con la vida) hasta *n*. El dolor que será capaz de tolerar determinada persona dependerá del umbral específico que haya conseguido (por su dotación constitucional y por el desarrollo de su personalidad en la interacción con su entorno). Pero si esta persona es sometida a una intensidad que se encuentra por encima de *n*, es decir, que exceda el umbral de lo *humanamente* aceptable para ella en particular, producirá una inevitable distorsión, reversión o negación de la realidad aun si se trata de una personalidad sana y equilibrada. Lo mismo hará el paciente psicótico, aunque ante niveles de dolor muy por debajo de los aceptables para otros, pero siempre por encima de su umbral personal.

De acuerdo con Freud, el contacto con la realidad conlleva dolor porque impide el placer inmediato. A lo que añade Bion (1963): en la medida que dicho dolor se siente como una amenaza para la integración mental, el individuo tratará de *evitarlo* poniendo en peligro el necesario establecimiento de una buena relación con la realidad y, con ello, la constitución de la personalidad; así que «el dolor no puede estar ausente de la personalidad [y] por lo tanto consideraré el dolor como uno de los elementos del psicoanálisis» (Bion 1963, p. 87). Klein estudió también el dolor en relación con el duelo, pero le dio la acepción más amplia, pues considera que todo dolor procedente de cualquier experiencia infeliz tiene algo en común con el duelo: reactiva la posición depresiva infantil.

Por su parte, para Hanna Segal (1993) cualquier dolor procede de los aspectos de vida. El conflicto entre la pulsión de vida y la pulsión de muerte puede plantearse en

términos psicológicos. Ante la experiencia de necesidad, se puede ir en busca del objeto que la satisfaga o, por el contrario, predominar el impulso a anular la necesidad misma, así como la percepción del objeto. Ambas tendencias pueden estar fusionadas. Aunque la pulsión de muerte, como señala Freud, actúa en silencio, en pacientes con graves trastornos —como los psicóticos— y no solo en ellos, puede apreciarse la actuación de la pulsión de muerte en lucha con la de vida (Segal 1993, pp. 55-56). Y más adelante Segal se pregunta: si el objetivo del instinto de muerte es no percibir ni sentir la realidad y rechazar el placer y el dolor, ¿por qué se asocia el dolor con su intervención? Responde:

> Creo que el dolor es experimentado por el yo libidinal amenazado por el instinto de muerte. *La primera fuente de dolor es la movilización del instinto de muerte desde dentro, es decir, una amenaza de aniquilación.* (Segal 1993, p. 58; traducción y cursiva nuestra)

B. Joseph se refiere a un dolor psíquico específico en pacientes con importantes ansiedades psicóticas y con un uso intenso de la identificación proyectiva. Según ella, el dolor surge en los períodos de transición cuando el paciente emerge de un estado de retraimiento casi delirante en el que vivía una fusión con el analista por el uso de la identificación proyectiva. En la descripción de este dolor, Joseph también señala su carácter casi físico, aunque precisa que no es psicosomático. El dolor que surge en el proceso analítico está a medio camino —es limítrofe, concluye— entre el dolor de las ansiedades de fragmentación y el dolor de la integración o dolor depresivo (Joseph 1989). Tendremos oportunidad de comprobar en el material de mi paciente la verosimilitud de estas descripciones de Joseph.

Para John Steiner, el paciente psicótico vive intensas ansiedades de naturaleza catastrófica que requieren medidas defensivas drásticas y omnipotentes. Agrega que la pérdida de la *organización patológica* implica el retorno del pánico incontrolado con experiencias de fragmentación y desintegración del *self* y de su mundo (Steiner 1993, p. 121). Elizabeth Bott Spillius también se refiere a que en tales organizaciones patológicas existe un intenso componente de pulsión de muerte (1988, p. 6).

Podemos describir tres tipos de dolor psíquico: uno que se relaciona con la pérdida del objeto (incluiría aquí el dolor por la frustración), otro que se debe a la integración de la mente (sería el dolor de la posición depresiva) y uno más que tiene que ver con el predominio de las ansiedades catastróficas y de la amenaza de aniquilación (el dolor específico de las organizaciones patológicas). A este último me quiero referir ahora, aunque sin desatender los otros tipos de dolor.

Volveré a Bion para detenerme en algunos apartados de su obra en los que trata el dolor y cómo se organiza la mente para gestionarlo. Según su teoría de la esquizofrenia, el paciente vive un conflicto nunca resuelto entre las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte, con un predominio de los impulsos destructivos. De ahí el temor persistente a una aniquilación inminente. En consecuencia, el paciente se ve forzado a atacar al aparato del yo, en su función de percepción de la realidad interna y externa, que aísla y divide en múltiples fragmentos para luego expulsarlos (por identificación proyectiva) en el objeto.

Estas serían algunas de las características de la parte psicótica de la personalidad que,

en la medida que predominan, ocasionan una divergencia creciente con la parte no psicótica, hasta que —en opinión de Bion— se establece un abismo entre ambas que resulta insalvable. Desde ese momento, el mantenimiento de la escisión que ahonde ese abismo entre ambas partes es una condición importante para la perpetuación del equilibrio esquizofrénico o de la organización psicótica. Al mismo tiempo sigue en marcha la actuación de las fragmentaciones diminutas y violentas del *self* y su correspondiente proyección (Bion 1957).

Cualquier clase de acercamiento entre ambas partes del paciente psicótico (esto es, entre la psicótica y la no psicótica) constituye otra de las causas fundamentales del dolor mental que vive. La parte no psicótica de la personalidad es la representante fundamental del predominio de las pulsiones de vida. La parte psicótica, como hemos visto, lo es de la destructiva. En consecuencia, cuando no existe suficiente consistencia de los aspectos de vida, la conjunción de ambas partes puede derivar en una catástrofe total, con la aniquilación de la mente que se vería completamente dominada por los impulsos destructivos. Segal (1950) describe a una paciente que expresa bien que es la interconexión entre locura y salud lo que se le hace verdaderamente insoportable, algo que también yo he podido comprobar en mi paciente.

Las etapas más críticas del análisis de mi paciente se han producido precisamente cuando ha existido un auténtico reconocimiento de la parte psicótica. Es decir, cuando la identifica como parte activa de su mente, aunque no dominante, y no tan solo como algo pasado. En tales momentos, cuando hay una disminución de la escisión, la paciente vive una experiencia que se le hace insoportable y la manera de defenderse es tratando de trasladar la escisión a la función del analista. Así, puede valorarlo e incluso retener su ayuda y el afecto por él, pero desligado de su función terapéutica. Aunque puede que en esa defensa esté actuando la envidia, es importante destacar la fantasía de la escisión del analista, con la que pretende evitar la relación terapéutica con la paciente, en cuanto «persona capaz de reconocerse enferma psicótica», por lo insoportable que le resulta.

Quisiera insistir en la presencia de las tendencias de muerte como el problema básico, por sus serias dificultades de contención. En varios pasajes de su obra Bion recurre al ejemplo del bebé o el paciente psicótico que experimenta el temor a morir y su necesidad de un objeto que contenga tales ansiedades. En «Una teoría del pensamiento» expone:

> Un desarrollo normal supone que la relación entre el niño y el pecho permite a aquel proyectar un *sentimiento* en la madre, por ejemplo, *que se está muriendo*, y reintroyectarlo después de que su permanencia en el pecho lo ha hecho tolerable para la psique del niño. Si la proyección no es aceptada por la madre, el bebé vive que el sentimiento de que se está muriendo queda despojado de su significado. Entonces, *lo que reintroyecta no es un miedo a morirse convertido en tolerable, sino un terror sin nombre*. (1962a, p. 160; traducción y cursiva nuestra)

Es decir que lo fundamental de las primeras relaciones del individuo es la necesidad de un objeto para gestionar el «sentimiento de muerte» inminente que la frágil estructura mental del bebé aún no puede contener. Y al desarrollar su modelo «continente/contenido» en *Elementos de psicoanálisis*, Bion avanza en la descripción de este proceso con esta simple y magistral descripción:

> El niño que sufre espasmos de hambre y *miedo a estar muriendo*, deshecho por la culpa y la ansiedad, e impulsado por la avidez, se ensucia y llora. La madre lo toma, lo alimenta y tranquiliza, y finalmente el niño se duerme. (1963, p. 54; traducción y cursiva nuestra)

El retrato que Bion nos ofrece muestra sensaciones corporales (hambre) junto a sentimientos (temor de muerte, culpa, avidez) y ansiedad (que participa de ambos, del cuerpo y de lo emocional) que constituyen un entramado que al bebé le resulta imposible distinguir y han de ser recogidos por la madre. No puedo dejar de transcribir aquí el párrafo siguiente donde Bion presenta una versión más completa del proceso y que ilustra con claridad la transformación de la mala experiencia y los malos sentimientos del bebé en una experiencia tolerable, gracias a la mediación del objeto. Veamos:

> El niño, lleno de dolorosos pedazos de heces, culpa, *temores de muerte inminente*, trozos de avidez, ruindad y orina, evacua estos malos objetos en el pecho ausente. Y mientras realiza esto el objeto bueno transforma el no-pecho (boca) en un pecho, las heces y orina en leche, los temores de muerte inminente y la ansiedad en vitalidad y confianza, la avidez y la ruindad en sentimientos de amor y generosidad y el bebé succiona de vuelta sus cosas malas, ahora transformadas en bondad. (Bion 1963, p. 54; traducción y cursiva nuestra)

Cabe resaltar la precisa descripción del nivel primitivo de la mente, donde soma y psique se encuentran tan entremezclados. Así, Bion agrupa elementos físicos (heces, orina) con elementos emocionales (sentimiento de culpa o el temor a morir) y señala que los primeros se mudan, mediante la adecuada devolución del objeto, en otros elementos también materiales (leche), pero con efectos físicos contrarios (satisfacer el hambre), de manera que generan la transformación de aquellos sentimientos de avidez y ruindad en otros benefactores: amor y generosidad. Y de nuevo, los temores de *muerte inminente,* gracias a la intervención del objeto, pueden transformarse en vitalidad y confianza.

En *Atención e interpretación* (1970), Bion retoma la idea del paciente que no puede sufrir el dolor, bien porque existe una identificación proyectiva patológica o bien porque la identificación proyectiva normal no ha sido recibida por el objeto; asimismo, describe con exacta verosimilitud las emociones dolorosas de gran intensidad que necesita proyectar de manera «explosiva». Sin embargo, dado el carácter restrictivo de su realidad y la dependencia de la identificación proyectiva, no existe una concepción suficiente de objeto continente en el que puedan tener lugar las proyecciones. En consecuencia, se genera la siguiente dramática situación:

> Por lo tanto, se siente que la proyección explosiva tiene lugar […] en un espacio mental que no tiene imágenes visuales que cumplan las funciones de un sistema coordinado, bien sea un «cuerpo facetado» o la figura multidimensional, de líneas plurales que se intersecan en un punto. Por lo tanto, *la realización mental del espacio es vivida como una inmensidad tan grande que no puede representarse ni siquiera por el espacio astronómico, porque no hay posibilidad de representación*. (Bion 1970, p. 18; traducción y cursiva nuestra)

Es decir, en la medida que el paciente no ha podido construir espacios visuales, o sea, en la medida que carece de la noción de límites precisos, no ha desarrollado la idea de un continente tridimensional y, en consecuencia, el propio espacio mental se configura como un espacio de tal enormidad que ni siquiera puede ser representado por el espacio astronómico, simplemente es irrepresentable. Tampoco puede concebir un objeto tridimensional capaz de contención. Y Bion continua así en el párrafo siguiente:

> Paradójicamente esta explosión es tan violenta y se acompaña de un miedo tan inmenso —al que nos referiremos en adelante como miedo o pánico psicótico— que el paciente puede expresarlo por un silencio total y repentino (como si así se alejara todo lo posible de una explosión devastadora). (Bion 1970, p. 18; traducción y cursiva nuestra)

O sea, la explosión de la vivencia es de tal intensidad que no es posible su experiencia. No hay lugar mental para albergar emociones que den cuenta de lo que está sucediendo. Solo queda el silencio como única respuesta.

El siguiente estado mental —continúa Bion— sería el de un *shock* mental, similar al *shock* quirúrgico. Como es sabido, el proceso fisiopatológico avanzado de este consiste en que los vasos sanguíneos pierden el tono necesario para mantener el flujo del torrente sanguíneo, dando lugar a una dilatación del espacio vascular donde el líquido queda estancado sin poder acceder a los espacios intersticiales, dejando sin oxígeno a los distintos órganos del cuerpo. Es como desangrarse dentro de los propios vasos sanguíneos. El espacio-río por el que circulaba la sangre se ha ampliado de tal manera que se ha transformado en un gran estanque que no tiene fuerza para regar de oxígeno su entorno.

Bion describe así la analogía del *shock* quirúrgico para referirse al estado de *shock* mental del paciente psicótico:

> El espacio mental es tan vasto comparado con cualquier realización del espacio tridimensional que el paciente siente que ha perdido su capacidad emocional porque la emoción en sí misma parece agotarse y perderse en la inmensidad. (Bion 1970, p. 18; traducción nuestra)

El espacio mental parece no tener límites que «contengan» las emociones que circulan por él, o mejor dicho, es como si las emociones se estancaran, se agotaran, perdieran fuerza y vitalidad. En realidad, lo que hace Bion es repetir con otras palabras y mediante otra analogía el carácter inmenso e irrepresentable del dolor psíquico del paciente psicótico, para dejar clara constancia de ello. Por eso he querido citar ambos párrafos, para destacar así esa dimensión del dolor psíquico, que pude observar en mi paciente. No debe extrañar pues que el paciente utilice, una y otra vez, defensas extremas y tipos de relación aberrantes para deshacerse de ese dolor insoportable. Lo que puede dar idea, al mismo tiempo, de las dificultades que dicha situación supone para el analista.

Mi paciente manifestó un delirio que le ocasionaba una gran ansiedad: la condena a la eternidad de los extraterrestres, que representarían los aspectos destructivos del *self* idealizados. El sentimiento de angustia, proyectado en los extraterrestres, se debía a la idea de la no existencia de límites, como en la descripción de Bion respecto del espacio mental astronómico, pero en este caso en relación con el tiempo: la eternidad.

Mi paciente también se refirió a la falta de límites en su vida mental cuando expresaba su insoportable sentimiento de estar «en el vacío más absoluto». Aunque el sentimiento de vacío tuvo muchos significados en función del contexto, uno de los estados más desesperantes era el de la vivencia próxima a sentirse en el espacio sideral, donde todo su ser estaba perdido. Si retomamos la analogía del *shock* quirúrgico, el riesgo que percibía la paciente era que si dejaba de delirar perdía el «tono» vital, de la misma manera que los vasos sanguíneos pierden el tono y el paciente se desangra por dentro. En una etapa

avanzada del análisis, la relación analítica le dio pruebas de firmeza y pudo empezar a abandonar los delirios y confiar en la consistencia del «tono» que le aportaba esta relación para contener su vida emocional. El problema reside en que dicha transformación no era automática, lo que daba lugar a la experiencia de estados intermedios dolorosos, de sentirse perdida en el vacío. De manera que, al faltar la estructura delirante, por una organización psicótica disminuida, dejaba de sentirse «contenida», pues no se le ofrecía un continente alternativo inmediato y omnipotente que la librara de todo malestar.

En Winnicott encontramos otras reflexiones que nos aproximan a la idea de lo que debe subyacer tras el dolor psicótico. Cuando enumera una lista de dolor agudo primitivo *(primitive agonies)*, no las llama «ansiedad» *(anxieties)* pues no la considera una palabra con la suficiente contundencia para lo que quiere indicar. La relación de agonías primitivas que cita es esta:

> 1. Vuelta a un estado de no-integración. 2. Caída sin fin. 3. Pérdida de conexión psicosomática, fracaso de implantación. 4. Pérdida de sentido de lo real. 5. Pérdida de la capacidad de relacionarse con los objetos. (Winnicott 1974, p. 104; traducción nuestra)

Y a continuación apostilla que es erróneo pensar que la enfermedad psicótica es una crisis, cuando se trata de una «organización defensiva» que hace frente a las «angustias primitivas» (1974, p. 104; traducción nuestra).

Según Meltzer (1978), la expresión «ansiedad catastrófica» de Bion es lo que se esconde detrás de otras angustias menores. Y esto se correspondería con la conceptualización freudiana de la «ansiedad señal», como una alarma, que anticipa el riesgo de algo difícil de soportar o que puede resultar peligroso para la persona; en el modelo de la mente propuesto por Klein, correspondería al dolor que subyace tras las posiciones esquizoide-paranoide y depresiva; por su parte, el equivalente en Bick (1986) serían las expresiones «callejón sin salida», «caída sin fin» y «licuefacción». Bion (1962b) emplea el ya mencionado «temor sin nombre»; Meltzer, por su parte, formula el «terror de los objetos muertos».

En cuanto al componente de pulsión de muerte del dolor psicótico, Rosenfeld describe una fuerza mortífera que funciona en silencio (secretismo propio de todos los asuntos relacionados con las tendencias de muerte) para dar apoyo a las partes destructivas y narcisistas del *self*. Según el autor, esa fuerza mortífera se manifiesta en el análisis de algunos pacientes como una resistencia paralizadora crónica del proceso analítico; en otros, el paciente se mantiene apartado de la vida y ocasionalmente vive ansiedades graves de ser arrollado y asesinado (Rosenfeld 1987, pp. 107 y ss.).

En consonancia con la idea de Bion, Rosenfeld habla del aspecto destructivo del *self* que ataca a otras partes que lo constituyen. Pero añade que es la idealización de esa parte del *self*, que se organiza para conseguir el control de la mente del paciente, la que hace que las partes sanas e infantiles dependientes acaben sometidas e incluso seducidas (Rosenfeld 1971a).

Así pues, los aspectos de vida libidinales, sanos e infantiles dependientes actúan en conjunción con los destructivos. El problema radica en que sea tolerado-contenido el

dolor consiguiente a una auténtica integración de tales aspectos en la personalidad total bajo las directrices de los aspectos de vida. La tolerancia de esa creciente integración es lo que proporciona una fortaleza al *self* para contener los diferentes grados de dolor: el derivado de las ansiedades de fragmentación y aniquilación, el debido al daño infligido al objeto y a los aspectos del *self* (algunos de ellos definitivamente perdidos), así como el procedente de la pérdida del objeto.

La tarea del analista frente al dolor que el paciente trae consigo al análisis no consiste —como bien señala Bion— en aliviarlo. La función analítica primordial estriba en ayudar al paciente a incrementar su capacidad para tolerar el dolor psíquico concomitante con el reconocimiento de la realidad, así como —añadiría yo— evitar el dolor innecesario.

Sentir y sufrir el dolor psíquico

Durante los primerísimos momentos de la vida, cuando psique y soma aún no están diferenciados, los hechos son registrados en el cuerpo hasta que la representación psíquica sea posible (Bion 1962a). En este sentido entiendo la fantasía inconsciente como enraizada en el cuerpo (Isaacs 1948). Y para que así suceda es necesario tolerar el dolor concomitante a lo que significa trasladar a la mente ese suceso. Tal vez ahí reside uno de los problemas del paciente psicótico. Por eso considero crucial el hecho destacado por Bion según el cual el paciente psicótico «experimenta el dolor, pero no lo sufre», lo que argumenta así:

> El paciente puede decir que sufre, lo que se debe a que no sabe lo que es sufrir y confunde el hecho de *sentir dolor* con el *sufrimiento del dolor*. […] La intensidad del dolor del paciente acrecienta su temor a sufrirlo. (Bion 1970, p. 23; traducción y cursiva nuestra)

Y en el párrafo siguiente añade:

> Sufrir dolor implica respeto por el hecho del dolor, el propio y el ajeno. Al carecer de este respeto [el paciente psicótico] tampoco lo tiene por cualquier procedimiento que, como el psicoanálisis, tenga que ver con la existencia del dolor. (Bion 1970, p. 24; traducción nuestra)

La última afirmación se entiende si nos referimos a la parte psicótica de la personalidad, pero no al paciente psicótico total, quien, como el propio Bion sostiene, también posee una parte no psicótica. Y de ahí, como veremos, mi hipótesis de que la existencia de un cierto grado de interés y tolerancia por la «experiencia» o el sufrimiento del dolor psíquico constituye un buen indicador para considerar la perspectiva del inicio de un psicoanálisis con pacientes graves.

Esta idea de sentir dolor sin sufrirlo la encontramos también en otros autores. Por ejemplo, desde la perspectiva de la psicología del yo, Paul Federn (1952) dedica un trabajo a la respuesta del yo al dolor. Descarta que el desarrollo de una neurosis o de una psicosis se deba tan solo a una diferencia cuantitativa, respecto de la intensidad del dolor, y habría que aceptar un factor cualitativo que consiste en una diferencia, aparentemente

leve, pero muy importante: la que existe

> entre «sufrir de un dolor» y meramente «sentir un dolor». El sufrimiento es la experiencia directa, dentro de los límites del yo, del dolor mental originado por un acontecimiento doloroso o el objeto. (Federn 1952, p. 268; traducción nuestra)

En cambio, el psicótico no acepta el dolor, lo siente, pero como algo que viene de fuera, «siente al objeto lesivo como algo que ocasiona dolor a los límites del yo desde fuera». Al tratar de encontrar una explicación a tal diferencia, recurre a una metáfora orgánica: en el neurótico «el dolor es consumido y diferido por el yo» (Federn 1952, p. 279). Cuando el individuo deja que el dolor atraviese los límites del yo, es posible un proceso de digestión y la consiguiente transformación de esa experiencia, que lo capacitará para nuevas experiencias dolorosas.

En cambio, cuando el paciente deja el dolor fuera de su yo, solo se siente tocado en los límites y el dolor queda como algo ajeno y sin posibilidad de modificación. Pero Federn va más allá en su explicación teórica para diferenciar entre «sentir» dolor y «sufrirlo», al «atreverse» a fundamentarla en la segunda teoría de las pulsiones de Freud. Así pues, postula dos tipos distintos de dolor mental: uno basado en el principio del placer-dolor y otro en la pulsión de muerte. Señala:

> Más allá del dolor y el placer que corresponde a la satisfacción o no de la libido, existe el dolor que corresponde a la satisfacción del instinto de muerte. (Federn 1952, p. 271; traducción nuestra)

Con ello, Federn está de acuerdo con los autores ya citados que destacan la presencia de tendencias destructivas como la fuente del dolor del paciente psicótico.

Por otra parte, cabe citar la reflexión de Winnicott cuando dice:

> Sostengo que el miedo clínico del paciente al colapso psíquico es el miedo a un colapso que ya experimentó. Es un miedo a la angustia *(agony)* original que dio lugar a la organización defensiva que el paciente desarrolla como enfermedad. (1974, p.104; traducción nuestra)

El uso de la palabra «experiencia» es equívoco, pues debemos suponer que se refiere al suceso «sentido» más que al realmente «experimentado».

Recientemente, Mitrani (2001), a partir de las ideas de Bion, establece la distinción entre algo que le ha ocurrido *(happenned)* a un individuo y algo que ha sufrido *(suffered)*, y que por consiguiente ha entrado en el ámbito de la conciencia.

«Personalidad psicótica»: parte psicótica de la personalidad

Bion, como psicoanalista, considera que para que se desarrolle una psicosis son necesarias la interacción entre el ambiente y la personalidad del paciente. Estas ideas las presenta en dos trabajos fundamentales, en los que también describe las características de lo que él llama «la personalidad psicótica» (Bion 1957, 1959) y la diferencia con la

personalidad no psicótica. Conviene advertir sobre la posible confusión entre «personalidad psicótica» y la «personalidad del paciente psicótico».

La primera es una abstracción conceptual, por la cual Bion describe los rasgos fundamentales de una personalidad en el supuesto de que solo existiera lo psicótico. Pero, como señala en otro momento —y como Freud indicó y la clínica nos enseña—, el paciente psicótico nunca se retira del todo de la realidad, o sea, el yo no pierde el contacto completamente con esta. Por lo tanto, nunca estará ausente de su personalidad una parte no psicótica (asociada a tratar con problemas de índole neurótica) que coexiste con la parte psicótica «aunque oscurecida» por esta. (Bion 1957, p. 69).

Bion resume las características de la personalidad psicótica, o de la parte psicótica de la personalidad así:

> [1] una preponderancia de impulsos destructivos tan grande que aun el impulso a amar queda afectado y convertido en sadismo; [2] un odio a la realidad, interna y externa, que se extiende a todo lo que pueda despertar conciencia de ella; [3] pánico de aniquilación inminente, y finalmente [4] la formación de relación de objeto prematura y precipitada [siendo una de ellas la] transferencia, cuya fragilidad contrasta notoriamente con la tenacidad con que es mantenida. (Bion 1967, p. 65)

Podríamos sintetizar diciendo que se trata de la preponderancia de las fuerzas destructivas, como consecuencia del conflicto no resuelto entre las tendencias de vida y las tendencias destructivas. El resultado es la vivencia de ansiedades catastróficas o de aniquilación que requieren formas de defensa extremas para expulsar fuera toda la destructividad interior que amenaza la integridad del individuo.

El conjunto de estas características hace que el desarrollo psíquico primitivo que implica progresar desde la posición esquizoparanoide hasta la depresiva se produzca de manera diferente a como tiene lugar en la personalidad no psicótica. En el paciente psicótico la alteración psíquica se inicia ya en la posición esquizoparanoide, por un predominio de la escisión y de la identificación proyectiva patológica, que impiden que se produzcan las primeras formas de pensamiento, al no existir la necesaria capacidad para la proyección e introyección equilibrada, y su posterior toma de conciencia (Bion 1957, p. 49). Básicamente, esta identificación proyectiva patológica consiste en emplear la fantasía de la escisión fragmentaria de los objetos (internos) y del *self*, particularmente el aparato psíquico para la percepción de la realidad, y expulsarlos fuera de sí. La razón para actuar así es que el paciente trata de desprenderse de toda conciencia de realidad, y la forma más económica de hacerlo es dirigir sus ataques contra el vínculo que conecta sus impresiones sensoriales con la conciencia.

La función del aparato psíquico descrito por Freud consiste en negociar el contacto con la realidad mediante la realización de las siguientes tareas: conciencia de las impresiones sensoriales, atención, memoria, juicio y pensamiento. La fragmentación del aparato psíquico supone pues el deterioro o la inutilización de las funciones que llevan a cabo dicha tarea. Con lo cual, el curso del subsiguiente desarrollo del individuo en el que se ha instaurado una posición esquizoparanoide patológica queda muy perturbado al carecer de las herramientas necesarias para manejarse con la realidad, debiendo recurrir una y otra vez a los mismos «mecanismos» patológicos que dan lugar «a una divergencia

cada vez mayor entre la parte psicótica y la no psicótica de la personalidad, hasta que finalmente el abismo entre ambos es insalvable» (Bion 1957, p. 75).

Como consecuencia de la excesiva identificación proyectiva, queda alterada la introyección y la asimilación de las impresiones sensoriales, que son la base para el establecimiento de un objeto estable del cual depende el inicio del pensamiento verbal. El resultado de esta identificación proyectiva será que «las palabras *son* las cosas que nombra» (Bion 1957, p. 71), lo que Segal (1957) describió como una forma de simbolización primitiva que denominó «ecuación simbólica». Por lo tanto, en «la personalidad psicótica» no solo existe una dificultad para alcanzar el pensamiento verbal, al no lograr la posición depresiva, sino que las alteraciones en la posición esquizoparanoide conllevan ya un trastorno en el pensamiento preverbal, es decir, en la misma matriz del pensamiento (Bion 1957, p. 73).

Posteriormente, Bion trató el problema que el paciente psicótico enfrenta para contener la realidad en la medida que esta comporta un dolor psíquico intolerable, ligado a la dificultad de la personalidad psicótica para crear un espacio mental continente. Parece que la fuente de tal dificultad es doble. Por una parte, las restricciones en relación con la capacidad para desarrollar la función alfa conlleva la ausencia de imágenes visuales, mentales, por lo que el paciente carece de los elementos para delinear un espacio mental. Por otra parte, al predominar la identificación proyectiva patológica existe una dificultad para reconocer un objeto como un continente posible donde proyectar aspectos de la personalidad. Es decir, por un lado, el fracaso de la función alfa no ha posibilitado la construcción de un espacio mental interno y, por otro, no existe la concepción de un continente (objeto) externo donde proyectar lo que no es tolerable. Mejor dicho, las proyecciones explosivas tienen lugar en un espacio mental sin imágenes visuales que cumplan con las funciones de un sistema de coordenadas. Ya vimos también las consecuencias de ello en cuanto a la imposibilidad de crear un espacio mental representable en la analogía de espacios astronómicos y del *shock* quirúrgico.

Por lo tanto, considerar la concepción de la personalidad psicótica como Bion la describe implica una tendencia a incrementar progresivamente el abismo existente respecto de la personalidad no psicótica, en una espiral sin fin. Entendido así, parecería que volveríamos al planteamiento de Freud según el cual el paciente psicótico no es susceptible de psicoanálisis, aunque ahora no es por su incapacidad para establecer una transferencia, sino más bien por lo contrario: por establecerla de una manera tan intensa pero frágil que no sería posible desarrollar el vínculo necesario para el tratamiento.

No obstante lo anterior, la experiencia psicoanalítica con pacientes psicóticos realizada por algunos analistas, entre ellos el mismo Bion, ha demostrado lo contrario, como también pretendo argumentar aquí: es posible, en algunos casos, aplicar el método psicoanalítico a pacientes psicóticos. Por lo tanto, hemos de progresar en la teoría hasta este momento expuesta, pues parece insuficiente para argumentar dicha viabilidad. En mi opinión, uno de los conceptos que nos proporciona una vía de salida a dicho escollo teórico es el de «organización patológica».

Organización patológica de la personalidad

El estudio del narcisismo ha permitido profundizar en el conocimiento de la psicosis, y su desarrollo posterior es lo que ha dado lugar al concepto de «organización patológica». Freud inicia la investigación con su conocido trabajo *Introducción al narcisismo* (1914), aunque ya había tratado el tema de la relación de objeto narcisista en su estudio sobre Leonardo da Vinci (1910). Según la definición de Freud, el narcisismo consiste en que la libido que debería estar dirigida hacia el objeto es devuelta casi completamente hacia el propio yo del sujeto. Debido al narcisismo extremo del paciente psicótico, Freud consideraba que no era susceptible de psicoanálisis pues, al no reconocer al objeto, no es capaz de establecer una transferencia con el analista. Con el tiempo Freud matiza estas ideas a fin de reabrir el camino psicoanalítico para la psicosis:

> El enfermo psicótico carece, en general, de la facultad de una transferencia positiva […] pero puede llegarse a él por otros caminos. *La transferencia no queda excluida, a veces, tan por completo,* que no pueda utilizarse durante algún tiempo. En las depresiones cíclicas, en las modificaciones paranoicas leves y en la esquizofrenia parcial hemos conseguido resultados indudables mediante el análisis [debido a que] en muchos casos el diagnóstico puede oscilar durante un tiempo entre la presencia de una psiconeurosis o la de una demencia precoz. (Freud 1925a; p. 2792; traducción y cursiva nuestra)

Estas afirmaciones inauguran la postura psicoanalítica, hoy en día bastante generalizada, de la coexistencia, en las patologías graves, de los aspectos menos graves («capaces de transferencia») con los más graves narcisistas (con una «ausencia» de transferencia) y, por lo tanto, cuestionando la nítida delimitación entre lo sano y lo patológico en salud mental.

En este último sentido, Freud concluye que los intentos terapéuticos realizados con tales pacientes, si bien fallidos, han dado lugar a valiosos descubrimientos:

> Que en las psicosis resulta evidente aquello que en las neurosis sólo muy trabajosamente se logra extraer a la superficie [y] ya en 1896 descubrí en un caso de demencia paranoica los mismos factores etiológicos que en las neurosis y la existencia de similares complejos afectivos. (1925a, p. 2792; traducción nuestra)

También se apoya en otros casos publicados por analistas contemporáneos que él mismo cita, como Jung, para explicar la relación entre varios estereotipos de los pacientes dementes con la historia de sus vidas; en Bleuler (1906) para demostrar también la existencia en varias psicosis de mecanismos como los encontrados en el análisis de pacientes neuróticos; luego señala que la comprensión de la psicosis ha permitido avanzar a los analistas, «especialmente desde que ha sido posible trabajar con el concepto de narcisismo». (Freud 1925a, p. 2792). Y tras citar el trabajo de Abraham sobre la melancolía, Freud concluye:

> Es verdad que en este campo nuestro conocimiento no se ha transformado todavía en poder terapéutico; pero las meras conquistas teóricas no son desdeñables, y podemos contentarnos con esperar que algún día hallarán

su aplicación práctica. (Freud 1925a, p. 2792; traducción nuestra)

Pero si bien Freud, con razón, albergaba la esperanza de que un conocimiento más profundo de la psicosis permitiera encontrar en ella los fenómenos hallados en las neurosis, lo que no sospechó es que el conocimiento de la psicosis nos permitiría ampliar la comprensión de la neurosis.

Encontramos otras contribuciones al narcisismo en Abraham (1919), que estudió la noción de carácter narcisista como una resistencia al método psicoanalítico; también en W. Reich (1933), con la idea de «coraza caracterial». Diferentes autores han aportado descripciones similares, aunque con términos diferentes, como «sistema defensivo altamente organizado» (Riviere 1936), «narcisismo patológico» (Rosenfeld 1964, 1971a; Meltzer 1968) y «organización defensiva» (Segal 1972; O'Shaughnessy 1981). Ya hemos dicho que Winnicott habla de «organización defensiva» para referirse a la psicosis (Winnicott 1974, pp. 103-104).

El *The New Dictionary of Kleinian Thought* (NDKT) define así el concepto de «organizaciones patológicas›› [de la personalidad]:

> El término «organización patológica de la personalidad» se refiere a un conjunto de defensas muy rígidas y fuertemente ligadas. Su función es permitir que los pacientes eviten las ansiedades persecutorias y depresivas abrumadoras al eludir el contacto emocional con los demás y con la realidad interna y externa. (Spillius 2011, p. 194; traducción nuestra)

Añadiría que tales defensas están imbricadas y entrelazadas, en el sentido de que funcionan articuladas y sumando los efectos entre sí, lo que les confiere el carácter de organización que garantiza un cierto equilibrio psíquico, aunque sea patológico.

En el concepto de organización patológica de la personalidad existen dos líneas de estudio fundamentales y complementarias. Una trata de la existencia de aspectos omnipotentes «malos» y «locos» del *self* que prevalecen sobre los aspectos sanos y dependientes, además dominan toda la personalidad; para algunos autores la existencia de componentes adictivos y sadomasoquistas también constituye un elemento importante de esta dinámica. La otra línea de investigación se interesa por la finalidad de la organización patológica basada en conseguir un equilibrio psíquico, por precario que sea, mediante el deterioro de las facultades del *self*, a fin de evitar la catástrofe inminente, si se *percibe* la realidad lo más completamente posible. Según el NDKT, Melanie Klein rechaza la equívoca noción freudiana de un narcisismo primario propio de una etapa del desarrollo sin objeto *(an-objetal)* que precede a toda relación de objeto. Para Klein, dicha etapa narcisista no implica la falta de objeto, puesto que desde el comienzo de la vida existe un yo, aunque rudimentario, capaz de establecer relaciones de objeto, por precarias que sean. Así pues, para Klein, en esa primerísima etapa de Freud, el narcisismo y el autoerotismo «incluyen el amor por el objeto bueno internalizado y su relación con él que, en la fantasía, forma parte del propio cuerpo amado y del *self*» (Klein 1952, p. 60).

La experiencia psicoanalítica con niños permitió a Klein esbozar estas primeras etapas evolutivas de la mente. A ello se unió la práctica del psicoanálisis con pacientes psicóticos por parte de algunos de sus seguidores, como H. Rosenfeld, W. Bion y H. Segal. Fue Rosenfeld quien describió con más claridad una de las vertientes de la organización

patológica: la existencia del aspecto narcisista y omnipotente del *self*. Rosenfeld describió primero (1964) un *narcisismo libidinal* que completó luego con el *narcisismo destructivo* (1971a). Según él, el narcisismo libidinal es el que se identifica con las cualidades del objeto, se las apropia, bien sea por incorporación omnipotente o por una intensa identificación proyectiva.

Los autores del NDKT (2011) advierten que no hay que confundir narcisismo libidinal con *self* libidinal. Este último se refiere al aspecto del *self* estimulado por los aspectos de vida, que tiende a establecer y reconocer la dependencia del objeto, y constituye el aspecto sano del *self*. El narcisismo libidinal, por el contrario, es el aspecto delirante del *self* que cree que él es el objeto. El narcisismo libidinal tiene pues consecuencias destructivas, ya que despoja al objeto de sus cualidades y se las apropia, mientras que le proyecta lo malo propio, quedando el objeto desvalorizado. En cuanto al narcisismo destructivo, existe una idealización omnipotente del *self* destructivo. Este suele estar representado en sueños y fantasías mediante una «pandilla» o «banda de mafiosos» en la que los distintos aspectos del *self*, incluidos los sanos y dependientes, se unen y someten al *self* destructivo que impone su poder con tiranía. Uno de los objetivos primordiales del *self* destructivo consiste en negar toda dependencia del objeto y exaltar la autosuficiencia para vivir, destruyendo todo lo que se oponga a este principio.

Una contribución importante en el desarrollo del concepto de organización patológica de la personalidad es la de Steiner, quien acuña el término y lo define como un complejo defensivo frente a ansiedades catastróficas de fragmentación del *self* y del mundo del paciente, por el que se intenta evitar tanto la posición esquizoparanoide (Ps) como la posición depresiva (D), para retirarse en una forma de organización defensiva (posición) distinta que constituye una especie de «refugio», frente a la temida catástrofe de Ps o la insoportable culpa de D. Además, considera que esa estructura defensiva puede darse en toda una serie de patologías, desde la psicosis hasta la neurosis, pasando por los trastornos límites. E incluso en los individuos normales entra en juego la organización patológica cuando la ansiedad excede los límites tolerables para el individuo (Steiner 1993, p. 28).

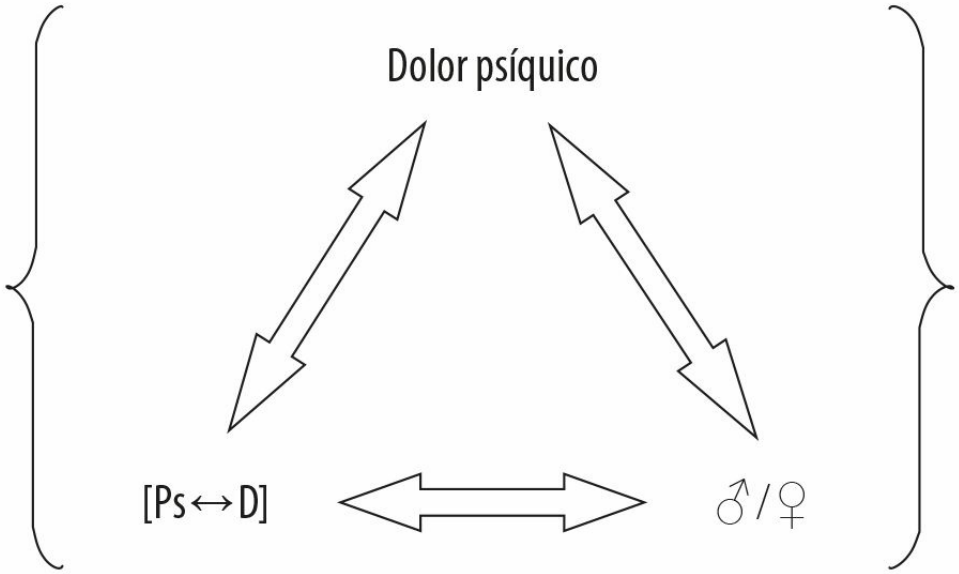
Por lo tanto, la idea de la organización patológica es una rica contribución al problema planteado por Bion de cómo salvar la progresiva divergencia entre la parte psicótica y la no psicótica de la personalidad. Desde el momento que concebimos la personalidad como un ente *organizado*, se incluyen en ella tanto los aspectos psicóticos como los no psicóticos en interacción. Aunque mientras predomina «la parte psicótica» los vínculos establecidos con la parte no psicótica son patológicos y, por consiguiente, la tarea del analista consiste en cómo transformar tales enlaces en vínculos menos patológicos.

Sin embargo, en la propia obra de Bion encontramos herramientas que nos ayudan a comprender mejor la organización patológica psicótica. Aunque Bion habla del dolor como un elemento del psicoanálisis, lo he tomado también como un elemento de la personalidad, atendiendo a su afirmación: «El dolor no puede estar ausente de la personalidad» (Bion 1963, p. 87); y lo mismo diría respecto de los otros elementos del psicoanálisis (Ps↔D y ♀↔♂) que considero constitutivos de la personalidad. Respecto

del dolor dice:

> El dolor no puede ser considerado como un índice fiel de los procesos patológicos en parte debido a su relación con el desarrollo (reconocible en la frase común «dolor de crecimiento») y también porque la intensidad del sufrimiento no es siempre proporcional a la gravedad del trastorno. Su grado y significación dependerá de su relación con otros elementos. […] Será necesario rastrear su relación con Ps↔D y ♀↔♂. (Bion 1963, p. 88)

Es decir, que la valoración de la importancia del dolor psíquico (DP) ha de contar con la conjugación de los otros dos elementos psicoanalíticos de la personalidad ya definidos por Bion: el estado de la interacción de las posiciones (Ps↔D) y la relación entre continente y contenido (♂↔♀). Y es, en mi opinión, el interjuego de estos tres elementos lo que determinará un grado de equilibrio mental o, por el contrario, una organización patológica. Esto podría sintetizarse como sigue:



Esquema 1. Interacción entre los elementos de la personalidad.

Teniendo en cuenta esta configuración de los elementos de la personalidad, según la dinámica que se desarrolle, resultará un polo de organización que correspondería a la «parte psicótica» o bien otro que sería la «parte no psicótica». Dependiendo de la naturaleza de la interacción de estos dos polos se dará un tipo u otro de organización patológica. En el capítulo siguiente me ocuparé de esto.

2. COMUNICACIÓN Y PARTE PSICÓTICA DE LA PERSONALIDAD[2]

En sentido literal, el título del capítulo es contradictorio. La comunicación con la parte psicótica de la personalidad es, por definición, inviable, entendida la «psicosis» como el funcionamiento mental que «ataca» (Bion 1967) o se separa y desconecta (Britton 2015) de todo vínculo y que tiende a impedir la integración y articulación de las partes de la realidad, a fin de evitar el conocimiento doloroso de la misma. Sin embargo, no es un contrasentido si tenemos en cuenta la premisa de la coexistencia que hemos sostenido, junto a la parte psicótica, de una parte no psicótica que haga de mediadora de la intervención del analista.

En este capítulo trataré de avanzar en las dos cuestiones planteadas en el anterior: una es la existencia de la relación entre ambas partes y, la otra, si el concepto de «organización patológica» da cuenta de toda la psicopatología. En cuanto a la primera, me ocuparé de la naturaleza del vínculo/escisión entre parte psicótica y no psicótica de la personalidad.

En el primer capítulo reconsideramos la teoría de los «elementos de la personalidad» de Bion, en particular tres de ellos: dolor psíquico, Ps↔D y ♀↔♂, que nos condujo a pensar que la personalidad puede organizarse de una manera psicótica a partir de esos elementos o, por el contrario, adquirir una organización de índole no psicótica. Puesto que, como decimos, ambas coexisten, la respectiva evolución de cada una de ellas también coexistirá con momentos alternantes en los que predomina una u otra. El curso psicopatológico de la personalidad total dependerá de cómo se articula una y otra parte y, en definitiva, de cuál sea la patología de la vinculación/escisión existente entre la parte psicótica y la no psicótica que permitirá, en función de esa patología, obtener un tipo de organización de la personalidad de mayor o menor patología.

Ahora entramos en la segunda cuestión que planteamos en el capítulo anterior: si bien el concepto de organización patológica es un tronco común a toda una serie de patologías, parecería conveniente precisar las distintas formas clínicas resultado de la patología del vínculo entre parte psicótica y no psicótica. Intento desarrollar este aspecto, proponiendo una somera categorización psicopatológica. Esta distinción de organizaciones patológicas me servirá de marco para ocuparme de manera más exclusiva de la organización psicótica en los próximos capítulos. No obstante, será necesario adelantar algunas de las características esenciales de la parte psicótica de la personalidad para entender el problema; ya mencionamos algunas de ellas en el capítulo anterior y otras las retomaré en el siguiente, junto con las que añadiré para terminar de describir la organización psicótica.

Por último, presento dos viñetas: una de ellas muestra las dificultades de una paciente esquizofrénica (y del analista) de acceder a la parte no psicótica; la otra presenta una sesión de una paciente no psicótica en la que es necesario detectar la parte psicótica para conseguir la comunicación. Finalizo el capítulo exponiendo algunas consecuencias técnicas.

Algunas características generales de la dinámica psicótica

Una manera breve de describir las características fundamentales del funcionamiento psicótico podría ser: la *escisión patológica y la identificación proyectiva patológica*. Se trata de la alteración de una de las bases para construir la personalidad al relacionarnos con la realidad, la relativa a los procesos de proyección/introyección o, mejor dicho, para lograr un equilibrio adecuado entre una y otra. Ambas están alteradas desde muy pronto en el desarrollo del individuo, por lo que la construcción de la realidad interna y la relación con la realidad externa se ven afectadas de manera considerable. Y una de las razones principales para que ello ocurra, como sostengo en esta obra, es la intolerancia del dolor mental provocado por el contacto con la realidad, bien sea porque es demasiado traumática o porque la capacidad de tolerancia innata al dolor psíquico es muy pequeña, o por ambas cosas.

Resulta obvio que la intensa actividad de la identificación proyectiva dé como resultado un progresivo vaciamiento mental, que solo puede ser «rellenado» con elementos espurios (los delirios, las ideas sobrevaloradas, el pensamiento mágico, etc.). Tales actividades de «relleno» generan el alejamiento de la parte no psicótica respecto del objeto, dificultando, cuando no imposibilitando, las introyecciones necesarias para adquirir «alimento» mental, con lo cual se incrementa el sentimiento de vacío y el recurso a nuevas formas de «relleno».

Si a ello añadimos el sentimiento de aniquilación inminente como uno de los temores que amenazan a la parte psicótica, se entiende que el sentimiento de vacío —en cuanto próximo al anterior— constituye un elemento importante de la experiencia psicótica, por lo que se ha de recurrir nuevamente a la actividad de «relleno», alejándose cada vez más de la realidad, perpetuando así un círculo vicioso.

Como resultado de la escisión y de la identificación proyectiva también quedan afectados los *límites del self*. En la medida que el paciente pretende que la propia personalidad esté conformada por todos aquellos objetos o por parte de ellos en los que se ha proyectado, es decir, que considera que el objeto o sus cualidades son parte de sí mismo, la realidad se encarga de demostrar la inconsistencia de tal principio, poniendo en evidencia la fragilidad del yo que habrá de responder distorsionando la realidad, con nuevas proyecciones, lo que genera poca confianza en los propios límites yoicos, y la

amenaza constante de verse invadido por la realidad. Obviamente, tanto el sentimiento de vacío como la pérdida de límites del *self* tendrán una repercusión mayor o menor según predomine la *vitalidad* de la parte no psicótica (las tendencias agresivas al servicio de las de vida), capaz de tomar conciencia de ello, o la preponderancia corresponda al grado de *vitalidad* de la parte psicótica (las tendencias agresivas al servicio de la destructividad).

En definitiva, podríamos decir que el núcleo central de la organización psicótica de la personalidad estriba en la escisión múltiple del *self*, así como de las funciones yoicas, en especial de la capacidad de percepción; escisión que constituye un ataque que afecta al desarrollo del pensamiento verbal, dificultando a su vez la relación con la realidad, para luego, mediante la identificación proyectiva, expulsar los distintos elementos fragmentados en los objetos externos de los cuales se ha de depender. Esta dependencia puede tener un doble carácter. De tipo persecutorio, teniendo que huir del objeto, o de extrema fusión, o ambos a la vez, que suele ser lo más habitual. A su vez, el uso de la identificación proyectiva excesiva incrementa la dificultad de contacto con la realidad, por lo que se ha de acentuar tanto la escisión como la identificación proyectiva en un proceso de círculo vicioso maligno, de manera que la mente acaba transformándose principalmente en un «aparato» para proyectar. Tal dinámica crea una divergencia cada vez más amplia entre la parte psicótica y la no psicótica, respecto de la consideración de la realidad, hasta que llega un momento en que se siente que se ha establecido un abismo tan grande entre ambas que resultaría insalvable.

Pero en la medida que no existe un funcionamiento psicótico «puro», es decir, «la personalidad psicótica» de Bion es una abstracción, debe coexistir al mismo tiempo una actividad de la parte no psicótica. Por lo tanto, el quid de toda psicopatología debe consistir en cómo se articulan, se vinculan y, en definitiva, se integran en la misma personalidad ambas partes.

La vinculación/escisión entre la parte psicótica y no la psicótica de la personalidad y la interacción Ps↔D

El resultado de la doble consecuencia de la escisión patológica que tiende a generar una distancia cada vez mayor entre la parte psicótica y la no psicótica, por un lado, junto a una disminución de las vinculaciones entre ambas, imprescindible para establecer cierto contacto con la realidad, por otro, determinará las características de una organización patológica. En consecuencia, las posibilidades de progreso terapéutico tanto en las neurosis como en las psicosis dependen de los logros alcanzados en establecer y mantener una comunicación con el paciente, para lo cual será necesario identificar su parte psicótica y desvelar el tipo de relación de esta con la parte no psicótica.

Respecto de la existencia de una parte no psicótica en la psicosis, es una idea que encontramos ya en Freud, cuando señala que en toda locura existe una parte de verdad,

y que «los delirios deben su poder de convicción al elemento de verdad histórica que insertan en lugar de la realidad rechazada» (Freud 1937, p. 3372). Esta afirmación se acompaña de otra, según la cual «en la locura hay *método*», tomada del poeta que cito en el epígrafe al libro. Y también dice algo que me parece importante para el tratamiento de los pacientes psicóticos cuando, tras advertir sobre la inutilidad de esforzarse en intentar convencerlos del error de sus delirios, añade: «Por el contrario, el reconocimiento de su núcleo de verdad proporcionaría una base común sobre la cual podría desarrollarse el trabajo terapéutico» (Freud 1937, p. 3372). O cuando afirma que ni siquiera en los casos más graves de psicosis el paciente aparta completamente al yo de la realidad, pues incluso en los episodios agudos,

> nos enteramos por las comunicaciones que nos suministran los enfermos una vez recuperados, que aun entonces se mantuvo oculta en un rincón de su mente […] una persona normal que dejaba pasar ante sí la fantasmagoría patológica, como si fuera un observador imparcial. (Freud 1940a, p. 3415)

Por otra parte, el concepto de posición de Melanie Klein (1935, 1940) ya descrito fundamenta la idea de que detrás de toda organización «no psicótica» existen elementos que en determinadas condiciones (internas o externas, o ambas a la vez) pueden desarrollar una organización psicótica. La idea de posición, como ya vimos, indica estados de la mente, o polaridades desde las cuales la mente se organiza para relacionarse con la realidad, pero que coexisten sin anularse, que, al contrario, como precisó Bion, interactúan.

La zona limítrofe *(borderline)* entre la parte psicótica y la no psicótica

Puesto que al parecer el ritmo de ida y vuelta entre Ps y D determina todo funcionamiento mental, será inevitable que en cualquier individuo siempre existan momentos *borderline* de la organización de la personalidad; es decir, formas de actividad mental que están en el límite entre Ps y D, o que participan de ambas. Dicho estado límite de organización puede ser transitorio o adquirir un estado más permanente, como una forma de funcionamiento mental estabilizado. El primero sería un estado «dinámico» para el crecimiento mental. El segundo sería una forma de organización patológica en el sentido de Steiner. «Dinámico» quiere decir que si bien se resuelve el problema inmediato por el que se moviliza la mente, no se detiene una vez conseguido, pues nuevos problemas la llevarán a dinamizarse otra vez para resolverlos. ¿En qué consisten estos problemas?

Según Bion (1962a, p. 25), las impresiones sensoriales de la experiencia emocional que recibe el individuo de todo lo que está fuera de su mente necesitan ser transformadas en algo «digerible», es decir, en algo que sea susceptible de ser usado después para el pensamiento. Bion denomina tal tarea la *función alfa*, que al actuar sobre los elementos

«crudos» de las impresiones sensoriales de la experiencia emocional los convierte en lo que denomina «elementos alfa». Dicha función alfa correspondería a lo que realiza la madre en su función materna de *reverie* cuando atiende a las necesidades que le trasmite el bebé y que él solo no puede gestionar. La actividad continua de la función alfa promueve la creación de una membrana construida de pensamientos a la que denomina «barrera de contacto» (Bion 1962a, p. 37); un espacio o zona entre lo consciente y lo inconsciente, donde tiene lugar la interacción entre uno y otro; lo consciente y aprendido pasa a ser reprimido y disponible para ser utilizado cuando sea necesario (represión dinámica, puntualiza Segal en Quinodoz 2008, p. 64). En cambio, cuando la experiencia emocional de tales elementos «crudos» percibidos de la realidad externa no ha podido ser elaborada por la función alfa, quedan como productos indigeribles, a los que denomina «elementos beta». En estos, la experiencia emocional, al no ser transformada —según lo entiendo—, conduce a un doble destino: o bien se almacenan como un cúmulo de estímulos, pero a diferencia de los elementos alfa que están disponibles para el pensamiento, es decir, para ser recordados, quedan como «hechos indigestos», y de forma diferente a los elementos alfa, ese almacenamiento no sirve para conectar lo inconsciente con lo consciente, al contrario, se constituye en una *pantalla (de elementos beta)* que impide la comunicación entre uno y otro. El otro destino de los elementos beta es su expulsión de la mente vía escisión y proyección, mediante diferentes medios: identificación proyectiva, alucinaciones o estados psicosomáticos. Meltzer hace equivalente las «impresiones de las experiencias emocionales» con el proceso primario de Freud, mientras que equipara el «proceso secundario» freudiano con los pensamientos-sueños, resultados de la intervención de la función alfa (Meltzer 1978, p. 41).

Desde este punto de vista, hemos de reconocer la existencia de una zona de la mente limítrofe en la que tiene lugar la transformación de los estímulos de realidad en elementos emocionales disponibles para el pensamiento; una zona en la que, como indica Segal, estamos trabajando constantemente, no solo los analistas respecto de nuestros pacientes, sino cualquier persona para su crecimiento y creatividad personal (Segal en Quinodoz 2008, p. 64). El problema se presenta cuando la permanencia en esa zona límite se constituye en una organización estable y, por lo tanto, patológica.

Desarrollos patológicos del vínculo entre la parte psicótica y la no psicótica de la personalidad

Al enfatizar lo común de la organización patológica en una serie de patologías de diferente gravedad, cabe el riesgo de difuminar las diferencias entre ellas. Richard Lucas distingue entre «proceso psicótico» y «trastorno psicótico» y considera que las patologías

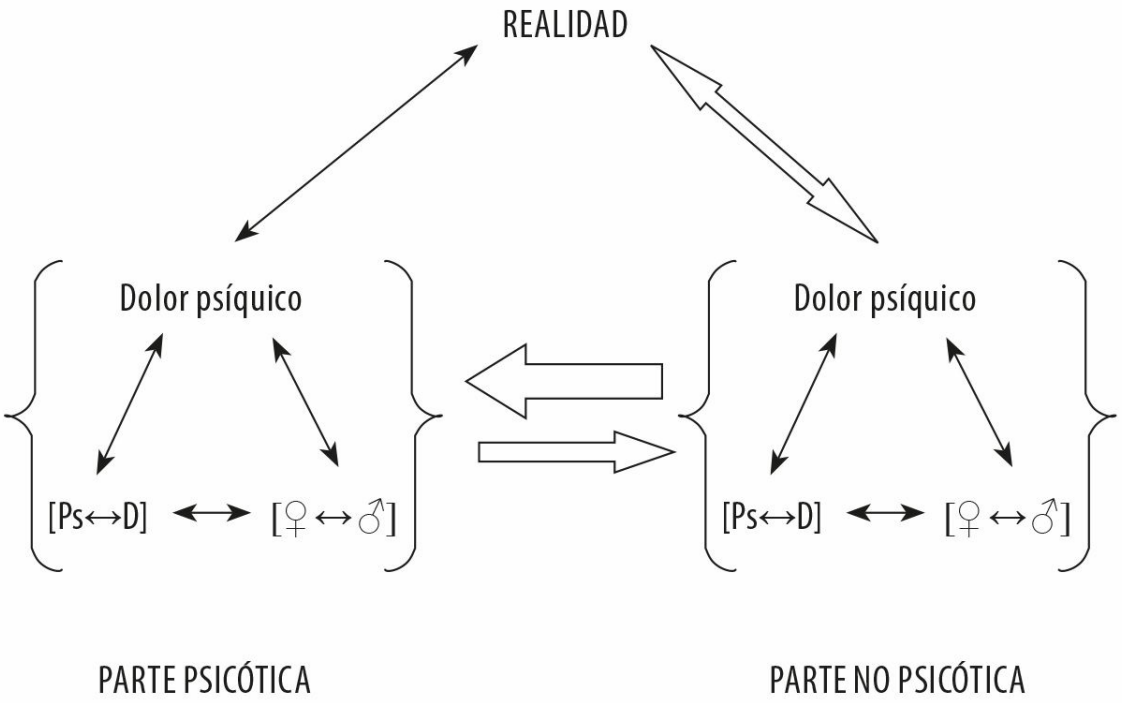
borderline subsidiarias del *proceso* psicótico encontrarían su fundamento teórico en la idea de «organización patológica», mientras que las patologías de *trastorno* psicótico las hallarían en los conceptos bionianos de parte psicótica y no psicótica de la personalidad (Lucas 2007).

Por mi parte, en un trabajo anterior (Pérez-Sánchez 1996a) distingo entre «organización patológica mayor de la personalidad» (OPmP) y «organización patológica menor de la personalidad» (OPmP). LA OPmP Correspondería a los clásicos trastornos de la personalidad *sensu stricto*, cuya conflictiva es fundamentalmente de carácter preedípica, o de estructura narcisista, junto con las patologías más graves, psicosis y *borderline*. La OPmP incluiría básicamente a las organizaciones neuróticas, de conflictiva predominante edípica. En este trabajo, donde estudio en especial la patología limítrofe, hago una propuesta para su diagnóstico psicodinámico y destaco los siguientes elementos: una relación de objeto narcisista, una patología de la identidad, el empleo de defensas primitivas patológicas y la experiencia *limítrofe* constantemente renovada, es decir, de un estado permanente de vivir en el límite. Me ocuparé aquí especialmente del último aspecto. Con la expresión «vivir en el límite» quiero decir que el paciente vive atrapado en esa «frontera» que acabamos de estudiar en el apartado anterior.

En este punto quisiera plantear otra posible consideración de esa zona intermedia, no solo referida al paciente «límite», sino a toda organización de la personalidad: no solo a la franja entre lo consciente y lo inconsciente (la barrera de contacto de Bion), o a la que existe entre Ps y D, sino también a aquella presente entre la parte psicótica y la parte no psicótica de la personalidad. Es decir, lo fronterizo se situaría en el conflicto entre la manera de organizar la interacción Ps↔D por la parte psicótica de la personalidad (PPsP), Por un lado, y la forma en que la parte no psicótica (PnPsP) lo resuelve, por otro. Aunque para decirlo de manera más precisa tendríamos que considerar, como ya apunté, la conjugación de tres de los elementos de la personalidad descritos por Bion: dolor psíquico (DPs), la interacción de las posiciones (Ps↔D) y la relación entre continente y contenido (♀↔♂).[3] La organización de la mente en función de estos elementos tiene unas consecuencias distintas si se hace desde la parte psicótica o desde la parte no psicótica de la personalidad.

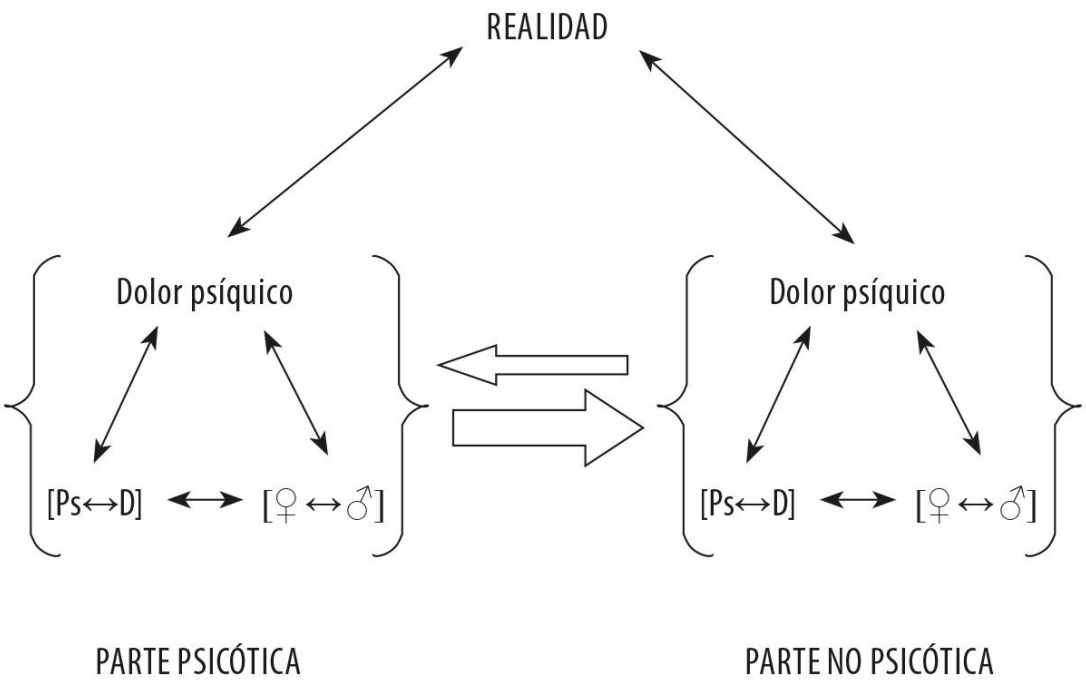
Si, como sostenemos, ambas partes están en alguna medida siempre presentes en cualquier individuo, es inevitable que surja un conflicto entre una y otra, por la manera diferente de enfrentar el dolor; es decir, la tendencia a evitarlo de la primera y a modificarlo de la segunda. Y es ese conflicto entre ambas, son esas dos maneras que la mente emplea para organizarse frente a la realidad, lo que nos sitúa temporalmente en una zona limítrofe que hemos de tolerar hasta encontrar vías de salida que o bien conduzcan al crecimiento y a una actividad creativa, cuando predomina la tendencia a modificar la frustración, o bien a formas patológicas de organización, en la medida que el predominio de la forma patológica recae sobre la tendencia a evitar el dolor, con el resultado de un funcionamiento psíquico que no impulsa el crecimiento ni la creatividad. Podemos imaginar la interacción entre PPsP y PnPsP a partir del esquema 2, que retoma los tres elementos de la personalidad representados en el capítulo anterior.

En el esquema 2 apreciamos que existe una interacción e influencia mutua entre la parte psicótica de la personalidad (PPsP) y la parte no psicótica de la personalidad (PnPsP) del mismo modo que lo harían Ps↔D, según Bion, y con los matices pertinentes respecto de la doble flecha (Pérez-Sánchez 1997; Britton 1998). Es decir, en condiciones favorables, la tendencia de dicha interacción conduce a una relación más fuerte con la realidad para poder modificarla, en lugar de evitarla, con las consecuencias de crecimiento y creatividad. Ello queda representado en el esquema por una flecha más gruesa desde la parte no psicótica, indicando su mayor influencia, así como la que vincula a esta con la realidad.



Esquema 2. Organización no psicótica.

Otra posible interacción entre las dos partes de la personalidad se podría representar como se muestra en el esquema 3 en el que existe una mayor influencia de la parte psicótica sobre la no psicótica (representada por la flecha más ancha), dando lugar a una progresiva separación entre una y otra, lo que genera el abismo creciente entre ambas si no se actúa sobre él mediante la acción terapéutica. Dicha representación gráfica se podría simplificar así: PPsP ↔ PnPsP (cfr. los esquemas 3 y 4).



Esquema 3. Organización psicótica.

Esquema 4. Evolución de PPsP ↔ PnPsP.

Entre una y otra organización de la personalidad se sitúan múltiples posibilidades de organizaciones patológicas, en función del tipo de interacción entre la parte psicótica y la parte no psicótica de la personalidad. En otras palabras, las distintas patologías nos indicarían una naturaleza diferente en la resolución de ese conflicto fronterizo. El

esquema 3 representa en un extremo de posible organización patológica la tendencia al distanciamiento entre PPsP y PnPsP; en el otro, el acercamiento con un predominio de la influencia de la PnPsP.

Desde esta perspectiva se pueden sugerir cuatro amplias áreas de organizaciones patológicas: organización psicótica de la personalidad (OPsP); organización límite de la personalidad (OLP); organización perversa de la personalidad (OPvP) y organización neurótica de la personalidad (ONP).[4] Si bien todas participan, en alguna medida, de la dinámica de la organización patológica, conviene señalar qué características son más específicas en cada una de ellas. En síntesis, podríamos decir que, para deshacerse de la experiencia emocional que no puede contener, toda organización patológica necesita de varios recursos defensivos que, en esencia, son tres: 1) la actuación de aquello que no ha sido posible mentalizar (dimensión de *acting out*); 2) la tergiversación de la realidad haciéndola pasar por buena, cuando es destructiva (dimensión de la perversión); 3) la búsqueda de un espacio o de un sistema para huir allí de esa realidad; este alejamiento puede tener el carácter protector (un «refugio») o, en el caso de los pacientes psicóticos, ser un mundo aparte (dimensión delirante).

Organización psicótica de la personalidad (OPsP)

Mencionaré algunas características para contrastarlas con las otras organizaciones. Los procesos de escisión y de identificación proyectiva son muy marcados. La escisión tiene el carácter de una intensa destructividad que produce la mutilación múltiple de la vida mental y de las capacidades para contactar con la realidad, que evitan la visión completa, es decir, la integración de la experiencia. Una característica fundamental es que la parte capaz de estar en contacto con la realidad se debilita poco a poco para instaurar, en cambio, una brecha entre la parte psicótica y la no psicótica que se ensancha de manera progresiva.

Los mecanismos básicos habituales de relación con el exterior, la proyección e introyección, sufren algún tipo de alteración. La proyección ha quedado sustituida por la identificación proyectiva patológica; en cuanto a la introyección, en la medida que existe una oposición a la integración, no es posible aceptar lo que se recibe del exterior como elementos que sirven para pensar y conectar con la realidad, sino como «cosas materiales» que se acumulan en la mente, unas junto a otras, pero sin conexión entre sí; Bion lo denomina «identificación proyectiva en reverso». Otra forma de introyección patológica es la identificación proyectiva omnipotente, en la que el individuo toma lo que le corresponde al objeto y lo hace propio, como si formara parte de sí mismo; en la auténtica introyección hay un reconocimiento de la procedencia de lo adquirido y una elaboración de su integración con el resto de la personalidad.

En otras patologías existe una mayor posibilidad de interacción entre la parte psicótica y la no psicótica y, por lo tanto, con la realidad. No obstante, en la organización psicótica, mientras perviva la parte no psicótica —por mínima que sea—, siempre habrá la posibilidad de enlace entre esta y la parte psicótica, como muestra el psicoanálisis

realizado con estos pacientes. La dimensión delirante, es decir, la creación de mundos alternativos al de la realidad insoportable, es el rasgo distintivo de la organización psicótica de la personalidad respecto de otras organizaciones patológicas. Sin olvidar el tipo de escisión caracterizado por su radicalidad y la tendencia a la fragmentación de la realidad.

ORGANIZACIÓN LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (OLP)

Como es sabido, *el término* escogido para este tipo de patología alude a la posición intermedia entre lo neurótico y lo psicótico, pues participa de la condición de ambos estados. Es decir, sería el tipo de patología más próximo a esa condición de «límite», que hemos visto antes, pero sin resolverlo. Aquí la parte no psicótica de la personalidad estaría más presente al mismo tiempo que la parte psicótica también está activa.

Una de las características que se ha descrito de esta patología es la difusión de la identidad. Si bien existe una capacidad de contacto con la realidad como para alcanzar ciertos grados de identidad, no se da la consistencia suficiente del *self* para tolerar la continuidad de dicha identidad, por lo que habrá de ser sustituida por otra, o modificada, con resultados igualmente insoportables, porque lo que no se tolera es un contacto continuado con la realidad interna, necesitando buscar otra nueva identidad.

Desde este punto de vista, esto es, la interacción entre los tres elementos de la personalidad (DPs, Ps↔D y ♀↔♂), la movilidad entre Ps y D es constante, sin que pueda permanecer en Ps, pues no es posible contener el dolor ante las vivencias catastróficas, por lo que intentaría acercarse a D, que tampoco soporta por el dolor que la integración comporta, y la correspondiente culpa. Esto conduce a una especie de formación de compromiso en el que participan tanto Ps como D, cuyo resultado es una nueva organización de la personalidad: la organización patológica. El rasgo diferenciador aquí sería el predominio de la dimensión *acting out*, en el sentido de una actuación de connotaciones auto y heterodestructivas. Y junto a este, la característica de la difusión de la identidad.

ORGANIZACIÓN PERVERSA DE LA PERSONALIDAD (OPVP)

En este caso el vínculo entre la parte psicótica y la parte no psicótica de la personalidad es más tolerable en la medida que el paciente posee más capacidades yoicas, al servicio de la parte psicótica, aunque esta queda muy enmascarada. Es decir, la vinculación y la integración de la realidad psíquica y de la realidad externa son posibles a costa de establecer «vínculos» supeditados al triunfo de la parte destructiva del *self*. De acuerdo con algunos autores, la perversión puede considerarse como una organización defensiva contra la eclosión psicótica (cf. Bassols y Beá 1981). Es decir, en esta organización no se ataca la realidad directamente, como en la OPsP, se la disfraza y «pervierte» para hacerla más tolerable. La dimensión predominante en esta organización patológica sería la

cualidad perversa de las defensas utilizadas: lo que importa es distorsionar la realidad, haciéndola pasar por buena, cuando se sabe que no lo es.

ORGANIZACIÓN NEURÓTICA DE LA PERSONALIDAD (ONP)

El problema aquí estriba en que la parte psicótica no es manifiesta, pues el funcionamiento sano permite encubrirla y pasar casi inadvertida, aunque siga actuando en secreto. Por ejemplo, ciertos pacientes neuróticos presentan amplias áreas conservadas de la personalidad que posibilitan un contacto con la realidad ajustado, aunque a costa de rendimientos sociales, profesionales e incluso emocionales empobrecidos, probablemente debidos a procesos psicóticos subterráneos muy escindidos. Aunque el grado de escisión y de identificación proyectiva no adquiere las dimensiones que posee en la organización psicótica de la personalidad, donde las consecuencias para la estructura de la vida mental son mucho más devastadoras. Cuando en el curso de una psicoterapia o un psicoanálisis con tales pacientes se llega a momentos de *impasse* del proceso terapéutico, cabe pensar que se ha tropezado con el escollo de niveles psicóticos que hasta ese momento no se habían desvelado con suficiencia. El rasgo distintivo aquí sería el de una tolerancia mayor al contacto con la realidad dolorosa y, en consecuencia, el carácter pasajero del uso de algunas de las otras dimensiones mencionadas en las demás organizaciones patológicas, que en situaciones determinadas se utilizan como recursos defensivos extremos.

Las dos viñetas clínicas a continuación nos sirven para ilustrar la relación entre la parte psicótica y la no psicótica de la personalidad. La primera se refiere a una paciente con una organización patológica mayor (psicótica) y, la segunda, a otra con una organización patológica menor (no psicótica). En otros trabajos he mostrado la presencia de la relación entre ambas partes en relación con el paciente *borderline* (OBLP) (Pérez-Sánchez 1996a) y con el perverso (OPvP) (Pérez-Sánchez 1991).

Paciente psicótica esquizofrénica: acceso a la parte no psicótica

La siguiente es la descripción de una viñeta clínica de la paciente esquizofrénica, de larga evolución cuando inició el tratamiento psicoanalítico, que constituye el material clínico principal de esta obra. Trataré de manifestar el funcionamiento psicótico y las vías de acceso a la parte no psicótica. Desde varios años antes la paciente ha padecido repetidos episodios psicóticos delirantes que requirieron internamientos sucesivos y tratamiento continuado con antipsicóticos. No obstante, persistían en ella unas capacidades yoicas importantes, como la observación de la realidad psíquica y de sus relaciones interpersonales además de un interés en saber sobre ella misma, que permitió la

indicación del tratamiento a cinco sesiones a la semana. Citaré un pasaje en el que pueden apreciarse las dificultades y salidas para abordar el mundo delirante, mediante el acceso a la parte no psicótica.

El episodio que relataré tiene lugar tras un par de años de tratamiento en los que la paciente había conseguido ciertos progresos, como ser más capaz de tolerar muchos aspectos de su realidad externa e interna, e incluso llevar a cabo realizaciones profesionales; es un momento difícil, y la paciente se encuentra en pleno episodio psicótico delirante. De repente, sin previo aviso, deja de acudir a las sesiones. Cuando ha transcurrido una semana llama por teléfono. Me comunica que está preocupada por la situación política internacional, pues puede abocar en una conflagración mundial de consecuencias imprevisibles. Tras escucharla un rato, le respondo con una interpretación directa: tal vez su preocupación y angustia tiene que ver con la política de relaciones que está ocurriendo dentro de ella, situación que teme no pueda controlar sola. Su reacción inmediata fue colgar el teléfono, sin mediar palabra.

Dos horas después llama de nuevo. En esta segunda llamada, en un tono más bien tranquilo, me pregunta cómo me encuentro. Está preocupada por mí, dice, por si seré capaz de tolerar la situación que se está viviendo. Esta vez tuve mucho cuidado de evitar el error anterior de interpretar en función del mundo interno de la paciente, pues había resultado evidente que no lo podía soportar. Acepté, en cambio, la proyección que hacía de ser yo quien debía estar viviendo algún tipo de angustia. Así que le dije que era cierto que sentía una cierta preocupación, por el hecho de que había transcurrido algo más de una semana sin que ella acudiera a las sesiones. Contesta que es verdad, que hace bastante tiempo, mucho, y que están pasando demasiadas cosas, que generan intensas angustias para todos. Le digo que tal vez me llama para restablecer la comunicación conmigo y hacerme partícipe de toda esta situación. Dice que sí, en efecto, y lo agradece.

Le digo que podríamos hablar de todo ello en sus sesiones que, como sabe, sigue teniendo reservadas. Insiste que en realidad la situación internacional está ahí, y va a peor, para lo cual las sesiones poco o nada pueden hacer. Ante una evidencia tan clara de *esa* realidad para la paciente, me doy cuenta de que no puedo introducir comentarios que pudieran ponerla en duda. Le respondo, entonces, que trato de pensar de qué manera se podría hacer frente a esa situación. Tal vez, añado, se podría empezar por abordar la situación inmediata individual. Se muestra de acuerdo. Me pregunta qué hago yo para conseguirlo, porque para hacer frente a todo esto seguramente sea necesaria la actividad artística.

Le digo que quizá en esta misma conversación estoy tratando de realizar algo así como un cierto arte de las relaciones con las personas y que, en este sentido, quizá podría considerarse algo creativo, constructivo, que nos aporte algún elemento. Responde que sí, que en cierta manera es así, eso es lo que «estamos» haciendo. Aprovechando ese momento de acuerdo, trato de avanzar un poco más, y le digo que podríamos dar un paso en esa dirección si tenemos una sesión en la que continuemos hablando.

Contesta que podría aceptar que siguiéramos hablando, pero no en el despacho, porque los despachos de los psiquiatras son prisiones. Le digo que el despacho donde yo le propongo seguir hablando es el mismo despacho donde ella y yo hemos hecho muchas sesiones durante bastante tiempo, donde ella ha podido entrar y salir, expresar sus sentimientos, sus ideas, etc. Porque solo puedo ofrecerle la posibilidad de hablar bajo las condiciones de la relación terapéutica que ella conoce.

Dice que en realidad ella ya está bien. Que, como yo le dije hace un tiempo, ella ya se siente andando en sus propios «zapatos». Cuando le respondo que eso es cierto pero que aún queda camino por andar, contesta que ya puede hacerlo sola, y que en ese punto no estamos de acuerdo. Añade que espera que yo sea más radical en mis planteamientos, que tenga una actitud enérgica y coherente. Le digo que pienso en eso que me dice de ser coherente y que en este momento creo que trato de serlo. Me dice que me desvalorizo. Le respondo que en realidad yo trato de hacer una valoración adecuada de mi trabajo, aunque dentro de los límites que me permite la realidad. Dice que ella discrepa y que es el punto de discusión entre ella y yo. Le sigo hablando de que no estoy pretendiendo que ella esté de acuerdo conmigo, sino que trato de decirle y defender lo que yo considero es mi coherencia, en mi manera de ver y realizar mi trabajo.

La paciente contesta: «Lo que pasa es que me encuentro débil, deprimida y no tengo fuerzas para venir a una entrevista… Y además… estoy muy ocupada con cosas». Le digo que tal vez está muy ocupada también con las muchas preocupaciones en cuanto a lo que estamos hablando. Y que, en lo que a mí respecta, mantengo sus horas de sesión para tal vez acompañarla en algo de todo eso que tanto le ocupa su cabeza. Da las gracias por mi disponibilidad y me dice que, por ahora, no se ve capaz de venir y que ya seguiremos hablando en otro momento. Acepto su decisión y nos despedimos. Varios días después acude a la sesión y retoma el análisis.

Comentario sobre paciente psicótica esquizofrénica

Este fragmento muestra las dificultades con el paciente delirante en la medida que pone a prueba al terapeuta en su función primordial: *tratar de acercarse a la verdad psíquica de la relación que establece con el paciente*. Con su delirio, la paciente propone que el analista sea tan mentiroso como ella. Bien sea aceptando el delirio, en alguna medida, aunque a estas alturas del análisis (han transcurrido un par de años) ella no debe esperar, al menos en parte, que el analista lo comparta; pero sobre todo tratando de estimular una postura interpretativa en el analista que puede ser igualmente no verdadera, cuando no mentirosa. Esto último es lo que sucedió con mi intervención en la primera llamada.

Mi interpretación de que es dentro de ella donde tiene lugar esa «política» de conflicto bélico ha supuesto dos cosas: en primer lugar, que le he devuelto, sin apenas «metabolizar» —es decir, pasarlo por mi vivencia personal— lo que ella ha proyectado en la realidad externa y, por lo tanto, ella lo siente como una devolución violenta. Además, tampoco es del todo cierto que la preocupación sea solo de la paciente. Cuando ella dice que estamos preocupados por «la guerra mundial que existe», hay una parte de

verdad. En efecto, sí existe una cierta guerra entre ella y yo, por el hecho de que ha interrumpido las sesiones, y también es cierta la preocupación en el analista por la «vida» de la relación analítica, además de en los familiares. Pero, al interpretar como lo hice, estoy desposeyendo *absolutamente* de la categoría de realidad a su «realidad», aunque sea la delirante, para imponer como realidad «otra», la mía. Hacerlo supone decirle que el mundo en el que ella se está apoyando en ese momento es falso, mentiroso y sin consistencia, cuando ella lo necesita tanto para su equilibrio, por precario que este sea. Por otro lado, si está hablando de guerra mundial debemos entender que los conflictos y las ansiedades de muerte que vive son de dimensiones tales que ha de situarlos a escala planetaria. Recordemos la descripción de Bion acerca del dolor psicótico como algo irrepresentable. Por lo tanto, pretender introducir todo eso dentro de ella, como implicaba mi primera intervención, constituye una auténtica violencia, ante la cual ella responde con similar violencia, cortando con brusquedad la comunicación.

No obstante, dos horas han sido suficientes para que la paciente sea capaz de retomar la comunicación con el analista. Creo que la experiencia terapéutica previa ha permitido dejar un poso de cierta confianza en el vínculo con el analista —desde la parte no psicótica— que, a pesar de la violencia de la interpretación última, no ha desaparecido. Aunque para restablecer la relación en ese momento la paciente ha necesitado proyectar masivamente en el analista la preocupación por la situación que «se está viviendo» (la guerra entre ambos). Además, el corte de la llamada telefónica ha supuesto una escisión radical, en el sentido de una anulación o desconexión de la relación con el analista que la interpreta de esa manera. Y si vuelve a llamar debe ser porque «el analista de la interpretación violenta» ha quedado apartado, mientras que ha resurgido la relación con el analista con quien ha mantenido una relación viable durante más de dos años.

Así pues, después del corte, en lugar de huir necesita llamar de nuevo para comprobar qué hace el terapeuta con lo que ella ha proyectado en él. Y esta vez le respondo que es cierto que existe una preocupación en mí, en lo cual estaríamos de acuerdo: la parte psicótica me atribuye (proyecta) la intensa preocupación para así deshacerse del dolor, lo que yo acepto. Podríamos decir que el consenso entre la parte psicótica y la no psicótica de la paciente es posible en la medida que cada una ha cedido en algo: la parte psicótica en aceptar restablecer la comunicación y la parte no psicótica en dar por buena la proyección masiva en el analista.

Sin embargo, lo que a continuación le digo es que el motivo de la preocupación debe ser algo que los dos sabemos: su ausencia en las sesiones. Ahí me alejo del planteamiento de la parte psicótica que pretendería confundirme, haciéndome partícipe de esa distorsión de la realidad en la que las preocupaciones que tenemos se deben a algo de fuera: «el estallido inminente de una guerra mundial».

No. En ese punto es donde me alejo de la parte psicótica para dirigirme, en cambio, a la parte no psicótica, al hacer referencia a la realidad inmediata de la relación terapéutica que ha quedado afectada por la inasistencia de la paciente a las sesiones. Y su respuesta es elocuente: «Es verdad», dice. Reconoce la verdad de la que le estoy hablando. Ello indicaría un cierto punto de inflexión en el intento de acceder a la parte no psicótica,

disminuyendo el predomino de la psicótica. Ahora la respuesta procede de la parte de la paciente capaz de reconocer la realidad que se le muestra. Y añade que «han pasado muchas cosas, que son motivo de angustia para todos». Esta afirmación es lo suficientemente ambigua para que pueda ser válida tanto para la parte psicótica como para la no psicótica. Le respondo de una manera también un poco ambigua, que tal vez su llamada trata de restablecer la comunicación entre ella y yo, con el fin de participarme esta situación que le preocupa (ahora sí pude señalar la preocupación dentro de ella).

Su respuesta de agradecimiento hace pensar que seguimos en contacto con la parte no psicótica que se siente comprendida en su angustia. Esto es lo que me anima a tratar de dar un paso más e intentar traer la comunicación al marco terapéutico. Pero la parte psicótica reacciona rápidamente llevando el problema a la realidad delirante, para alejarnos de la relación terapéutica de la que estábamos hablando y, al mismo tiempo, magnificar la dimensión del problema, frente a lo cual la capacidad «real», es decir limitada, de las sesiones queda completamente insuficiente.

De nuevo me encuentro ante el dilema entre colusionar con la paciente dando por buena esa versión de la realidad, o negarla de frente con toda la violencia que ello le supone. Mi contestación empieza por decir que «*pienso* en qué manera se podría hacer frente a eso», y con ello señalo que el analista trata de *pensar* en lo que está sucediendo, aunque sea una tarea penosa. Con esta respuesta puede parecer que se hace algo de trampa, pues es como si se aceptara el planteamiento de la paciente de que, en efecto, existe una conflagración internacional. La verdad es que no es necesariamente así, pues lo que sí podemos admitir es que el sufrimiento de la paciente es de unas dimensiones similares a las que podría vivir cualquier persona ante una catástrofe mundial inminente, como decía antes. En ese sentido es pues cierta la respuesta que le doy.

No obstante la magnitud del problema, le propongo una respuesta, aunque limitada, posible: «Se podría empezar por la situación inmediata individual». La paciente se muestra de acuerdo. Pero, de nuevo, ante su incapacidad para llevarlo a cabo, ha de proyectarlo masivamente en el analista, preguntándole qué hace él para conseguirlo, y a continuación añadir que tal tarea requiere «seguramente… de una actividad artística». Esta sugerencia puede quedar situada en un terreno limítrofe entre la parte psicótica y la parte no psicótica. O, mejor dicho, puede verse desde una perspectiva o de otra. Quizá ella lo dice desde la perspectiva psicótica: habría que desplegar una actividad artística de dimensiones geniales, mágicas, omnipotentes. También cabe una interpretación no psicótica, como la que le ofrezco, al hablarle de lo que sucede en ese momento de la conversación telefónica, como algo comparable a una tarea «artística» de la relación entre ella y yo. La paciente no solo está de acuerdo, sino que se incluye como coautora de esa actividad: «Sí, en cierta manera, es lo que *estamos* haciendo».

Al establecerse un nuevo punto de encuentro con la parte no psicótica, decido dar otro paso proponiendo la vuelta a las sesiones, a lo que responde la parte psicótica acusándome, aunque indirectamente —una cuestión a tener en cuenta—, de ser un psiquiatra represor más, que solo pretende encerrarla. Es decir, la repuesta de la parte psicótica ha sido más suave que en otras ocasiones al formular la acusación de manera

genérica («los despachos de los psiquiatras son prisiones»), identificándome como psiquiatra y no como la persona con la que ha sostenido una relación para hablar de sus dificultades durante un tiempo. Esto me permite no entrar en consideraciones sobre si lo que los psiquiatras hacen es represivo o no, sino simplemente recordarle el tipo de relación que ha tenido con este «psiquiatra» concreto, conmigo, que además es de la única relación profesional de la que yo puedo hablarle. Y mencionarle la libertad de expresión que ella ha podido vivir en las sesiones.

Pero luego me veo en la necesidad de añadir que lo que puedo ofrecerle solamente es posible bajo unas condiciones determinadas, que yo necesito para hacer mi trabajo. Implícitamente, la paciente acepta mi manera de trabajar, así como que no soy un «psiquiatra carcelero», postura que debe estar apoyada por la parte no psicótica de su personalidad, que reconoce la realidad de la relación terapéutica habida hasta ese momento; sin embargo, parece que no es suficiente, pues entonces actúa la parte psicótica en colusión con la no psicótica al decir «que ella está bien». Si hubiera actuado la parte psicótica tan solo hubiera predominado el ataque al vínculo con el analista. Por eso cabe pensar que ha actuado aliada con la parte no psicótica: no es que ataque al analista, es que no lo necesita porque ya está bien. Con ello niega groseramente una realidad de la que acaba de hablar unos minutos antes: que existe una situación de conflicto «generalizado» —en toda su persona— que es fuente de intensa angustia.

Es más, creo que la argumentación que utiliza para apoyar su bienestar, al recurrir a una intervención del analista, hecha tiempo atrás, de que ella había empezado a caminar con sus propios «zapatos», tiene las connotaciones de la mentira perversa, al dar un uso inadecuado a las afirmaciones del analista y pretender hacer pasar como un acuerdo lo que no lo es. Es decir, cuando la parte no psicótica se pone al servicio de la parte psicótica para distorsionar la realidad haciéndola pasar por auténtica, interviene un funcionamiento propio de la perversión. En el paciente propiamente perverso existe un *self* más consistente en el que sus funciones no están tan deterioradas como en el psicótico. En ese punto de la conversación, intento deslindar en lo que estamos de acuerdo y en lo que no. Admito que «ha empezado a andar con sus propios zapatos», y añado que queda camino por recorrer. Ella afirma que en eso discrepamos. Me pareció bien que la paciente pudiera señalarlo y admitirlo sin descalificarme. Aunque enseguida necesita volver a proyectar en el analista el deseo de tener «más energía y coherencia», algo que a ella tanto le falta para llevar adelante el tratamiento y su vida.

Aquí, frente a la parte psicótica, de nuevo asociada a la parte no psicótica, que pretende desvalorizarme, defiendo mi coherencia con energía, remitiéndonos al momento que estamos viviendo. Y cuando insiste en desvalorizarme, no señalo su proyección sobre mí, sino que insisto en sostener mi postura, además aceptando los límites de la realidad de mi trabajo. Ante lo cual la paciente contesta, obviamente desde la parte psicótica, que también en eso existe un punto de discrepancia entre ambos. En ese momento yo tenía claro que no podía enfrentarme directamente con la parte psicótica, así que lo explicito al decirle que no pretendo convencerla para que esté de acuerdo conmigo, sino que simplemente trato de defender mi trabajo.

La respuesta de la paciente es significativa: «Lo que pasa es que me encuentro débil, deprimida y no tengo fuerzas para ir a las sesiones». Significativa de que, al sortear yo su estrategia perversa, y evitar la confrontación con la parte psicótica, ella ha podido contactar de nuevo con la parte no psicótica, capaz de reconocer su debilidad, su depresión y su falta de energía; deficiencias que poco antes trataba de atribuir al analista. Mi respuesta es remitir ese malestar a las preocupaciones por todo lo que estamos hablando, es decir, la interrupción del tratamiento, precisamente cuando tanto lo necesita.

Por lo tanto, si bien el profesional no puede aceptar como cierta la realidad delirante de la paciente, lo único que le queda es defender su propia realidad, la de su método de trabajo, sin tratar de imponerla. Si la paciente ataca la realidad de manera tan manifiesta, yo tengo el compromiso de defender mi verdad, mi coherencia, como ella me pide, pero sin pretender destruir su realidad delirante, que es lo que, por otro lado —el de la parte psicótica—, pretendería provocar con su ataque grosero a la realidad y a la razón, con el delirio, para de esa manera proyectar de nuevo en el analista la actitud hostil y destructiva.

Creo que lo que ha sucedido es que la paciente ha podido constatar un aspecto de la realidad, la que le ofrece el analista que, aunque diferente de la suya, no es sentida como persecutoria. Ahí se sientan *las bases para poder establecer una relación con la parte no psicótica, a pesar de la oposición de la parte psicótica que desearía romper de manera definitiva la relación terapéutica*. Así pues, al final de la conversación la paciente puede hablar de su depresión. Es decir, que la proyección masiva inicial en el analista, por el predominio de la parte psicótica, ha podido transformarse en una capacidad para mirar en ella y reconocer su depresión. Sin embargo, en ese momento no es posible ir más allá. Fue necesario esperar unos días hasta que el resultado de la comunicación establecida con la parte no psicótica prevaleciera para permitirle restablecer la relación terapéutica, volviendo a las sesiones.

Paciente no psicótica: identificación de la parte psicótica

Veamos ahora la situación del paciente no psicótico en el que es necesario desvelar aspectos de índole psicótica. Se trata de una paciente con problemas caracteriales, que se encuentra en tratamiento psicoanalítico desde hace varios años. Es la sesión de un miércoles, penúltima de la semana, de las cuatro que hacemos. Entra con expresión seria, que en cierta manera me sorprende, pues pensaba que en la sesión de ayer habíamos trabajado duramente con una buena colaboración suya, por lo que quedé con la impresión de que para ella también había sido una buena sesión, aunque difícil.

Se echa en el diván y permanece en silencio varios minutos, algo bastante inusual. Me pregunto qué debe ser lo que no anda bien. Pienso si ha sufrido alguna adversidad en el

trabajo, lo que no me encaja con la experiencia de otras sesiones en las que, ante circunstancias similares, inmediatamente hace partícipe al analista de sus preocupaciones. Luego pienso si nos encontramos ante otra reacción terapéutica negativa, como en diversos momentos del tratamiento. Precisamente en la sesión anterior hablamos un poco de este tipo de reacciones, y de una manera que me pareció que podía haberle resultado útil, por lo que sostengo la idea de que lo ocurrido ahora debía de tratarse de sus dificultades para aceptar las buenas experiencias con otras personas, en este caso en la relación con el analista. A medida que transcurrían los minutos, que pudieron ser más o menos cinco, pero que en esta paciente no es habitual, como digo, me viene a la memoria que el lunes ella había anticipado que esta semana no sería tan provechosa como la anterior, sino más bien al contrario, por lo que parecía tratarse de una profecía autocumplida. Dudo hacer una intervención en este sentido. Pero pienso que también esto lo hemos visto en otras ocasiones, por lo que ella misma podría saberlo, así que decido esperar un poco más.

Al cabo de casi diez minutos comienza a hablar. Lo hace en un tono bajo, casi inaudible, arrastrando un poco las palabras, lo que haría pensar que se encuentra en un estado mental propiamente melancólico. Observo que casi no abre la boca por lo que le es difícil articular las palabras. De tan acusada que era esa actitud me hacía pensar que estaba teatralizando su estado, lo que no dejaba de originarme cierta irritación y deseos de responder de forma enérgica diciéndole algo así como «déjese de pamplinas y tómese la sesión en serio», que equivaldría a decirle «deje de hacer teatro como una niña caprichosa y sea un poco más adulta». Obviamente callé, y decidí prestar atención al contenido de sus palabras, eludiendo dejarme llevar por su tono: tal vez la paciente necesitaba ese artificio por razones que yo desconocía, por lo que me correspondía dejarla hablar y escuchar el contenido. Si el continente de la comunicación enviaba un mensaje que se me hacía difícil de tolerar, debía esperar a conocer el contenido y tratar de captar otro mensaje. Pero, aunque comienza a hablar, apenas consigo oírle.

P: El miércoles pasado usted decía que yo estaba tocando fondo…

A: *(Aunque la expresión fue mía, correspondía con el estado mental que describió la paciente, lo que ella misma me confirmó al recordar a continuación unos versos donde el poeta hablaba de «hemos tocado fondo», que yo consideré el resultado de una comunicación profunda entre ella y yo. Al atribuirme que fui yo quien hizo el diagnóstico de que estaba tocando fondo, era como si hubiese sido un empeño mío en colocarla en ese lugar, lo que me pareció que no se ajustaba a la realidad de las cosas. Pero entendía que, junto con el tono un tanto hostil, era una versión acorde que correspondía al malestar que sentía contra mí y del que yo todavía no había conseguido saber a qué se debía).*

P: Sí, el miércoles pasado le decía también que tenía ganas de suicidarme *(pausa)*. Hoy… *(Dice algo en un tono de voz más bajo que me resulta inaudible. Nueva pausa. Es muy notorio el esfuerzo de la paciente para hablar: apenas abre la boca, al tiempo que muestra una cierta dificultad respiratoria)*.

A: DECÍA USTED QUE HOY ¿QUÉ?

P: Que hoy… no hubiera venido a la sesión… Es más, que hubiera provocado la ruptura de la relación de aquí *(nueva pausa)*.

A: *(Quedo sorprendido por esta reacción, y sin entender todavía lo que pudo ocurrir ayer para provocar una reacción tan violenta, así que no puedo decirle nada y sigo esperando).*

P: Si el miércoles me sentía que estaba hundida o… *(No oigo lo que sigue)* o que me encontraba en la cima de un pequeño montículo y no podía ascender más, porque había que bajar para luego subir a otro más alto *(imagen que había salido sesiones atrás como metáfora del proceso del análisis y de su crecimiento personal)* o que me sentía con dificultad para hacer frente a mis cosas, hoy me siento en el *fondo de un pozo pestilente (hace una nueva pausa)*.

A: *(Empiezo a vislumbrar que el pozo pestilente debe ser la sesión, porque algo de lo que le dije ayer no fue bien recibido o le llegó como algo sucio, de manera que hoy vuelve a este ambiente irrespirable. Ha transcurrido más de media hora de sesión y comienzo a preocuparme porque veo difícil que en el tiempo que queda sea posible superar el ambiente que se está haciendo cada vez más denso y, efectivamente, casi maloliente y desagradable. Es más, ver respirar a la paciente de esa manera tan contenida como para evitar al máximo el aire de la habitación, casi me transmitía la sensación de que efectivamente allí olía mal. Pero seguía sin identificar qué podría haber motivado este estado)*.

P: Todo el esfuerzo que hice ayer para hablar de las cosas de que hablé no sirvió de nada. Usted me contestó con cosas desagradables. Ya le dije ayer que en la sesión del lunes me dijo cosas desagradables, pues ayer, más de lo mismo, con lo que aumentó la sensación de alejamiento… Bueno, así me costará menos despegarme este jueves *(mañana, última sesión de la semana)* y no habrá desmantelamiento *(a consecuencia de la separación) (pausa)*.

A: *(Mi grado de incomprensión y desconcierto es cada vez mayor. Me vienen a la memoria alguna de las cosas que le dije, aunque sabía que no era cuestión de volver a la sesión de ayer para asegurar lo que dije o no dije, pues supondría abandonar el momento presente. Aunque, como decía al principio, mi impresión general de la sesión fue buena y provechosa a pesar de que fuera difícil para los dos. Pero también sabía que ella es extremadamente sensible y que cualquier comentario, según el tono o las palabras utilizadas, podría ocasionar efectos devastadores)*.

P: *(Continúa hablando en el mismo tono cansino, lento, transmitiendo la sensación de encontrarse realmente en un ambiente contaminado e irrespirable, hablando con la boca entrecerrada, con largas pausas —nada habituales en ella— como si de esa manera consiguiera respirar tan solo el aire imprescindible)*. Estoy preocupada por una persona que vi ayer en mi trabajo y no le resolví un asunto, por lo que ahora tendré que esperar hasta que llame. Y el fin de semana tengo un curso de la empresa y no sé si estaré en condiciones para aguantar, pero tampoco me gustaría hacer allí un número. Según como vayan las cosas, he pensado en la posibilidad de marcharme a mitad del curso.

A: *(Ahora, lo único que percibo es que la paciente se encuentra mal y, sin embargo, habla de enfrentarse al fin de semana sin ninguna esperanza de que podamos hacer algo en la sesión de hoy —quedan algo más de diez minutos— y durante toda la de mañana. Así que dejo a un lado el hecho de no haber comprendido por qué ha venido a la sesión de esta manera, y le hablo en términos parecidos a lo que estaba pensando)*. Tengo la impresión de que ya no cuenta con el tiempo que nos queda de sesión ni con la sesión de mañana para intentar higienizar el clima que siente tan sucio y maloliente en la relación entre usted y yo, de manera que solo le queda imaginar, con cierta desesperación, cómo enfrentará el fin de semana con el estado mental en que se encuentra en este momento.

P: *(Silencio)* Pues sí, me parece que lo ha percibido usted bien. *(El tono no es de provocación, sino de reconocimiento de estar de acuerdo con el analista)*.

A: *(Pienso que a pesar del mal clima que existe la paciente ha podido valorar mi intervención: «lo ha percibido usted bien». Ello indica un reconocimiento de mi capacidad perceptiva. Es decir, algo procedente del analista puede ser «limpio», al contrario de sus percepciones de hace un momento. Esto me anima a añadir algo más respecto de la situación que estamos viviendo)*.

A: Parece que se encuentra en un dilema difícil. Por un lado, se siente hundida. Pero, como usted aclaraba, no es el hundimiento de la semana pasada debido a sus cosas, cuando entonces sí pudo recibir mi ayuda. Ahora se encuentra hundida en el pozo pestilente del análisis, o mejor dicho de la relación conmigo. Entonces ¿cómo podrá salir de ese hundimiento, si para ello necesitaría hablar y que yo le hable, pero resulta que mis palabras, e incluso el aire de la habitación, están contaminados?

P: *(Tras una pausa)* Pues ha dado usted en el clavo. Es que tengo esa sensación de que me cuesta respirar, he de hacer un esfuerzo… *(Nueva pausa y no parece querer insistir más en ello; como si haber dado en el clavo del asunto hubiera clarificado el clima y le permitiera «respirar» mentalmente mejor y seguir hablando)*. Con esto de la dificultad de respirar me he acordado que este domingo fui a comer a casa de mi madre, y ella me explicó que, al nacer mi hermana, yo me puse enferma de la garganta, de manera brusca, que me ahogaba, por lo que tuvieron que llevarme al hospital. En el camino, según me explicaron, yo movía todo el cuerpo de la angustia que debía sentir. Mi madre trataba de sujetarme con fuerza para evitar que me hiciera daño, y en ese forcejeo parece que le di una patada en el pecho que le provocó un absceso y necesitaron sajarle, por lo que tuvo que interrumpir la lactancia de mi hermana. Bueno, aunque el absceso se lo produjo el golpe, parece que mi hermana ya tenía dificultades para tomar el pecho.

A: *(Estamos terminando la sesión y mientras escucho el relato de la paciente me siento entre asombrado y algo conmovido por el giro que ha tomado la comunicación, y la paciente parece dispuesta a seguir hablando)*.

P: Y luego mi madre explicaba también otra cosa. Y es que mi hermana —que también se encontraba en la comida del domingo— y yo hacíamos broma porque mi madre siempre insistía en que comiéramos más, y le comentábamos que toda la vida

había hecho lo mismo. Ella recordó cómo comíamos de pequeñas. Al parecer, de bebé yo tomé bien el pecho, pero luego, quizá a partir del nacimiento de mi hermanita las cosas se torcieron. Mi madre me decía que, en cuestión de comidas, hay que hacer caso de las madres. Yo le contesté que no, que de lo que había que hacer caso era del estómago, porque si estaba lleno, no podías comer más. Pero ella me dijo que yo la desconcertaba, porque había veces que tenía mucha hambre y después de la primera cucharada ya no quería más, como si se me hubiera pasado el hambre, con lo cual ella ya no sabía si cuando yo me negaba a comer era porque no tenía más hambre o de tanta que tenía. Y es que, decía mi madre, es muy difícil ser madre.

A: Quizá ahora podemos entender un poco más qué ha pasado. Hay muchas cosas hoy *(pienso que he de evitar que se repita lo* de *ayer, el «devolverle» muchas explicaciones que no pudo digerir).* Me parece que usted destaca la cuestión de lo que ayer hablaba como sus «problemas de la boca», los problemas en «tomar o ingerir» lo que se le proporciona etc. *(En efecto, ayer tratamos esta cuestión de las dificultades que a veces tiene en aceptar las interpretaciones del analista)*. En este sentido, quizá hacer de analista tampoco es fácil. Ayer usted aportó muchas cosas y traté de pensar sobre ellas y devolvérselas…

P: *(Me interrumpe)* Claro, es que, si yo dije cosas desagradables, pues usted me las devolvió tal cual. Y es que si uno tiene diarrea pues espera que le limpien.

A: Yo no tengo la impresión de haberle devuelto tal cual me las planteó, creo que las pensé y se las expliqué de otra manera.

P: *(Tras una pausa)* Bueno, sí, tiene razón, que las explicó de otra manera…

A: Tal vez entonces el problema fue la capacidad de digerir lo que estábamos viendo. El hecho de que usted aportara muchas cosas pudo dar la impresión de que podía recibirlas devueltas «sin limpiar» completamente, pero parece que no era así, que, al ser cuestiones difíciles, habían necesitado más esclarecimiento para que le resultaran digeribles.

(A continuación, la paciente es capaz de expresar una de las cuestiones que no le quedaron claras en la sesión de *ayer y terminamos la sesión).*

Comentario sobre paciente no psicótica

Hacia el final de la sesión, cuando creí comprender algo de lo que estaba sucediendo, preferí dejar de lado el aspecto de los ataques al «pecho» por celos, pues hubiera resultado demasiado para que la paciente pudiera «digerirlo». Ahora veo que fue adecuado, en el sentido de continuar con la línea de trabajo respecto a qué era lo que había podido dificultar la aceptación e incorporación de lo que le dije el día anterior. Es decir, me parecía más importante indagar sobre el problema de una relación analítica-pozo inmundo, pestilente y lleno de «cacas» o «vómitos», por las cosas desagradables que ella sentía que el analista le dijo. Creo que lo desagradable de tales cosas se debía a que eran devueltas inmediatamente, incluso antes de poder entrar en proceso de «digestión» mental y, por lo tanto, no podían ser asimiladas, como los vómitos

repentinos de los bebés en el mismo instante que se les está alimentando, o las diarreas.

Por lo tanto, es evidente que la paciente ataca el «pecho nutricio», aunque no tanto por celos; me parece que, en el contexto de la sesión, la hermanita representa al aspecto de la paciente capaz de aceptar una relación de dependencia nutricia —aunque con ciertas dificultades—, como se ha hecho evidente en las sesiones desde hace un tiempo. Pero otro aspecto, el infantil omnipotente y envidioso, lo atacaría hasta provocar la interrupción de la lactancia. De hecho, es lo que estaba tratando de actuar al introducir el tema de la relación analítica como un pozo pestilente, es decir, al convertir la relación en algo inservible, como «un pecho con absceso de pus que no puede producir buena leche». Pero en esta ocasión, me parece que no haber abordado directamente este aspecto y haberme ocupado del *self* que estaba sufriendo las consecuencias de tal estado permitió una aproximación en la relación, una higienización de la atmósfera y una aceptación de la relación analítica.

La sesión muestra también *las ansiedades psicóticas* expresadas en la dificultad concreta de respirar. Sentir las palabras del analista como desagradables no tiene solo un sentido metafórico, sino que en ese momento adquiere el carácter de una realidad material, percibida sensorialmente a través del aire contaminado por sustancias tóxicas: las palabras del analista. Estas ya no son meras palabras que vehiculan significados, se han transformado en sustancias químicas pestilentes concretas. Estamos hablando de una experiencia psicótica, aunque pasajera, que hace uso de la ecuación simbólica, en la que las ansiedades psicóticas no han podido ser contenidas de otra manera.

En este caso, creo que el hecho de *dirigirme a la parte no psicótica de la paciente, o la parte infantil dependiente*, propició que la fuerza de la parte psicótica disminuyera. Perdió fuerza el ataque tanto al analista, al que desvaloriza y convierte en un pozo pestilente en el que ella se hundía, como el que dirigía contra las propias capacidades perceptivas que no pudieron captar una atmósfera similar a la de otras sesiones, sino una «realmente» pestilente. La evolución en la sesión debió ser posible gracias al trabajo de años en el que dicha parte infantil poco a poco ha podido sentirse reconocida en la relación analítica y tener más confianza en la dependencia sana del objeto, tanto como —y a veces más— en la omnipotencia de la parte psicótica.

En este caso, pues, ha sido necesario reconocer, en primer lugar, la vivencia psicótica de la paciente, así como los ataques a la comunicación y a sus capacidades yoicas. Una vez identificado dicho funcionamiento psicótico, la intervención del analista evita la confrontación directa. Creo que es crucial para la evolución de la sesión el momento en que el analista deja a un lado el intento de saber por qué la paciente viene a la sesión en ese estado de malestar mental y de hostilidad contra el análisis, para señalar, en cambio, lo que también resultaba evidente: la desesperanza inmediata. Cuando el analista puede referirse a la vivencia psicótica (señalando las dificultades respiratorias) y ponerla en palabras la vivencia alucinatoria del clima intoxicado de la habitación se desactiva. Desde ese momento se restablece una comunicación verbal con contenidos significativos que contribuyen a comprender algo de lo que había ocurrido en la sesión del día anterior.

Conclusiones

En este capítulo tomo como premisa que las ansiedades psicóticas son universales. Me refiero a las ansiedades catastróficas: el sentimiento de aniquilación inminente, de estallar, de desaparecer etc., ya referido. Si explota el conflicto bélico mundial en la primera paciente, serían formas de expresión de tales ansiedades; o de quedar «intoxicada», en la segunda; con las correspondientes defensas psicóticas. Y el tipo de relación de objeto que se desarrolle dependerá de cómo se resuelvan tales ansiedades que han generado en la relación terapéutica formas de transferencia psicótica. Sin embargo, como el pensamiento psicoanalítico reconoce desde hace unos años, si bien la organización psicótica como tal solo se da en determinados pacientes, los que calificamos propiamente psicóticos, las formas de funcionamiento psicótico pueden hacerse presentes en cualquier paciente, en uno u otro momento del proceso terapéutico. Y esa organización resultante depende de la dinámica o, mejor dicho, de la mayor o menor patología de la interacción entre la parte psicótica de la personalidad y la parte no psicótica, lo que a su vez está determinado por el interjuego entre los tres elementos de la personalidad mencionados por Bion, dolor psíquico, Ps ↔ D y la relación entre continente y contenido (♀/♂).

Desde este punto de vista, una cuestión fundamental sería cómo disminuir la intensidad de esa dinámica. Y esto es importante tanto para el tratamiento psicoterapéutico y psicoanalítico de pacientes psicóticos como para cualquier paciente con una patología de cierta consideración. Las posibilidades terapéuticas en tales pacientes estriban en lograr una comunicación con la parte no psicótica de la personalidad, sin descalificar a la parte psicótica. Y es ahí donde radican las dificultades de todo intento de ayuda, puesto que por definición la parte psicótica se opondrá a acceder a que la parte no psicótica establezca un vínculo con el terapeuta. En primer lugar, porque todo vínculo lleva implícita la amenaza de una aproximación a la realidad de la cual se trata de huir y, en segundo lugar, porque el vínculo con el terapeuta se crea específicamente para trabajar «contra» los propósitos de la parte psicótica.

2 Este capítulo es una versión sensiblemente modificada y con nuevas ideas del texto publicado en *Temas de psicoanálisis* (Pérez-Sánchez 2003-2004).

3 Bion suele expresar este grafismo así: ♀♂. Pero su descripción en la que el continente y el contenido se influyen mutuamente, queda mejor reflejado con la doble flecha, simbolizando la interacción entre ambas.

4 Se advertirá que no se menciona la patología psicosomática, aunque algunos autores, como A. Green (1999), la consideran parte de la patología límite.

3. ORGANIZACIÓN PSICÓTICA DE LA PERSONALIDAD: DINÁMICA Y FUNDAMENTOS PSICOPATOLÓGICOS

Ya estudiamos en el primer capítulo la idea de organización patológica como el concepto que define una estructura defensiva de la personalidad que puede estar presente en una variedad de patologías, desde el paciente psicótico hasta el neurótico. Este valioso enfoque, decíamos, ofrece la ventaja de acercar la patología grave al terreno de lo asequible a la comprensión. De esta manera no «marginamos» lo psicótico a un terreno conceptual aparte, con el consiguiente extrañamiento. Además, se corresponde con la línea de pensamiento psicoanalítica tradicional, desde Freud, de haber desdibujado la divisoria entre lo normal y lo patológico, a fin de hacer lo último más comprensible. Por otra parte, también apuntaba que existe el riesgo de subestimar la especificad de cada una de las patologías incluidas en el término «organización patológica». Por eso en el segundo capítulo se indican algunas diferencias entre ellas, atendiendo al tipo de enlace entre la parte psicótica y la no psicótica de la personalidad. En este sentido, cabe hablar de «organización psicótica de la personalidad»[5] como una forma particular de organización patológica que va más allá de la dinámica dominante en otras organizaciones patológicas. A esto se dedica el resto de la obra.

Una manera de concebir la dinámica de la organización de la personalidad del paciente psicótico puede ser su limitación extrema para gestionar el dolor concomitante al contacto con la realidad; es decir, para contenerlo. Como dijimos, *siente el dolor, pero tiene dificultad para tolerar la experiencia del dolor*, por lo que necesita recurrir a defensas primitivas patológicas.

Por cierto, conviene deshacer un frecuente malentendido que considera equivalentes el uso de los mecanismos defensivos primitivos y los patológicos. Ya hemos visto la descripción de los fenómenos del psiquismo temprano planteada por Klein, que recuerdan al funcionamiento de los pacientes adultos psicóticos y esquizofrénicos, sin que eso implique patología en el primero. Al contrario, son necesarios para un desarrollo psíquico aceptable. En consecuencia, la propia Klein y los kleinianos contemporáneos establecen una clara distinción entre el uso habitual de las defensas primitivas y la contraparte patológica.

Así, Caper (1998) considera que los estados mentales primitivos normales contienen fantasías omnipotentes que se acompañan del suficiente sentido de realidad para permitirle al niño aprender mediante la experiencia (Bion 1962a). En cambio, en los estados primitivos psicopatológicos las fantasías inconscientes omnipotentes persisten debido a un fracaso en la capacidad para aprender de la experiencia. Concuerdo con la

crítica de Caper a la teoría freudiana de la psicopatología como una regresión o fijación a estados mentales primitivos, puesto que implica un concepto del niño «normal» como una mente anómala (Caper 1988, p. 541).

En otras palabras, toda patología adulta implica la existencia previa de una vida mental infantil precaria en su contacto con la realidad y su capacidad de aprendizaje de la experiencia, en la que el desarrollo de los mecanismos tempranos de funcionamiento no solo ha persistido en el tiempo, sino que han modificado poco a poco su naturaleza inicial, en definitiva, se han *patologizado*.

Bases psicopatológicas de la OPsP

En la medida que no se ha construido un espacio mental suficientemente continente, el paciente necesita recurrir a formas primitivas patológicas de funcionamiento, como la escisión patológica, la identificación proyectiva patológica y el predominio de la omnipotencia. Describiré cada uno de ellos, aunque con desigual dedicación, no en función de la importancia que les concedo, sino porque algunos ya han sido estudiados extensamente —la identificación proyectiva, por ejemplo—, mientras que otros, aunque también tratados, me interesan para destacar ciertos aspectos de acuerdo con mi experiencia —como el caso de la escisión patológica.

Escisión patológica

La escisión es un proceso psíquico imprescindible para enfrentar la compleja y difícil realidad con que se encuentra el recién nacido. Claramente marcada por el principio del placer-dolor, para sobrevivir en la vida habrá que evitar el dolor y conseguir el placer, donde dolor es sinónimo de muerte, y placer de ausencia total de malestar. Por consiguiente, habrá un mundo del dolor y otro del placer que han de quedar nítidamente separados. Es la escisión binaria, propia del desarrollo de cualquier individuo. Esta división puede fallar por razones diversas: algunas procedentes de la extrema intolerancia del individuo al inevitable dolor de tolerar la prueba de realidad que acompaña al desarrollo, y otras al entorno excesivamente exigente que enfrenta al individuo a situaciones dolorosas (carenciales o traumáticas) muy por encima de lo que puede tolerar.

Cuando se presenta un fallo en la escisión binaria, es decir, cuando el mundo del dolor-muerte (y las ansiedades relacionadas con él) no queda apartado del mundo del placer-vida, sino que está presente en este e incluso lo invade, habrá que escindir de nuevo esa parcela de la realidad, en un intento de separar el dolor. El proceso se repetirá innumerables veces, de forma que lo que había sido un «mecanismo» conducente a proteger la vida en desarrollo, se transforma en una actividad de fragmentación de la realidad, para disminuir así su impacto doloroso. Resulta así una escisión *fragmentaria y*

radical —por lo tanto, patológica— de la realidad externa e interna.

Cuando esto ocurre, esto es, el predominio de la escisión patológica, la realidad se constituye en fuente simultánea de dolor-muerte y placer-vida, subsidiario de acarrear vivencias catastróficas, por lo que el individuo tendrá que evitar (casi) cualquier conexión directa con la realidad, así como las establecidas entre los elementos fragmentados de esa realidad. Es lo que Bion (1959) describió como «el ataque al vínculo», cuya expresión máxima es el ataque a las propias capacidades perceptivas que toman conciencia de la realidad. Esto genera un estado de múltiple escisión o fragmentación de la realidad del objeto y del *self*.

Quisiera traer aquí las recientes ideas de Britton (2015), quien cuestiona la expresión «ataque al vínculo» como la más adecuada para el fenómeno que describe. Cita en primer lugar a Bion: «Una fantasía omnipotente encaminada a destruir, tanto la realidad como la conciencia de la misma, y así conseguir un estado que no es ni de vida ni de muerte» (Bion 1959, p. 68). Britton hace el siguiente comentario: «La erradicación de la conciencia de un objeto por eliminación de su representación psíquica podría significar que se elimina el vínculo actual, la conexión sensorial con el objeto» (Britton 2015, p. 88; traducción y cursiva nuestra). Y para avanzar en su cuestionamiento se pregunta: «¿La desconexión del individuo del mundo externo y de sus representaciones internas es regresión o destrucción?» (2015, p. 92). Antes de responder recuerda la polémica actual sobre las diferentes perspectivas del narcisismo, considerado como defensivo y libidinal o como destructivo. Y opina que la diferencia desaparece si en vez de pensar el narcisismo como primario y la relación de objeto amoroso como secundaria, desde el principio los percibimos como coincidentes y en conflicto. El narcisismo puede ser visto no como una fuerza en sí misma, sino como una reacción negativa a la conexión con objetos porque no son idénticos (al sujeto), despertando así una respuesta inmune de hostilidad.[6]

La sugerencia de Britton sobre la reacción inmune ante aquello que no es el *self* es atractiva, pero no deja de ser una metáfora. Lo que en términos biológicos está demostrado, hace que su traslación a la vida psíquica lo haga verosímil. Pero debemos preguntarnos por el sentido psicológico de la reacción inmune. Una explicación podría ser el concepto de envidia. Pero creo que Britton se refiere a otra cosa: simplemente a lo que es diferente de uno mismo; y si atendemos a la clínica, podemos estar de acuerdo con ello. El paciente psicótico parece decir: lo que es diferente a mí implícitamente es no-mí, por lo tanto, es una amenaza, mientras no se demuestre lo contrario; solo consiguiendo que mi yo o el *self* y el no yo o no *self* nos unamos en un solo yo o *self* resolveré los problemas de mi relación con el mundo. En general, lo anterior constituye la base del trabajo con los pacientes, y de manera particularísima con los psicóticos: no se trata de que el paciente aprenda a tolerar diferenciarse del objeto que necesita —aunque esto también es cierto, lo que correspondería a un nivel psíquico más evolucionado (de la posición depresiva)—, sino a que pueda reconocer (y tolerar) que no es el objeto, por lo que ello supone de amenaza a su vida psíquica. En consecuencia, el paciente se dice: «No puedo introyectar lo que procede de este objeto porque es otra "cosa" (en el sentido de cuerpo extraño, por seguir la metáfora de la reacción inmunitaria de Britton) a la que

mi dinámica psíquica no está acostumbrada, no la conoce… por más que pueda ver que lo necesite».

Mi experiencia clínica y el trabajo con mi paciente esquizofrénica en quien baso especialmente esta obra apoyan la idea de Britton, argumentada perspectiva a partir de lo insoportable del dolor psicótico para estos pacientes que lleva a la reacción, mediante la fantasía omnipotente, de cambiar la relación sujeto-objecto por la de sujeto-sujeto, es decir, *fusión en lugar de conexión* (Britton 2015).Para mí, este es un punto crucial en el que se debate el paciente psicótico: fusión con el objeto, en contra de toda conexión que significaría el reconocimiento de lo diferente, es decir, estar ligado a algo extraño a mí. Britton concluye que la expresión bioniana «ataque al vínculo» indica una motivación agresiva, por lo que sugiere el término *severance* que podríamos traducir por «desconexión», «corte» o «ruptura», que deja abierta la etiología y posibles razones para actuar así (Britton 2015, p. 93). Aunque me pregunto si no sería suficiente con la ya conocida expresión «escisión», siempre que al referirlo a los pacientes psicóticos lo adjetiváramos con «patológico»: escisión patológica, que es uno de los primeros elementos que hemos considerado en la dinámica de la organización psicótica de la personalidad. Como la escisión fragmentaria ha sido más estudiada, voy a referirme a otro tipo de escisión patológica que he observado en mi paciente.

El tema de «los gemelos»

El carácter de omnipotencia de la escisión, aun en los momentos en que no actúa de manera fragmentaria, tiene una cualidad radical, extrema. Por ejemplo, el paciente que reconoce sentimientos de afecto y odio hacia el analista, ha de mantenerlos radicalmente apartados; de manera que ama al analista como si fuera la única persona en el mundo con quien quiere estar, o lo odia como el causante de todo su sufrimiento. Esta escisión radical del objeto fue patente en mi paciente esquizofrénica, la Sra. B, en la temática de «los gemelos»; una idea delirante secundaria, por cuanto menos presente que otras, pero que surgió en ciertos momentos conflictivos del proceso analítico.

El tema apareció especialmente después de unas largas vacaciones analíticas. Tras la primera interrupción analítica larga, la paciente dijo que me sentía frío y distante, y la explicación que encontró es que yo debía ser el hermano gemelo de su psicoanalista. Los *mensajes* le informaron al respecto: la persona que la atendía en sesión en ese momento no era el Dr. PS sino su hermano gemelo:

> El Dr. PS es psiquiatra, psicoanalista, está casado y tiene familia, pero usted, es decir, el que me atiende ahora en sesión, no es psiquiatra, ni psicoanalista, ni está casado, ni tiene familia; está solo, por lo que necesita vivir con su hermano gemelo.

En otras ocasiones el recurso a «los gemelos» había cumplido otra función. En una época en la que la erotización de la relación se había intensificado, la paciente reclama ese componente erótico como el elemento que faltaría para completar su curación. De manera que como el Dr. PS que la ayuda y la cura de lo psíquico no está dispuesto a

ceder a su demanda de completar el «tratamiento» mediante la consumación física de la relación, podría recurrir al hermano gemelo del Dr. PS, en tales momentos presente en la sesión, quien sí podría realizar dicha función y curarle así también del cuerpo. El tema de lo «gemelar» tuvo otro sentido adicional: para ella, el analista era a su vez su hermano gemelo.

Para ilustrar este último aspecto en relación con la escisión patológica, presentaré dos sesiones seguidas detalladas. En ellas están implícitos otros fenómenos de la organización psicótica de la personalidad que, asimismo, consideraré en su momento. Por ejemplo, los intentos de la paciente de atacar el encuadre y la función analítica del analista, la firme respuesta de este y la posterior introyección de la paciente de esta firmeza, así como el uso de la identificación proyectiva patológica.

CLÍNICA: UNA FORMA PARTICULAR DE ESCISIÓN/FUSIÓN DE LA RELACIÓN ANALÍTICA

La primera sesión, aunque difícil, se basó en un trabajo analítico que dio lugar a un cambio en la paciente que se aprecia en la sesión siguiente. Estas sesiones tienen lugar en un momento en que la Sra. B insiste en lo legítimo de una relación erotizada con el analista y su irritación ante la respuesta de este de limitarse a la aplicación de su método psicoanalítico.

Es un *miércoles (s-395)*;[7] la paciente se sienta en el diván, como ayer, con aire decidido a mantenerse en esa posición. En su actitud hay entre provocación e imposibilidad de tumbarse, es decir, dejar de verme. Permanece alerta a alguna indicación mía al respecto. Con cierta frecuencia, el tema del diván es conflictivo, como ya estudiaremos al hablar del encuadre con estos pacientes. Como en otras ocasiones, acepté su imposibilidad y esperé a comprender algo. Dice que se encuentra muy mal. Que, como ya me adelantó ayer, estuvo con J (el amigo del que habíamos hablado en otras ocasiones, asociado al analista; un tema delicado de tratar porque, al interpretar el desplazamiento allí de la relación de reciprocidad que le proporcione todo el afecto que ella espera de aquí, lo entiende como una censura). Ya se encontraba mal antes de ver al amigo, con motivo del «fracaso» del premio literario que no consiguió, por lo que esperaba encontrar en él consuelo, afecto y amor (el lunes, la paciente me informó de este decepcionante resultado). Pues no fue así. Al ver que él no respondía de manera afectuosa, le pidió explicaciones. Él le respondió que la quería como una amiga, pues está casado y tiene un hijo. Ella le contestó que eso no es lo que le había dado a entender en otras ocasiones, cuando mostraba especial interés. Él no recordaba manifestaciones similares, por lo que ella se sintió muy dolida.

Mientras me explica todo esto, la paciente se muestra muy inquieta y angustiada. Necesita levantarse y caminar por la habitación como suele hacer en situaciones similares. Me advierte de entrada que no me repita en decirle lo de siempre, cuando ella se encuentra así de mal. Empiezo a identificar que este tipo de advertencias suelen ser anticipo de lo que para ella se confirmará más adelante, sin importar lo que yo diga. De

manera que me limito a escucharla durante un buen rato. Pero también sé que si solamente la escucho, se angustiará aún más.

Efectivamente, la Sra. B se siente cada vez más desesperada porque se encuentra sola, tras esta decepción. Tampoco la conversación con una amiga con la que últimamente había hablado de sus cosas le ha proporcionado todo el apoyo que esperaba. Aparte de que le asusta y le desagrada el componente homosexual que siente con ella. Así, por ejemplo, días atrás volvió a masturbarse con fantasías sexuales «transgresoras», como ella las llama, en las que su amiga practicaba un *cunnilingus*. Aunque las fantasías fueron más complejas, pues también fantaseó que le practicaba una felación al amigo, y en un momento de la fantasía estaba presente la imagen del analista como una figura que le ponía freno. Ahí intervengo para decirle algo así como que tal vez se le hacía difícil esperar a encontrar aquí la ayuda que estaba necesitando, cuando se sentía tan decepcionada y no querida.

Contesta que efectivamente es así, y que aquí lo único que yo puedo hacer es repetir lo mismo de siempre, algo que no desea. Lo que ella necesita es afecto, que la quieran; mientras que yo le doy tan solo una relación profesional. Y ella no sabe qué va a hacer sintiéndose así tan sola, sin nadie que la quiera. Desearía morir, tirarse por la ventana… No quiere más este tipo de relación, que es siempre lo mismo. Su tono de voz va en aumento hasta llegar a gritar con auténtica desesperación. Yo me siento cada vez más impotente de hacer algo, pero mi inhibición, limitándome a escucharla incrementa su desesperación. A medida que los gritos son más fuertes, me inquieta que la situación vaya a más y la desborde, no sé en qué sentido pero conducente a alguna forma de agresión contra ella, no tanto contra mí, aunque tampoco quedaba descartado del todo… Sigue gritándome, diciéndome que yo no la ayudo.

Intento decirle que, de momento, la ayuda que le puedo ofrecer es la de estar allí escuchándola y, en cierta manera, compartiendo ese momento difícil que ella me está comunicando. Niega con actitud despectiva que sirva para algo lo que yo hago por ella. En ese momento siento que efectivamente no soy nada; todo lo que intento hacer por ella me lo devuelve convertido en nada; así que he de tomar cierta distancia para observar la situación y captar que no es cierto que no esté haciendo nada: no es fácil asistir a las muestras de desesperación de la paciente, y permanecer junto a ella sin rechazarla, sino tratando de pensar la mejor forma de ayudarla. Así que me veo en la necesidad de mostrar una actitud firme para frenar esa tendencia a agredirme desvalorizándome y que ella misma no puede controlar. Le digo con voz clara que no es verdad que yo no hago nada; llevamos todo este tiempo de sesión (han transcurrido ya casi 40 minutos) en el que yo estoy haciendo un esfuerzo por escuchar su malestar y la desesperación que ella me trae.

La Sra. B se sienta en el diván, disminuye un poco el tono de voz, aunque vuelve enseguida a expresar su desesperación. «Pero ¿qué voy a hacer yo ahora? ¿Adónde voy? No quiero ir a casa». Añade que tampoco se ha sentido comprendida por la madre, por otras cuestiones. Y antes de venir a la sesión le comentó al padre que desearía tener una conversación con él a la vuelta, pensando explicarle la decepción con el amigo; aunque

tenía dudas, pues puede ser motivo de preocupación para los padres, ya que desaprueban esta amistad, al ser un chico casado.

Le digo que parece que hoy no esperaba que yo pudiera ayudarla, que estaba convencida de que yo también la decepcionaría. Anticipando que la sesión no sería suficiente, ya quedó para hablar luego con el padre.

Su repuesta es de irritación. «¿Ve que es cierto? Usted siempre me dice lo mismo, siempre se repite. Siempre las mismas cosas. Dígame algo nuevo. Dígame algo diferente» (la paciente se levanta, camina, inquieta, angustiada. Habla en tono fuerte, de nuevo, gritando). Reconozco para mí que en cierta manera tiene razón, no le digo nada nuevo. Entiendo que la paciente necesita que le ayude a entender la actuación que estaba suponiendo la relación con el amigo respecto de la transferencia. Y si bien me había parecido que era mejor no tratar el tema, pues ocasiones similares habían despertado más agresividad y respuestas delirantes, en el sentido de que yo le estaba prohibiendo que tuviera sus relaciones, quizá por mis celos, al mismo tiempo que no le permito una relación de reciprocidad conmigo. Ahora, al insistir en que le hable de algo nuevo, creo que hay una ambivalencia de que le diga algo distinto, por una parte, y también de que yo responda con una relación nueva, no terapéutica, sino en el sentido de darle todo el afecto y amor que no le dan fuera, incluso físicamente; y lo que no sea eso, es nada. Pero, no obstante, pienso que vale la pena intentar retomar el tema de su *acting out*.

Le digo que ella ha venido muy decepcionada porque el amigo no ha respondido como ella esperaba. Quizá sea difícil aceptar el hecho de saber, por lo que me dice, que es una relación no viable, porque la otra persona ya tiene su vida familiar. Aunque necesitaría mantener la esperanza de que en esa relación iba a encontrar la relación de reciprocidad que aquí no tiene, porque también sabe que no corresponde; tal vez como una forma de preservar la relación conmigo dentro del marco profesional.

Responde muy irritada. Porque lo que yo le vengo a decir es que el amigo no la quiere y yo tampoco. Entonces qué hará ella. «¿Para qué vivir así?». Y que no puede marcharse a casa de esta manera. Se quiere morir. (Estamos a punto de agotar el tiempo de la sesión y poco después tengo otro paciente, por lo que me encuentro ante la presión de que ella parece decidida a no marcharse si no le ofrezco alguna respuesta concreta a su demanda). Le digo que ya hemos vivido situaciones parecidas de desesperación y fue posible superarlas, por el hecho de que hay una continuidad de las sesiones. Responde que no es lo mismo. Que hoy es peor que otros días, que hoy es peor que nunca.

Me muestro de acuerdo, que nunca una sesión es la misma que otra, que cada sesión es diferente, que cada vez el dolor es tan intenso en las situaciones de desesperación que no sirve de mucho decir que lo ha vivido otras veces. Y que, aunque es cierto que se le hace muy difícil acabar la sesión, el hecho de que haya podido expresar su malestar, tal vez le permita una cierta esperanza de que mañana podamos continuar.

Aún no está muy claro para mí cómo va a acabar todo esto. Nos alargamos unos minutos de su hora. Suena el timbre, que avisa la llegada del siguiente paciente, y ella ve que presiono el botón automático para abrir la puerta. Tras oír el timbre para de gritar. Al poco tiempo me levanto y le digo que continuaremos mañana. Recoge su bolso y se

marcha sin despedirse. Yo quedo con bastante malestar y al mismo tiempo con irritación. Parecería que lo importante para ella es hacerme sentir lo mal que se encuentra. Quedo con la mala sensación de que la sesión no ha ido bien, y que yo he tenido serias dificultades para pensar y ofrecerle otras explicaciones o comentarios que hubieran podido ayudarla más. Aunque también pienso que la experiencia última es que cuando ocurren momentos de desacuerdo entre ella y yo, o se siente afectada por algo del análisis, llegando a hundirse o desesperarse, la recuperación suele ser mucho más rápida que tiempo atrás.

El día siguiente, *jueves (s-396)*, llama a mediodía para decirme en tono tranquilo y cuidadoso que no sabe si podrá venir a la sesión porque se encuentra débil, con pocas fuerzas, pues estos días tiene la regla. Le digo que como todavía faltan unas tres horas para la sesión, podemos esperar hasta entonces y ver si está en condiciones de venir.

Llega puntual. Como es habitual, empieza buscando el paquete de tabaco en el bolso lleno de cosas. Yo suelo esperar de pie a que ella acabe. Cuando por fin lo encuentra y deja el bolso en la silla, yo me siento, pero ella vuelve a levantarse para quitarse la chaqueta y colocarla sobre aquella. Me mira sonriendo y dice: «Se ha cansado usted de estar de pie». Sonrío ligeramente. Pienso que debe preocuparle mi cansancio respecto de la sesión de ayer. Se sienta en el diván y comenta, mirándome: «A ver si puedo…» mientras se tumba.

Pasa dos o tres minutos en silencio. Lo que no es frecuente, pues lo habitual es que comience a hablar enseguida. La veo tranquila, lo que me sorprende después de la sesión de ayer. Aunque entendí la llamada telefónica como un intento de reconciliación por su parte, además de una manera de verificar cuál era mi estado de ánimo después de la difícil sesión de ayer: ¿estaré enfadado, incluso agresivo? ¿la rechazaré? ¿hay garantías de venir sin peligro por mi parte? También anticipa su estado de debilidad física, quizá como un aviso de que no está con fuerzas para seguir agrediendo ni para que yo le responda con fuerza. El silencio de este momento lo siento también como una continuidad del deseo de reconciliación. Aunque no sé qué ha pasado con todo lo movilizado en la sesión anterior.

P: Bueno, ahora estaba en silencio y pensaba que antes, nada más llegar, necesitaba ponerme a hablar. Es como que ha habido un cambio cualitativo. *(¿Cualitativo? Le pregunto)* Sí, porque aunque antes de venir tenía necesidad de hablar de cosas, de lo que he pensado, una vez aquí veo que puedo estar callada *(hace una pausa)*.

A: Parece que puede ser más capaz de estar con sus sentimientos, sus vivencias y tolerarlos. A diferencia de otras veces que necesita expresarlas enseguida para establecer una especie de continuidad entre usted yo: lo que está dentro de usted pase enseguida a mí.

P: Sí, precisamente de eso quería hablarle, después de todo lo que pasó en la sesión de ayer… Estaba tan mal, tan desesperada al salir de aquí que no sabía adónde ir. ¿Recuerda que se lo dije, que no sabía qué hacer, que no tenía sitio adónde ir? Pues me puse a caminar. Recordé que el día anterior también había andado un poco para ir a la cita con J *(el amigo que la decepcionó)*. Así que me puse a andar, pensando en la

sesión, y me fui tranquilizando. Pensaba que me había sentido tan mal con usted porque no podía tolerar el verle tan sosegado, tan tranquilo cuando yo estaba tan mal. Y pensando esto, me di cuenta de que lo que yo pretendía ayer era que usted estuviera como yo. Que viviera lo que yo estaba viviendo… No sé si me entiende…

A: Es decir, que yo recogiera sus vivencias, su malestar, sus sentimientos.

P: Pero no solo en el sentido de que usted me escuchara. No. Sino que usted fuera yo. Que usted viviera todo lo que yo estaba viviendo… Y es que me desesperaba verlo a usted tan profesional… Aunque no dejo de pensar que podía ser insuficiente lo que usted me decía, pues yo quería más…

A: Y, por lo tanto, la presión que hacía sobre mí, insistiendo en su desesperación y en que yo no podía hacer nada por usted era una forma de hacerme sentir su desesperación, sobre todo al final, cuando usted insistía en que no sabía adónde ir.

P: Y al pensar en eso me fui tranquilizando. De manera que continué andando. Pensé que me iría bien. Y que hoy vendría aquí y le explicaría que había podido andar un trecho largo de camino yo sola *(la paciente suele venir en taxi y cuando se siente más capaz lo hace en autobús, lo que ella valora como un esfuerzo especial. Llegar caminando a la sesión es un esfuerzo que raramente se había planteado)*. Cuando llegué a lo que yo considero la frontera de mis barrios pensé que ya había andado bastante, porque hay una ligera subida y se me hacía difícil. Esperé un poco el autobús, pero como tardaba, decidí continuar andando y así llegué hasta casa. ¡Imagínese, ir a casa andando desde aquí! Es la primera vez que lo hago *(pausa)*.

A: *(No dejaba de ser emocionante, a pesar de que se trata de algo tan sencillo para cualquier persona adulta)*. Tal vez el que yo pudiera resistir la presión que ayer usted necesitaba hacer para que yo viviera lo que usted estaba viviendo le permitió, una vez fuera de aquí, ser usted también capaz de andar sola.

P: *(Pausa)* Sí… Pero es que además vi en el escaparate unos zapatos que me gustaron. *(Yo había observado que llevaba zapatos nuevos. Y pensé que realmente le hacían falta, pues los que traía últimamente estaban bastante viejos y empeoraba su imagen)*. Recordé cuando el año pasado me compré unos zapatos y se lo comenté, porque no sabía si era una cosa de capricho, y usted me preguntó si los necesitaba. Y era cierto, me hacían falta. Pues ayer pude ver que también ahora los necesitaba y me los compré. Y estuve contenta. Además son baratos. Y me gustan.

A: De manera que parece que es posible que usted pueda andar con sus propios zapatos, es decir, estar en silencio al comienzo de la sesión con sus propias vivencias, sin que exista esa necesidad urgente de que yo viva con usted sus vivencias, para así estar los dos en los mismos zapatos, tal vez. Porque si no es así, se sentiría sola y abandonada.

P: Bueno es que esta ha sido la impresión que he tenido esta semana. Cuando el lunes vine aquí con la decepción por lo del premio, tuve la impresión de que me tenía que hacer la sesión yo sola. Y fue lo que sentí el martes también. Y el miércoles ya no pude más… Era como que necesitaba… se me ocurre ahora, *tener un gemelo*. ¿Sabe lo que le he dicho otras veces de que usted tiene un hermano gemelo o que yo tengo

una hermana gemela? Pero ahora no era eso, sino que *usted sería ese hermano gemelo* mío, de manera que todo lo que yo viva usted también lo vive… *(Pausa de unos minutos).* Estaba recordando una conversación en la que se hablaba de que los toxicómanos cuando se curan de la adicción entran en una etapa en la que se siente monotonía y aburrimiento. Pues ahora, al estar mejor en este momento es como que hay ese miedo de entrar en ese estado.

A: Quizá prefiere llamar aburrimiento y monotonía lo que más bien puede ser justamente lo contrario. Porque usted me habla de que fue la primera vez que ha ido andando desde aquí a casa. Y últimamente usted ha hablado de vez en cuando de sentimientos nuevos que vive por primera vez. Lo que es motivo de satisfacción, por una parte, pero de inquietud, por otra, por lo difícil de tolerar esas nuevas emociones.

P: *(Pausa breve)* Hoy he venido en taxi, y el taxista era un hombre más bien poco agradable, un poco rudo, y yo pensaba: «Bueno, mira, las cosas de la realidad son así, no todo es poesía». Y luego, a continuación, he pensado: «Bueno, quizá el hecho de que no todas las cosas sean poesía es lo que permite que haya poesía».

A: Entonces parece posible que el hecho de que no siempre todo esté bien, no todo sea igual, no todo sea poesía, ni que yo no piense y viva exactamente como usted, es lo que puede permitir que surja la «poesía», es decir, que aquí surja algo nuevo para comprender, incluso cierta creatividad.

P: *(Pausa)* Pienso ahora que usted, al ser diferente de sus pacientes y los pacientes entre nosotros con nuestras cosas, eso sí que le debe permitir ser creativo… *(pausa. En esta sesión, aunque de vez en cuando la paciente ha de girar la cabeza, puede mantenerse* echada*. En este momento, se vuelve también para decir)* Bueno, quería agradecerle todo lo de la sesión de ayer… *(Pausa).*

A: Estoy pensando ahora en el hecho de que ha necesitado llamar antes de venir, porque tenía dudas de si podría, al no encontrarse del todo bien físicamente. Pero el malestar físico que le impide asistir es algo que ha ocurrido en otras ocasiones, después de sesiones en las que la vivencia de agresión aquí ha sido muy fuerte. Tal vez necesitaba llamar para saber si yo estaba dispuesto a recibirla.

P: En realidad, esperaba que usted me hubiera dicho que viniera a la sesión, y cuando lo ha dejado en mis manos, ha sido un poco más difícil. Me costaba venir. Estaba en mi habitación sintiéndome… no sé… así, cansada, débil, pensando en el esfuerzo que me suponía trasladarme hasta aquí. Entonces, he visto los zapatos nuevos. Me los he puesto y me he sentido bien. Luego he pensado que podía vestirme. Lo he hecho. Y una vez vestida, me he ido encontrando mejor físicamente, como para venir a la sesión. Pero al mismo tiempo pensaba que si estaba mejor, no necesitaba de la sesión.

Se queda en silencio unos minutos. Pregunta si es la hora. Le digo que aún falta un poco. Sigue en silencio unos minutos más. Cuando falta un minuto se levanta. Y sonriendo dice: «Bueno, por hoy ya está bien». Me da las gracias, de manera sincera, como suele hacer cuando ha habido momentos difíciles.

Comentarios a las sesiones de miércoles (s-395) y jueves (s-396)

Estas sesiones muestran, por una parte, la tendencia de la paciente a romper los límites del analista, no solo en cuanto a las condiciones del encuadre, también a las barreras entre su yo y el mío. Establecer una relación, un vínculo, no es posible si no existe esa *con*vivencia de ella dentro del analista. Toda respuesta mía que no abunde en ello, es recibida como un rechazo, aún más, como dejarla «a la intemperie», «en el desierto», «en el vacío», etc., expresiones que ella misma ha empleado otras veces. Pero así como yo no la dejo que destruya «los tabiques del despacho», como en una ocasión comentó, tanto al mantenerme firme en las condiciones de encuadre, ocupándome exclusivamente de ella, como en no sentirme invadido por su vida emocional, su reacción es invalidar lo que le digo.

Es lo que ocurre en la primera sesión. La tremenda frustración que supuso no ser una de las ganadoras del concurso de poesía evidenció, en primer lugar, hasta qué punto existía una convicción delirante de que ella lo conseguiría. Por lo que el problema que se plantea en la sesión del miércoles (y en las dos anteriores) es constatar que cuando ella me comunica su enorme e indescriptible sentimiento de frustración yo no respondo hundiéndome con ella (o respondiendo de manera omnipotente), sino que estoy «sereno y muy profesional», tratando de ayudarla en la medida de mis posibilidades. Eso es lo que se le hace insoportable, experiencias como esta que ponen en evidencia, como vemos en la sesión del jueves, que ella y yo no estamos en los mismos zapatos, o mejor dicho en los míos. O eso es lo que parecía, que no podría soportarlo, según trataba a toda costa de hacérmelo saber al final de la sesión del miércoles, con la idea de que no sabía adónde ir, y que cómo la dejaba yo marchar en aquellas condiciones. Sin embargo, para su sorpresa y para la mía no solo pudo tolerarlo, sino que dio pie a ciertos cambios internos en la capacidad de contención de su propia vida psíquica. En efecto, una vez que se marcha, el resultado de esa relación en la que yo no me he dejado invadir por ella, es que ha sido posible introyectar mi firmeza. Es bien elocuente que por primera vez sea capaz de hacer el camino hasta su casa por sus propios pies. No solo eso, sino que es capaz de comprarse unos zapatos nuevos, para andar por sí misma.

Con ello expresa su capacidad de separarse de la relación analítica. Marcharse sola a casa, con sus propios «zapatos», significa darse cuenta realmente de que cada paso que da por voluntad propia supone incrementar la distancia entre ella y yo, es decir, alejarse. El miércoles trató de borrar esta distancia entre los dos, intentando hacerme sentir lo que ella estaba viviendo, es decir, *siendo yo su hermano gemelo*. No me presté a ello, sino que le ofrecí la experiencia de la posibilidad de compartir, en cierta manera, su sufrimiento, pero siguiendo yo en mis propios «zapatos», no desesperándome también o, por el contrario, tratando de banalizar la desesperación, y creo que eso fue lo que, ya fuera de la sesión, le permitió introyectar esa capacidad y fortalecer su tolerancia a la separación.

Que haya comprado unos zapatos nuevos simboliza claramente la cuestión. Ella había estado tratando de meterse en mis «zapatos-mente» para vivir sus emociones, y al no

aceptarlo yo, ella aprende a cambiar los «zapatos-mente viejos» por unos nuevos; es decir, a cambiar su viejo funcionamiento mental donde el espacio es siempre compartido, por uno nuevo en el que ella puede empezar a tener su propio espacio mental. Así lo mostró también al poder estar en silencio en varios momentos de la sesión del jueves, tolerando sus propios sentimientos. Y a pesar de lo difícil de esta nueva experiencia del miércoles, la paciente pudo volver el jueves, superando sus dudas (expresadas en la debilidad física) de si sería capaz de enfrentar la relación analítica. Es cierto que necesitó llamar para recibir mi apoyo para venir a la sesión, que curiosamente ella daba por supuesto, es decir, que no temía mi rechazo a pesar de la desvalorización o ataque a lo que ella sintió, como claramente dijo, como una insuficiente respuesta de mi parte. Pero ante el hecho de seguir yo en mis «zapatos», al dejar que fuera ella quien tomara la decisión de acudir a la sesión, pudo entonces ponerse en los suyos y asumir la responsabilidad de la decisión.

Es muy significativa su descripción de cómo se produjo la decisión de venir: al ver los zapatos nuevos, se los puso, luego se vistió, y una vez así se sintió con fuerzas para acudir a la sesión. Es verdad que aún necesita recurrir a los objetos concretos que representan hechos, en este caso, haber sido capaz de separarse del analista, desde el despacho de este hasta su casa, y que son los que ahora le permiten tolerar reencontrarse con él. En este sentido, la paciente todavía necesita esa forma de simbolización limitada de equivalencia del objeto con lo representado, propia de los pacientes psicóticos, de la que hablaremos más adelante.

Y hay algo más, tolerar estar echada, sin verme y callada con sus sentimientos, que indicaría una mayor capacidad de introyección de una relación analítica «separada» de la externa y concreta. Es decir, que si bien la paciente ha necesitado el recurso de un tipo de simbolización primitiva («la ecuación simbólica» de Segal) en el curso de la sesión es capaz de otra más evolucionada, que le permite comprender la interpretación transferencial de estar en sus zapatos y no en los míos, en su mente y no en la del analista. De ahí su sincero agradecimiento posterior, por todo lo que tuve que soportar para que ella pudiera aprender de esta experiencia.

Retomando el tema de la escisión patológica —uno de los motivos por los que he traído este material—, en particular en la sesión del miércoles podemos ver que se trata de un tipo de escisión especial en conexión con sus tendencias a establecer una relación fusional. En primer lugar, la paciente fracasa en conseguir un tipo de relación de fusión, que ella denomina de «reciprocidad». Es en la medida que fracasa cuando surge esa forma de escisión particular de la vivencia gemelar con el analista, que es lo que había pretendido en la sesión del miércoles. Los gemelos (es implícito que se refiere a los univitelinos) aunque viven las mismas emociones, ya no son partes del mismo todo, sino que cada uno tiene su propia individualidad física; son dos cuerpos que ocupan lugares diferentes en el espacio. Es decir, existe una escisión física (dos cuerpos) al mismo tiempo que una fusión emocional.

En la sesión del jueves la paciente toma conciencia de ello, es un *insight* de esa escisión/fusión patológica. Y eso es posible en la medida que yo no acepto el rol de

gemelo y me mantengo en «mis propios zapatos-mente». Así pues, ello la obliga a ir un poco más allá y aceptar que tampoco es cierto que yo sea su gemelo, y remitirse a «sus propios zapatos-mente» que ha debido comprar, pues los viejos —tratando de estar en la mente del analista— ya no le sirven. No necesita que yo aclare nada más. Lo que sí requiere de mi intervención es cuando la parte psicótica trataría de desprestigiar ese logro, al prever un estado de aburrimiento y monotonía, como en los adictos tras su curación, lo que me permite poner al descubierto la falacia de ese argumento, pues ella me ha hablado de lo emocionante de «andar con sus propios zapatos», así como de lo conmovedor de descubrir sentimientos nuevos, que a ella le parece que tiene por primera vez.

Uno de los problemas técnicos que plantea el trabajo con este tipo de pacientes es conseguir un equilibrio, no siempre posible, entre la firmeza necesaria, para evitar que la organización psicótica fuerce al analista a la actuación de ahorrarle al paciente asumir lo que le corresponde, por una parte, y mostrar que eso no significa rechazo, por otra. Lo que la paciente pudo entender ahora.

A partir del material de estas dos sesiones son posibles otras consideraciones que muestran la dinámica de la OPsP. Por ejemplo, la cuestión del *encuadre*, del que me ocuparé con más extensión en el capítulo 7, sobre técnica. En la primera sesión la paciente no se tiende en el diván y en la otra sí. Aunque en estas sesiones yo no me refiero al asunto, es la propia paciente quien, como resultado del cambio producido en ella tras la experiencia de la primera sesión, hace el esfuerzo por echarse en la segunda. En cuanto a mis intervenciones, muestran dos elementos que considero importantes en el tratamiento de pacientes psicóticos. Uno, defender lo dicho cuando existe convicción en el analista para ello, sin pretender convencer a la paciente; la realidad que yo observo y elaboro es la que yo puedo defender. Si luego resulta equivocado, tendré que rectificar. No es cierto, como pretendía la paciente, que yo no estaba haciendo nada en la sesión del miércoles. La otra cuestión es tratar de interpretar en la transferencia cuando sea posible. Precisamente por el tipo de relación tan intensa y frágil que establece el paciente psicótico, una y otra vez fue necesario mostrar a la Sra. B lo que estaba sucediendo en su relación conmigo. Así, en la sesión del miércoles hube de conectar la actuación con el amigo con la transferencia analítica; a pesar de su irritación y la desvalorización de mi intervención. Asimismo, tal vez lo que promovió la capacidad de la paciente de tolerar el «caminar en sus propios zapatos» hasta casa no fueron solo mis interpretaciones, sino también mi actitud firme de tolerar su presión.

En el mismo material encontramos varios tipos de *identificación proyectiva*. La paciente está viviendo un momento sumamente doloroso por las decepciones sumadas del premio no logrado y de la negativa del amigo a sus pretensiones sentimentales, que se añaden a lo que considera como rechazo del analista en ese sentido de no aceptar una relación de reciprocidad. El dolor es tan fuerte que debe desplegar casi todas sus fuerzas (no se echa en el diván, camina por el despacho, grita y desvaloriza toda intervención mía). Mediante esa actitud me hace sentir realmente lo penoso de la situación que está viviendo, de manera que yo puedo contactar con su desesperación. Pero eso no quiere

decir que yo haya de consentir su pretensión de resolverla a su manera. Así pues, durante toda la sesión ella insistirá en presionarme para que yo acabe aliviando su dolor solo como ella desearía.

Al principio, me comunica su dolor (identificación proyectiva comunicativa), pero mi necesaria respuesta de contención, tolerando el dolor que me trasmite, tratando de metabolizarlo y pensar en ello, no le interesa, por lo que ha de insistir en la presión para hacerme actuar (¿identificación proyectiva evacuativa?). En realidad hay una intencionalidad en hacerme actuar en un sentido diferente a lo que le propongo: no es que me haga sentir su dolor, para así desentenderse del mismo, como correspondería a la IP evacuativa, sino que espera más. Es sabido que mediante la IP comunicativa el paciente busca que el objeto quede informado de su malestar o necesidad. Pero no basta con ello, es también necesario que el objeto proporcione alguna respuesta para aliviar o atender la necesidad. El problema del paciente psicótico, como estamos viendo con la Sra. B, es que espera una única reacción válida para atender su necesidad o aliviar su malestar, no la adecuada para su necesidad.

La paciente ejerce una tremenda presión para que yo viva su desesperación hasta el último momento de la sesión, cuando pretende hacerme creer que se siente tan mal y tan incomprendida por todos que no sabe adónde ir, como en un intento de que yo hiciera una excepción para alargar el tiempo de la sesión, posponiendo incluso mi compromiso con el paciente siguiente. La sesión acaba, y obviamente la paciente me ha dejado con buena parte de su malestar. De manera que podríamos decir que la paciente evacua su desesperación en mí. Pero la respuesta de la paciente, una vez fuera de la sesión, ofrece una perspectiva diferente, en el sentido de que ha podido captar mi actitud de firmeza, al no ceder frente a su presión para conseguir una determinada forma de devolución de su identificación proyectiva, y poco a poco, a medida que se distancia del analista, ha podido introyectar dicha firmeza. Por lo tanto, la identificación proyectiva que se inició como comunicativa, luego de control (solamente valía la respuesta que ella deseaba del analista) y finalmente evacuativa (me deja a mí con su desesperación) acaba transformándose, ya fuera de la sesión, de nuevo en una IP comunicativa, al aceptar mi devolución de una capacidad de contención que ella ha introyectado.

En el mismo material también vemos su *delirio* del analista como hermano gemelo. Es evidente que para conseguir que yo fuera su hermano gemelo la paciente trata de hacerme sentir exactamente aquello que ella estaba viviendo. De manera que, aunque aparentemente similar a la identificación proyectiva, aquí existe una clara conciencia de que se trata de sentimientos que ella reconoce como propios; no pretende deshacerse de ellos, sino que yo también los viva a la par que ella. Estamos pues ante otra modalidad. Ya establecimos la distinción de este estado «gemelar» respecto de un estado fusional; en el segundo, el sujeto pretende que sujeto y objeto sean la misma cosa, que estén en los mismos «zapatos»; en el estado gemelar, en cambio, está clara la distinción entre dos cuerpos que sienten lo mismo. El objetivo aquí parecería ser que «si hay alguien que vive todo lo que yo siento, aunque sea en otro cuerpo, no me sentiré tan sola», lo que es fuente de alivio.

A fin de ahondar en la idea de la escisión patológica veamos el siguiente material, continuación del anterior. En este caso, la escisión se refiere al propio *self* corporal. Asimismo, nos permitirá observar la reacción terapéutica negativa.

Antes quisiera indicar que publicar el material anterior en un artículo de una revista ilustraría la interiorización por parte de la paciente de la firmeza del analista en la realización de su función analítica, mostrando así uno de esos momentos de *insight* analítico posibles en pacientes psicóticos, y que justifican las posibilidades de dicho trabajo con ellos. La extensión de un artículo no admite mucho más. En cambio, la amplitud de un libro nos permite ir un poco más allá y mostrar tanto la complejidad como la dificultad para que ese logro puntual se mantenga, debido a la actuación de la parte psicótica en entorpecerlo y estropearlo. De ahí la inmensa labor en el psicoanálisis con tales pacientes, que requiere de una paciencia infinita para hacer y rehacer, una y otra vez, lo que la parte psicótica trata de deshacer una y mil veces.

El día siguiente, *viernes (s-396)*, la paciente llama diciendo que no se encuentra bien, ya desde por la mañana. Se siente débil, y ha verificado con el termómetro que tiene 37,5 grados de fiebre, lo que le ha permitido decidir que no vendrá a la sesión. Aunque el malestar que siente es físico, le preocupa en qué medida no tiene que ver con toda la situación que está viviendo en ese momento, sobre todo en relación con el análisis. Rápidamente, antes de que yo le diga algo, pasa a contarme cómo le fue el día anterior con dos amigos que esperaba ver y al final no pudo ser. Intenta así que la sesión se lleve a cabo por teléfono. Añade que está preocupada de sentir que el análisis no le aporta nada especial (quedo sorprendido, pues a todas luces pareció que la sesión de ayer había sido satisfactoria, lo que ella incluso agradeció).

Le digo que me pregunto qué pudo ocurrir para que ayer se sintiera agradecida por la fortaleza que parecía haber adquirido y hoy me dice que la sesión no le aportó nada, y que se siente débil. Dice que al salir de la sesión se preguntó qué le había aportado y que no pudo encontrar nada. Que lo que sentía era aburrimiento. Es cierto que sintió agradecimiento, pero fue por lo que yo aguanté en la sesión del miércoles, y era como si tuviera que forzarse a expresarlo, aunque en realidad sí lo sentía. Pero le había quedado la sensación de aburrimiento. Esta mañana se sentía regular, que es el estado que peor tolera: prefiere estar o muy bien o muy mal, pero no regular. Sentía que en algún momento recordaba la época que había estado mal con las ideas de suicidio, con el internamiento en los hospitales psiquiátricos y pensaba que no había estado tan mal de aquella manera. Y si bien en algún momento es un pensamiento que tiene, en otros es como un sentimiento fuerte que no puede controlar. La paciente habla en un tono calmado, tranquila, como si sostuviera una conversación telefónica con un amigo a quien le confía ciertas reflexiones de relativa transcendencia sobre ella.

Transcurridos cinco minutos, veo que la paciente sigue dispuesta a continuar hablando. Así que le digo que entiendo que ella esté preocupada por toda esta situación en la que por una parte se siente agradecida a la relación de aquí, pero, por otra, esta

relación queda debilitada. Por lo tanto, es algo que sería necesario hablar y que tendremos oportunidad de hacerlo el lunes, puesto que ella ha decidido no venir porque le supondría mucho esfuerzo. Contesta que parece que no quiero hablar por teléfono. Le digo que es más adecuado en la sesión, que es donde venimos haciéndolo. Acepta un poco contrariada y nos despedimos.

Comentarios a la llamada del viernes

La verdad es que me ha sorprendido la reacción de la paciente. De entrada, se me ocurre pensar que hay un cierto componente perverso en esa respuesta. El tono que utiliza, con tanta tranquilidad, creo que no indica ciertamente preocupación, aunque dice sentirla, por lo que más bien trata de generarla en mí, aunque sin venir a la sesión, es decir, impidiéndome las condiciones adecuadas para que yo la pueda ayudar. Además, todo ello justo después de una sesión en la que se ha sentido ayudada, lo que me obliga a preguntarme si realmente le fue de ayuda.

En principio, parece que la sesión del jueves sirvió para entender la del miércoles. Podríamos decir que sería un apéndice de esa sesión y, por lo tanto, no produjo nada nuevo. Desde esta perspectiva, ¿se puede decir que todo lo tratado el jueves había sido falso, porque remitía a una situación que no era la inmediata vivida y, en ese sentido, no aportaba nada nuevo, como dice la Sra. B? ¿O fue un engaño de la paciente hacerme creer que le había ayudado la sesión del miércoles? ¿Necesitaba hacérmelo creer para tranquilizarme y no sentirse perseguida por cómo me trató en aquella sesión?

Sigo pensando que la respuesta de la paciente a la difícil sesión del miércoles fue consecuencia de haber introyectado la firmeza del analista, sin rechazo, a pesar de sus intentos de presión. Lo que se materializó en el hecho de que por primera vez desde que viene al análisis fuera capaz de volver a casa andando. Por lo tanto, me reafirmo en la idea de que la experiencia del miércoles resultó positiva, pudiendo separarse del analista y luego expresar su agradecimiento sincero. Este mayor grado de fortaleza quedó también reflejado al ser capaz de estar en silencio de vez en cuando en la sesión del jueves, tolerando sus propios sentimientos, sin necesidad de volcarlos en el analista-«gemelo».

Entonces ¿cabe entender la llamada del viernes como una reacción terapéutica negativa? Creo que sí; se trata de un «ataque» procedente de la parte psicótica, envidiosa, la que querría que yo fuera su gemelo para que, como ella, viviera todo su sufrimiento y desesperación. En la sesión del miércoles, según explica el jueves, no toleró mi serenidad, mi profesionalidad, mientras ella estaba sufriendo. No es que yo no estuviera receptivo a su sufrimiento, al contrario, lo pude recoger y tolerar, sin sentirme desbordado. Quizá eso es lo que se le hizo irritante, intolerable. Por lo tanto, podemos pensar que es por envidia de mi estado mental que no quería nada de mí, y pretendía destruir mi serenidad, para igualarme a ella. Pero justamente el fracaso de la actuación del aspecto envidioso en la sesión del miércoles le permitió incorporar al analista firme y continente.

El problema es que al día siguiente, el viernes, se reactiva el aspecto envidioso de

manera que trata de invalidar el trabajo conseguido por mí y por ella misma, al decir que yo no le he aportado nada y que lo que siente es aburrimiento y debilidad. Confirma así lo que ya anticipó en la asociación del jueves sobre los adictos que, tras la curación, experimentan aburrimiento, a pesar de que los sentimientos predominantes durante la sesión fueron de bienestar y satisfacción. Creo que la llamada del viernes, pretendiendo hacer una sesión por teléfono, es un ataque al encuadre, motivado por esa reacción envidiosa. Porque ni siquiera me plantea esa posibilidad, simplemente me llama y considera que ya podemos hacer la sesión vía telefónica. Ella ha modificado el encuadre y trata de imponerlo. Por lo tanto, creo que se puede hablar de una reacción terapéutica negativa.

Si retomamos la idea mencionada de Britton sobre la «ruptura», el «apartamiento» o la desconexión *(severance)* —en lugar de la de «ataque» de Bion— para deshacerse de un cuerpo extraño que resulta inasimilable, otra reflexión es posible. La paciente introyecta un aspecto del analista, su firmeza, pero eso significa aceptar la separación del objeto: no es una introyección omnipotente por la que se convierte en el analista, sino tan solo que admite un aspecto de él y, por lo tanto, de alguien que sigue siendo diferente a ella. ¿No podríamos entonces entender el sentimiento de aburrimiento del viernes como una forma de corte y rechazo de aquello con lo que se había identificado? La consecuencia es, obviamente, un estado de debilidad, pues ha rechazado la fortaleza que había adquirido del analista. Así, es posible que en la rtn se sumen el ataque envidioso más la necesidad de rechazo de algo que no puede hacer propio todavía pues lo siente como extraño a su ser y, por lo tanto, amenazante. El siguiente material nos puede ayudar a comprender un poco más la situación.

El *lunes siguiente* hablamos sobre la ausencia del viernes. Parece que la sesión del jueves en la que vimos que era posible que ella pudiera empezar a andar en su vida con «sus propios zapatos-mente» fue sentida como una gran exigencia, por lo que hubo una respuesta corporal de debilitamiento que le impidió caminar para venir a la sesión, a fin de evitar que se le pueda exigir que siga caminando sola. Otra razón a añadir a la rtn además de las ya comentadas.

El *martes (s-397)* se sienta en el diván, como el día anterior, por no sentirse capaz de echarse. Explica que está dejando de fumar, como ya me explicó ayer. Algo duro, que le está produciendo depresión (aunque lo dice entre satisfecha y con cierto humor). Insiste en que me crea que no fumar le está produciendo depresión. De hecho, ahora enciende el segundo cigarrillo del día, me aclara (es primera hora de la tarde, cuando ella suele fumar algo más de dos paquetes al día, y entre cuatro y cinco cigarrillos en cada sesión). Dice que a consecuencia de este hecho está resultando muy duro tratar de dejarlo. Se siente un poco desorientada, perdida. Nada más levantarse esta mañana ha tenido necesidad de llamar a amigos sin saber para qué, simplemente para hablar con alguien. Además se encuentra sola en casa porque sus padres están fuera. Y como ayer, antes de que ellos se marcharan, tuvo una discusión con la madre, le preocupa que esta pueda estar pasándolo mal.

Mientras venía en taxi a la sesión ha tenido una sensación, un deseo de que le cortaran

las piernas para no andar. Y ha visto un carrito que sobresalía de la puerta de una tienda del que solo se veían las piernas de una niña. Y de pronto le ha llamado la atención, ha experimentado cierta sorpresa con el hecho de que la niña tuviera piernas (me quedo pensando en esta asociación).

Vuelve al asunto de que se siente mal con su cuerpo por el hecho de dejar de fumar, cuando en realidad la iniciativa de intentarlo ha surgido de querer estar bien físicamente para el verano y hacer danza que, según su amiga, le irá bien. Pero tiene este sentimiento de estar como sin límites, desorientada. Le digo que tal vez el hecho de haber descubierto que tiene piernas, es decir, que ella puede empezar a caminar en su vida por sí misma, dentro de sus propios zapatos, es algo nuevo que produce en ella desorientación y perplejidad. ¿Hacia dónde ir? A esa dificultad se añade el hecho de estar dejando de fumar, con todo lo que al parecer supone para ella, como algo a lo que suele aferrarse, y que si no lo tiene, se siente desorientada. Necesitaría encontrar algún amigo con quien hablar; y aquí, estar sentada para verme con sus propios ojos y así encontrar la referencia física de mi persona, aunque tal vez privándose de la posibilidad de mirar dentro de sí misma para encontrar poco a poco referencias internas.

Primero me ha escuchado con atención, luego se ha ido inquietando. Dice que le echo bronca, que no valoro los esfuerzos que está haciendo, lo que supone para ella dejar de fumar… acto seguido, se levanta y se marcha del despacho, muy irritada y gritando. Al cabo de un par de minutos, vuelve. Se sienta y llora, para enseguida echarse en el diván. Se mantiene en silencio.

Ante ese corte brusco, me veo en la necesidad de formular la interpretación de nuevo, aunque con algunos matices. Le digo que estoy pensando en la imagen de la niña pequeña, en la que ha descubierto las piernas, que debe corresponder al descubrimiento de que ella tiene piernas, es decir, capacidades mentales para comenzar a andar en su vida. Y entonces es como si yo le dijera, «bueno, si tienes piernas, ya puedes caminar por tu cuenta, y todo lo que hagas no es más que el esfuerzo que te corresponde». Le parece que no es suficiente mi valoración del esfuerzo que eso supone para ella.

Me escucha, más tranquila. De vez en cuando llora. Al cabo de un rato se incorpora y, sentada, me pide disculpas por hacerlo, pero no puede continuar echada para hablarme.

Dice que ella misma se ha sorprendido de la reacción de hace un momento. Que debía estar más tensa y deprimida de lo que pensaba, y que debe ser por lo mucho que le está afectando dejar de fumar. Dice que no puedo hacerme una idea de lo que el tabaco supone para ella. Que nunca había imaginado que fuera capaz de ni siquiera intentar dejarlo. Que es algo que forma parte de su ser. Trato de recoger ese esfuerzo por cuanto implica una situación de pérdida de algo de ella misma, como la pérdida del funcionamiento de andar metida en «los zapatos-mente del otro».

Comentario a las sesiones s-396 y s-397

Creo que reconocer sus capacidades para «andar» en su vida ha sido sentido con auténtico pánico por lo que significa tener que aceptar que las posibilidades de separación

también dependen de ella. Andar puede implicar hacerlo en dirección opuesta al objeto, es decir, alejarse de él. De lo que ella se ha quejado en su vida es que sea el objeto quien se distancia, y se separa de ella, lo que con frecuencia interpreta como expresión de rechazo, y no puede concebir que la separación forme parte de la realidad. El hecho de verse ahora capaz de caminar en sus propios «zapatos» la ubica ante la realidad de que la separación del objeto también dependerá de ella. No puede soportar que yo haga explícito el reconocimiento de esta nueva capacidad, de ahí su reacción de cortar la sesión, marchándose para luego volver, como una manea de borrar lo que le he dicho. Aunque cuando regresa puede echarse en el diván y escuchar lo que le digo. Además se añade el hecho de que está dejando de fumar para estar en condiciones de hacer danza en el verano; es decir, para estar preparada para tolerar mejor la ausencia del análisis.

En la sesión siguiente, *miércoles (s-398)*, continua con el tema de dejar de fumar, lo que es motivo de conflicto con la madre, como conmigo lo es tumbarse en el diván. La Sra. B se queja de que durante los últimos días no le ayudo. Que ha de llegar a una situación límite para obligarme a que yo responda y le diga algo. Que parece que no me doy cuenta de lo mal que lo está pasando y todo el esfuerzo que viene haciendo, por lo que llega un momento en que no le es posible controlar la situación, como sucedió ayer, y luego «le sabe mal», por lo que me pide disculpas, realmente sinceras. Reconoce que ella necesita un muro, un límite, para detener ese malestar y eso vendría dado por el afecto, cosa que yo no le doy. La Sra. B expresa una queja directa y firme de su insatisfacción frente a lo que yo le aporto, convirtiéndolo en prácticamente nada, referido en ese momento a que no le he dado una explicación de por qué le está afectando tanto dejar de fumar. Insiste en que es de las cosas más difíciles que puede plantearse, y si lo consiguiera estaría en condiciones de resolver otros problemas de su vida. Fumar es algo que siempre ha estado muy ligado a la relación con la madre. Ha sido «el caballo de batalla» con ella. Tras su intervención me insta a que yo le diga algo sobre todo eso.

Le digo que me habla de la cuestión de fumar ligada a la relación conflictiva con la madre tal vez de la misma manera que en el contexto de la sesión parece que lo es el hecho de si se echa o no en el diván. Yo estaría especialmente interesado en ello para someterla, tal vez. Entonces yo no vería los esfuerzos que está haciendo tanto para dejar de fumar como cuando se echa en el diván, como una forma de empezar a andar por su cuenta. Dice que solo le digo lo que ella ya me ha dicho, pero nada nuevo, o muy poco: «Y usted está ahí en su sillón sin inmutarse, mientras yo estoy haciendo esfuerzos tan grandes».

Siento, como en otras muchas situaciones similares, que la paciente es injusta al despreciar el esfuerzo que estoy haciendo. Le comento que tengo la impresión de que sí le he dicho algo diferente. Creo que es necesario adoptar un tono firme para poner el límite que ella pide, para no dejarme invalidar, aunque sin pretender imponerle mi postura. Es cierto, le reconozco, que está haciendo un esfuerzo, pero asimismo he de decirle que, por mi parte, también lo hago —en ese momento la paciente, que había estado sentada en el diván, se echa—, pero que si ella ha recibido lo que yo le he dicho como que es nada o poco, pienso que ahí debe haber un desacuerdo, un desfase entre

ella y yo. La Sra. B me escucha atenta, y continúo:

A: También pienso en lo que ha ocurrido estos últimos días, desde la frustración al no recibir el premio, cuando parecía sentirse un genio que lo merecía. Tal vez ese aspecto genio, que usted misma puede reconocer, es el que está actuando con fuerza, y desde esa posición le es difícil valorar y reconocer mi modesto esfuerzo.

P: *(Calla unos minutos. Sigue* echada*, sin girar la cabeza)* Bueno, es que no me ha valorado todo el esfuerzo que estoy haciendo, sobre todo con el asunto de estar intentando dejar de fumar. Es que me está suponiendo una depresión… Y es que yo necesito afecto.

A: Tal vez el afecto que pueda recibir aquí, en la medida que yo reconozca y valore sus esfuerzos.

P: *(Asiente)* Es que yo creo que eso de dejar de fumar ha sido como una manera de intentar superar los problemas que me afectaban, la depresión por lo del premio, que la relación con J *(el amigo casado)* no funcione, que aquí tengamos dificultades. Y que si dejara de fumar sería capaz de superar todo eso. Pero al dejar de fumar me siento desorientada, como desorganizada, como si hubiera perdido mis referencias.

A: Es decir, que quizá yo no he apreciado suficientemente todo lo que intentar dejar de fumar significa, en cuanto una privación que le hace revivir muchas otras privaciones y carencias.

P: Sí, es que me he sentido como en la época en que estaba mal. Como si hubiera vuelto a entonces, cuando estaba desorientada, como si hubiera perdido todo lo que aquí he ganado durante el tiempo que llevo viniendo… Anoche tuve un poco esa sensación de cuando estaba mal que, aunque fumaba, tenía la impresión de que me faltaba el tabaco, porque pensaba que me habían vendido un paquete al que le habían quitado la nicotina de los cigarrillos. Y eso se manifestaba en producirme un estado similar al que tuve anoche, aunque no tan fuerte. Tenía la sensación de que me faltaba la irrigación sanguínea en el cerebro y el aire en los pulmones… Entonces le quería pedir consejo. ¿Qué le parece, dejo de fumar, o no?

A: Por lo tanto, el hecho de intentar dejar de fumar es algo más serio de lo que parece, es una privación que siente como la pérdida de algo vital, como la sangre para su cabeza, o el aire para sus pulmones; como si fuera algo que necesitara también para su vida mental. *(La paciente me escucha con atención. Y cuando dejo de hablar, permanece callada en un silencio reflexivo. añado:)* Y, por lo tanto, creo que espera que yo pueda darme realmente cuenta de que cuando se plantea algún tipo de cambio en su funcionamiento, en sus hábitos, que eso supone un esfuerzo tremendo de cambio mental. *(En esta sesión la paciente ha fumado según su ritmo habitual)*.

Comentarios a la sesión s-398

Creo que cuando la paciente me pide que yo haga de muro, es porque está muy angustiada, con auténtico pánico de enloquecer. El intento de dejar de fumar ha supuesto perder un objeto sustitutorio pseudocontinente. Ahora pienso que la desvalorización que

hace de mi aportación no procede tanto —aunque también— del aspecto «genio», narcisista, como interpreto y le muestro a ella, sino que responde a la necesidad de provocarme, de ponerme al límite, como ella misma dice, para que yo responda con firmeza y así ponga límites a una situación que ella no es capaz de contener.

Creo que el pánico de la paciente se relaciona con el hecho de que sus proyecciones no encuentren el objeto sobre el cual proyectar, de manera que la vivencia que experimenta es que se perderían en el espacio infinito, sumiéndola en una angustia catastrófica. Necesita pues provocar en mí una respuesta contundente, viva, que la contenga. Por lo tanto, el límite que ella pide en ese momento no sería tanto para que yo controle sus actuaciones destructivas, sino para no perderse, para que su vida mental no quede desparramada en las proyecciones de aspectos de sí misma y luego no le retornen o que se los devuelven de forma inadecuada. Es decir, el pánico estaría más relacionado con las ansiedades catastróficas, en el sentido que ya hemos visto, en cuanto a desorganización, desintegración o licuefacción. De ahí la necesidad de control del objeto, no para triunfar sobre él, más bien para verificar que este es tan fuerte como para contener lo proyectado.

También hemos visto, como le digo, el tremendo esfuerzo que supone para ella todo cambio psíquico. Cambiar puede significar perder las referencias que permiten un control de las proyecciones. Toda situación nueva, por cuanto desconocida, es más difícil de controlar.

Otra cuestión que surge en esta sesión es la transcendental importancia que fumar tiene para la vida mental de la Sra. B. Resulta muy expresiva su descripción del estado orgánico en que se encuentra cuando siente que le falta la sustancia activa del tabaco, la nicotina, bien sea por vivencias delirantes, como ocurrió tiempo atrás, cuando le quitaban la nicotina de los cigarrillos, o ahora, al dejarla por decisión propia: es como si la nicotina fuera para ella un principio básico para el funcionamiento de su cerebro y sus pulmones, lo que aporta «sangre» al cerebro y aire a los pulmones. Pero la nicotina vendría a ser también el principio «nutritivo» que ella se da para su funcionamiento mental. Y como el adicto, la carencia de la droga le provoca un profundo trastorno personal y orgánico: se siente desorientada, desorganizada, perdida y con temor a desintegrarse. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurría en los estados delirantes en los que eran otros quienes intervenían para que dejara de fumar (proporcionándole cigarrillos sin nicotina) ahora es ella misma quien decide dejarlo, quien, por decirlo de otra manera, quiere usar sus propias «piernas-recursos mentales» para asumir una decisión para cambiar algo.

Al mismo tiempo, el hecho de fumar supone un conflicto en la relación con la madre, que confirma la idea de que representa algo contra el objeto nutricio: la paciente trata de hacer sentir a la madre que la sustancia que extrae del tabaco es más importante para su vida que lo que ella pueda aportarle. Y al hacerlo patente para que la madre se dé cuenta consigue que esta se sienta agredida, en su desvalorización y desprecio como madre. Tal vez la madre pueda sentirse acusada continuamente, pues fumar se convierte en un acto que le hace recordar lo que ella no le ha aportado a la paciente. De ahí que esta diga que lo que la madre vive con el tabaco es algo que va más allá de la preocupación de una

madre por el perjuicio que el tabaco pueda ocasionarle a su hija. En la actitud de la madre frente a la adicción al tabaco de su hija, la paciente percibe odio hacia ella, probablemente todo el odio que en el hecho de fumar está implícito contra la madre. Es pues una situación en la que la Sra. B puede fácilmente proyectar su propio odio, pues encuentra un terreno muy apropiado en el odio de la madre, siempre encubierto. Y aunque la madre se esfuerza por neutralizarlo, adoptando actitudes razonables y sensatas, la insistencia de la paciente de fumar en presencia de ella, hace que acabe mostrando también sus sentimientos de odio contra la hija.

Dicha situación se aproxima a lo que la paciente me ha hecho vivir con frecuencia en las sesiones, aunque no frente al tabaco, a pesar de que habitualmente fuma un cigarrillo tras otro durante ellas, probablemente para probar si yo también podría incurrir en tomarlo como «caballo de batalla» entre nosotros. Pero como yo nunca le he dicho nada al respecto, no hay problema, aunque en ocasiones, cuando ha fumado menos en la sesión me lo ha advertido con satisfacción, dando a entender que ha sido porque la sesión fue bien. El «caballo de batalla» conmigo se plantea en otro terreno: el de las transgresiones de mi método de trabajo, como insistir una y otra vez en leer sus escritos en la sesión, en lugar de asociar libremente, y sobre todo en no echarse en el diván. Dejar el tabaco es también un ejemplo de vivir la experiencia de separación del objeto en términos de la realidad *concreta*. Aunque mi respuesta en la sesión es la de traducirlo en términos interpretativos, es decir, de simbolización más avanzada.

Identificación proyectiva patológica

Al igual que con la escisión, otro tanto sucede con la fantasía inconsciente de la identificación proyectiva. Como ya dije, aunque descrita inicialmente por Melanie Klein (1946, 1952) como una defensa, después ha sido reconocida también como un fenómeno psíquico imprescindible para el desarrollo del individuo y para la comunicación. Si lo consideramos desde el punto de vista del comienzo de la vida, se trata de contar con un procedimiento que permita la comunicación con el entorno para hacer saber cuándo las necesidades del individuo requieren de la participación de los otros para que puedan atenderlas, en un momento en que aún no conoce el lenguaje de las palabras. De nuevo, como en la escisión, cuando existe un fracaso de su funcionamiento, se fuerza el mecanismo de manera patológica, adoptando diversas formas en el paciente psicótico. La IP adquiere entonces un carácter de malignidad por la dimensión omnisciente de la fantasía, su carácter masivo y la frecuencia de su uso. Y lo que constituía un proceso psíquico al servicio del desarrollo de la vida psíquica del individuo, acaba convirtiéndose en un «recurso» antivida, antidesarrollo.

Rosenfeld (1971b), al estudiar los estados psicóticos, distingue varios tipos de identificación proyectiva, a los que les confiere una importancia desigual. Inicialmente,

diferencia dos: la *comunicativa* y la *evacuativa*. Aunque a veces pueden manifestarse al unísono, es conveniente diferenciar cuándo predomina una u otra. Para ello, siguiendo a Rosenfeld, el analista estará atento a la respuesta del paciente a la interpretación, bien sea integrándola en el discurso asociativo, en el primer caso, o bien con el rechazo, en el segundo. La identificación proyectiva comunicativa corresponde a la descrita por Bion (1962a), ya mencionada. Y luego añade tres más. Una que Steiner (2008) denomina *posesiva* en la que el objetivo del paciente es el control del objeto, y otra en la que el paciente experimenta la fantasía de estar viviendo dentro del analista que, a su vez, puede adquirir dos formas: una en la que vive en un *mundo delirante* completamente indoloro y con plena libertad para hacer lo que le plazca, y otra que denomina *parasitaria* en la que el paciente se comporta como un parásito a expensas de las capacidades del analista. Creo que estas dos últimas formas de identificación proyectiva descritas por Rosenfeld tienen especial importancia en la organización psicótica, y podremos observarlas en mi paciente. Antes, al comentar las sesiones s-395 y s-396, hice una descripción de diferentes tipos de IP.

La omnipotencia y omnisciencia de las fantasías

En los pacientes psicóticos la fantasía no sirve como un ensayo para el pensamiento, como una anticipación para imaginar las posibilidades de la realidad a enfrentar, que luego habrá que contrastar y verificar; en estos pacientes *la fantasía sustituye a la realidad.* En tal caso, más que de fantasía hablamos de idea delirante. Pero el carácter delirante de la fantasía unas veces está manifiesto mientras que en otras no tanto. Incluso en pacientes menos graves siempre encontramos un nivel de la fantasía investido de ese carácter de convicción que sustituye a la realidad, al menos provisionalmente, que se convertirá en un auténtico delirio si persiste después de contrastarlo repetidamente con la realidad que contradice a dicha «fantasía».

Una de las consecuencias del predominio de la dimensión omnipotente en la vida mental del paciente psicótico es que se convierte en un arma de doble filo. Por un lado, vive con la convicción de que puede «dominar» la realidad para evitarla; por otro, la realidad es percibida con ese carácter de omnipotencia, maximalista y absoluta, de manera que acaba transformándose en una realidad ilimitada, sin medida, inabarcable; cuando las cosas van mal y se convierte en persecutoria, también lo es en términos absolutos. Lo *ilimitado* y la *inconmensurabilidad de la realidad* son elementos suficientes para reactivar las *ansiedades catastróficas* de las que se pretendía huir con los mecanismos defensivos psicóticos.

5 Tomo la expresión de J. Steiner, quien la utiliza en su obra *Psychic Retreat* (1993), al describir una de las distintas formas de organización patológica.

6 «Narcissism can be seen not as a force in own right but as a negative reaction to connection to objects because

they are not identical and thus arose an *immune response* of hostility» (p. 92; cursiva nuestra).
7 Esta numeración indica el número de sesión de mis notas. Lo incluyo para dar al lector una idea aproximada del momento del proceso analítico.

4. CONSECUENCIAS DE LA DINÁMICA DE LA ORGANIZACIÓN PSICÓTICA DE LA PERSONALIDAD

En primer lugar, haré una descripción general de las consecuencias de la dinámica y de las bases psicopatológicas expuestas en el capítulo anterior, luego expondré un material clínico que recoge la presencia de varias de tales repercusiones casi de forma simultánea lo que ocupará todo el presente capítulo. La descripción pormenorizada de otras consecuencias, acompañada de la correspondiente ilustración clínica, queda reservada para los capítulos siguientes.

Descripción general de las consecuencias de la dinámica de la OPsP

Las consecuencias derivadas de una dinámica de la OPsP no son sino formas alternativas de suplir al continente mental limitado para gestionar el dolor inevitable del contacto con la realidad. No pretendo hacer una relación exhaustiva de todas las posibles manifestaciones clínicas resultado del funcionamiento psicótico. Me limitaré a aquellas que pude observar en la paciente en la que se basa este libro. Por ello, tampoco dedicaré la misma extensión a todas las que cito.

Distingo dos ámbitos: consecuencias sobre la misma personalidad y efectos «relacionales». En cuanto a los efectos sobre la personalidad, pueden apreciarse en tres áreas importantes: el pensamiento, el cuerpo y la actuación, que adquirirán una presencia y protagonismo diferente del que es habitual en una personalidad en la que existe una mayor capacidad de contención de la realidad psíquica.

CONSECUENCIAS PARA LA PERSONALIDAD

Efectos sobre el pensamiento

Capacidad de simbolización restringida y predominio del pensamiento concreto

Toda simbolización conlleva un elemento doloroso por el duelo implícito en el paso de abandonar el objeto por el símbolo que lo representa. En la medida que la tolerancia al dolor está limitada, también la capacidad para la simbolización. El pensamiento concreto evita ese paso, al percibir una realidad sin mediación, es decir, representación; por lo tanto, la realidad *es* igual a aquello que se nombra o piensa.

El pensamiento delirante

Es la otra consecuencia de la limitación de contención del dolor psíquico. Cuando predomina un funcionamiento no psicótico, el pensamiento es el rodeo necesario para «concebir» la realidad que percibimos, con la tolerancia del dolor concomitante a dicha concepción. En la OPsP el individuo tiene serias dificultades para tolerar este proceso, por lo que ha de organizar su mente mediante el predominio de una «concepción» de la realidad más tolerable. Es el pensamiento delirante.

Manifestaciones somáticas

Cuando existe el predominio de una personalidad suficientemente continente, podríamos decir que la relación entre psique y soma es, en este orden psique-soma, esto es, con predominio de la primera sobre el segundo. Por el contrario, en la organización psicótica, cuando no ha sido suficiente con el uso de las dos áreas anteriores, el orden se invierte: la prioridad corresponde al soma, a fin de que el cuerpo sea receptáculo de aquello que no ha podido ser contenido mentalmente. Entonces se manifiesta en forma de síntomas hipocondríacos que, cuando son intensos, se transforman en delirios somáticos.

La actuación (acting-out)

El paso a la acción es necesario en toda organización de la personalidad no psicótica para que pueda manejarse con la realidad y transformarla, aunque incluye una fase previa en la que interviene el pensamiento que anticipa y prefigura la acción. En el caso de la OPsP, al quedar limitado el pensamiento por la reducida capacidad de contención, es necesario pasar a la acción como requisito previo para aliviar dicho dolor, así como para después negar o atacar la realidad insoportable. O bien pasar a la acción en función del pensamiento delirante para tratar de modificar desde una posición omnipotente la realidad insoportable.

CONSECUENCIAS RELACIONALES Y OTRAS CONSECUENCIAS

Entre las consecuencias relacionales que veremos en el caso a continuación nos

encontramos con problemas de comunicación, tanto internas —del paciente consigo mismo— como externas —con los demás, en especial con el analista—. La forma de comunicación también se verá afectada en cuanto al uso tanto de la comunicación verbal y el estilo de asociación libre como de la extra verbal. Asimismo, cabe destacar la hipersensibilidad perceptiva, en particular respecto del objeto. Expondré también algunas otras consecuencias que me han parecido destacables en mi práctica clínica, en particular la vivencia de vacío mental.

Pluralidad de vías de expresión: emocional, somática y delirante

La Sra. B, como ya dije, está diagnosticada de esquizofrenia paranoide. El siguiente material clínico resume un mes de sesiones (de la s-415 a la s-424) después de transcurridos treinta días desde la hospitalización de tres semanas, cuando llevábamos algo más de tres años de análisis. Explicaré las circunstancias en torno al internamiento y sus consecuencias, sentido por la paciente como «un auténtico trauma». Otra cuestión que podrá apreciarse en este material son las dificultades para mantener el encuadre analítico con tales pacientes.

Durante las semanas previas a las vacaciones estuvimos tratando lo que suponía para la Sra. B la separación, pues por experiencia de otros años sabíamos cuán difícil resultaba para ella; de hecho, los años anteriores tuve que restringir mi período de vacaciones. La paciente estuvo bastante en contacto con esta separación, en un estado depresivo y ansioso ante el temor de no ser capaz de soportarlo, y con dudas sobre si sería peor hablar de ello, pues estaría mal antes de que comenzaran las vacaciones e incluso no evitaría deprimirse durante y después de ellas.

Una semana antes de la interrupción, la Sra. B comienza a faltar a las sesiones, con la idea de que no le hacía falta el análisis, pues ya se bastaba ella sola. El primer día del inicio de mis vacaciones me llama para comunicarme que había decidido ir al hospital psiquiátrico donde estuvo ingresada en ocasiones anteriores, para ver si el Dr. X, quien la había tratado entonces, querría hacer el amor con ella. Puesto que yo he de marcharme, la remito al Dr. M (el psiquiatra que controla la medicación) y le recuerdo el calendario de sesiones acordado, tras los quince días de mis vacaciones.

A la vuelta, justo el día antes de la primera sesión planificada con ella, me llama para informarme que ha ido mal; ha intentado agredir a los padres con un cuchillo. En ese momento estaba esperando al Dr. M, a quien han avisado y teme que la ingresen. Le recuerdo que al día siguiente teníamos sesión y quedamos que intentaría venir. Ese día, el Dr. M, me informa que atendió a la Sra. B ayer por la tarde, después de que ella hablara conmigo, y que la acompañó al hospital sin que opusiera resistencia alguna, contrariamente a lo que temían. De hecho, él prefirió ir acompañado de un enfermero

por si hacía falta llevarla a la fuerza.

La semana siguiente al ingreso, acordamos con los compañeros del hospital que la paciente saliera de permiso acompañada los dos días de la semana ya planificados para sus sesiones durante su internamiento, previsto para dos semanas. Ante la dificultad física importante de la paciente, de debilidad y cansancio que no le permitía trasladarse, propuse ir a visitarla al hospital, lo que ella aceptó sin problemas.

En *mi visita en el hospital*, la Sra. B se encontraba bastante somnolienta, con dificultad para articular palabra, probablemente debido a la medicación prescrita, al parecer en dosis altas, pues el estado de ansiedad y el insomnio no remitían fácilmente. No obstante, pudo explicar su preocupación por el hecho de que se hubiera producido otra crisis. Ella lo vivía, o en parte así pude entenderlo y hacérselo ver, como si con el internamiento parecieran haberse estropeado muchas cosas de su vida, entre otras la relación conmigo y el trabajo analítico conjunto, y parecía que ella se sentía incapaz de remontar esa situación. Me lo explicó en términos delirantes: la humanidad había pasado épocas horrorosas, como cuando hay guerras, y luego se hace difícil remontar las catástrofes. No se sentía con fuerzas. Salir del hospital suponía para ella, por un lado, enfrentar la realidad del fracaso del trabajo que habíamos hecho; estaba dolida porque en alguna medida, al sentirse dejada por el analista durante las vacaciones, ella había contribuido con su rabia a dicho fracaso; por otro lado, estaba la gran dificultad de hacer frente de nuevo a la lucha por las cosas de su vida. Acordamos, no obstante, la posibilidad de que el análisis pudiera ayudarle a retomar ese trabajo, si lo hacíamos despacio, y acordamos la próxima visita en mi despacho.

La paciente no acude a la sesión, como tampoco a las dos siguientes planificadas. Cuando ya estaba a punto de volver a proponerle nueva visita en el hospital, ella misma llama para venir a la sesión.

La *primera visita (s-415)* en mi despacho es un martes y han transcurrido nueve días desde nuestro último encuentro en el hospital después del internamiento. Me trae un ejemplar de un libro suyo que se acaba de publicar. Lleva veinte días internada. La veo relativamente tranquila. «¡Uf!, ¡hay tantas cosas…!», dice. Sin embargo, se pasa la sesión hablando de mí. Me ve sufriendo mucho, dice, y que estoy muy solo por todo lo que he de soportar. Percibe mucha soledad en mí, insiste. Le comento que si me ve solo, debe dudar de mi capacidad para acompañarla en las muchas cosas que parece necesitaría compartir y yo soportar, por todo lo que ha ocurrido durante esta interrupción. Protesta un poco, que no, que es una cuestión mía, de si yo quiero seguir desesperadamente solo. En otro momento dice que se siente como una hiena que ladra a la luna y añade, tras una pausa: «Usted tan correcto, tan bien vestido [¡visto mi ropa habitual!] y yo sucia, con esta ropa». Le digo que quizá puede reconocer mi esfuerzo en darle compañía, mientras que una parte de ella me ladra. ¿Y la otra?, pregunta. «Pues, es la que sabe que sí estoy tratando de ayudarla», respondo. Replica que no quiere volver al hospital, y la decisión depende de mí. Le explico que en cierta manera es verdad, en el sentido de que depende de aquí que consigamos más libertad de expresión y que no se

vea encerrada. Pero, por otra parte, está el temor del que habló en el hospital, de lo brusco de la salida, al reencontrarse de pronto con las cosas de su vida y si realmente se siente preparada. Quedamos para la siguiente sesión programada, el viernes.

No hacemos la sesión del *viernes* porque encuentra la puerta cerrada. Me quedé esperando a que llegara a la sesión. Poco después, recibo una llamada de los padres, preocupados, que ponían en duda la versión de la paciente de haber venido y que yo no había querido recibirla. Extrañado, les dije que ella me llamara para aclarar lo sucedido. Llama enseguida, y al preguntarle por lo ocurrido, contesta que yo lo sé perfectamente y me cuelga. Más tarde vuelve a llamar. Entre tanto yo he hablado con el psiquiatra y le informo de la situación para que se lo comunique a ella, pues él la vería esa tarde.

Cuando la Sra. B vuelve a decirme que yo sé qué ha sucedido le explico, hasta donde conozco, lo que ha debido pasar. Por lo visto, como los padres no pudieron acompañarla, lo hizo una «cuidadora». Encontraron cerrada la portería de mi despacho, pues el portero debió salir en ese momento, y debió marcharse, pero no al hospital, según lo acordado, sino a casa de los padres. Le reconozco que debe haber sido muy difícil para ella encontrar la puerta cerrada después de todo el esfuerzo de venir desde el hospital, y que una inoportuna casualidad le impidiera tener su sesión; pero parece que preferiría pensar que había sido yo quien por voluntad propia no quise abrirle la puerta.

Los tres días siguientes, *jueves, viernes y lunes,* no acude a la sesión. Aunque cada día ha llamado por teléfono para explicar su imposibilidad para venir. Al principio decía que por encontrarse débil físicamente. Le comento que quizá sentía que la relación conmigo estaba también debilitada después de la mala experiencia de encontrar la puerta cerrada, pero que si no teníamos sesión, la relación podría debilitarse aún más. Me responde que está muy deprimida. Le digo que, en alguna medida, puedo hacerme cargo de la situación que está viviendo porque después del mes tan difícil que ha vivido, cuando había posibilidad de retomar las cosas aquí, según hablamos, parecería que yo se lo he impedido.

El *lunes* por la mañana llama para decirme que la situación económica de los padres es de ruina y no podrán continuar ayudándola a pagar el tratamiento. Por lo tanto, tendría que cancelar el análisis, porque ella sola no puede costearlo. Le digo que en cualquier caso es una cuestión que podemos hablar; que aún si las circunstancias económicas imposibilitaran la continuidad del psicoanálisis, no sería precisamente ahora cuando tuviera que interrumpirse, porque, como sabemos, está pasando por un momento delicado y difícil. Y además de todo eso, tengo la impresión —añado— de que cuando ella me habla de ruina, tal vez podemos entender también que se trata de la ruina en la que se encuentra la relación conmigo, así como de todo el trabajo que hemos venido haciendo durante estos años; como si todo eso se hubiera perdido, con el sentimiento de que no hay posibilidad de recuperarlo. Aunque yo creo —continúo— que precisamente por todo el trabajo hecho, podemos tratar de ver qué es lo que se puede rescatar. Algo más animada y tranquila, contesta que quizá sí, pero necesita tiempo para reponerse, y que «ya nos iremos llamando». Ante el temor de que sea una forma de evitar la relación

conmigo que siente ruinosa, le comento que justamente si no viene puede deteriorarse más, así que —le digo— yo estaré a la hora de su sesión, para posibilitar que hablemos de todo esto personalmente. Contesta que no tenga tanta prisa (en buen tono), que ella necesita recuperarse y recuperar la relación de aquí, y que «ya nos iremos llamando».

El *mismo lunes,* poco después de su hora de sesión, llama para decirme que no ha podido venir porque ha tenido que hacer cosas. Que a ver cómo se encuentra mañana.

El *martes* telefonea cuando ha transcurrido media hora de su sesión, y con voz muy débil me informa de que no ha podido acudir porque sigue muy deprimida, que apenas se levanta de la cama, aunque está vestida. Le recuerdo lo que hablamos sobre la relación analítica ruinosa y la necesidad de seguir hablando. No cree que solo hablando pueda salir de esta depresión. Le recuerdo la última sesión que hicimos aquí, mientras aún estaba en el hospital; preocupada por las dificultades que se le presentaban tras el alta, pero dispuesta a tratarlas, aunque quizá la *depresión* de la relación conmigo está haciendo un poco más difícil esa tarea. Responde que ve difícil que pueda salir de ese estado, porque la única manera sería si hubiera una auténtica interrelación entre ella y yo, lo que no ve posible ahora. En algún momento de la conversación, a diferencia de otras ocasiones difíciles, expresa que le sabe mal por mí no poder asistir a la sesión.

Comentarios en torno al internamiento

La paciente no pudo soportar la separación producida por las vacaciones. A pesar del cuidado en programar una interrupción menor que el año anterior, seguía siendo mucho para ella. Su primera reacción es negar la separación, diciendo que ya no necesita del análisis y dejando de venir a las sesiones antes de que se produzca. Y justo el día anterior al inicio de mis vacaciones, es ella quien me rechaza y me sustituye por el psiquiatra del hospital a quien irá a pedirle «hacer el amor». Es decir que ante la realidad intolerable de la separación del analista, ella lo sustituye por otro profesional con quien, en su fantasía delirante, podrá consumar una relación completa, incluso físicamente. De alguna manera, internarse en el hospital no deja de ser una forma por la que ella «penetra» en el ámbito físico (hospital) que representa al psiquiatra sustituto del analista. Obviamente, este aviso es como un ultimátum de que ella hará fracasar el análisis con un nuevo internamiento, si yo mantengo mis vacaciones. Si no cedo, me dejará con la preocupación de una descompensación inmediata, proyectando en mí su malestar, para que yo no pueda marcharme tranquilo.

Para negar la realidad dolorosa de la separación inevitable, parte del supuesto de que la estoy abandonando por voluntad propia. Por eso la remito al psiquiatra que la atiende para el control de medicación y le recuerdo las fechas programadas para la vuelta, asegurándole así mi compromiso de que entonces estaré aquí. Curiosamente, la paciente pudo aguantar sin descompensarse durante los diecisiete días que duraron las vacaciones analíticas. No necesitó ir a «hacer el amor» con el psiquiatra del hospital, internándose allí, como me amenazó. Pero justo el penúltimo día ocurre el derrumbe, que ella se cuida

mucho de hacérmelo saber. Se entiende que no oponga ninguna resistencia al internamiento porque se trata de una actuación dirigida (inconscientemente) contra el analista, para hacerme saber que ha fracasado el trabajo analítico que venimos haciendo… porque este incluye la separación de vacaciones.

Hay una reacción vengativa con componentes perversos, al pretender que yo sufra lo que considera que yo le hice sufrir al «dejarla» durante las vacaciones. Haber esperado hasta el día siguiente y venir a la sesión habría significado darme la razón de que ella había sido capaz de esperar hasta la vuelta, aunque con mucho esfuerzo. Es verdad que al mismo tiempo le preocupa que haya habido este predominio del funcionamiento psicótico, y lamenta el daño que ha hecho al analista y al trabajo analítico conjunto (la «ruina» de la que habla).

La amenaza a los padres con un cuchillo puede tener varios sentidos. En primer lugar, ella sabe que la agresión física, y en particular contra ellos, ha sido motivo de ingreso en otras ocasiones antes del análisis, por lo que con esa actuación «garantiza» su internamiento. En segundo lugar, los padres constituyen unos representantes del analista, en cuanto personas de quienes depende.

Así pues, si «provocar» el internamiento implica un ataque al analista, la paciente no puede venir a mi despacho porque se siente muy perseguida por mí. En cambio, puede recibirme en el hospital donde se considera más protegida, al no ser «terreno» del analista. Al mismo tiempo, está preocupada por el estado de la relación analítica, preocupación expresada a través de sus ideas delirantes respecto de la crisis de la humanidad, así como de su debilidad, manifestada también corporalmente, y que la imposibilita hacer frente a toda la tarea de reparación del trabajo analítico estropeado.

No acude a las sesiones siguientes previstas en mi despacho, aunque sigue llamando cada día de sesión. El «pretexto» (obviamente, no es consciente de todo esto) que aduce es su debilidad física; no obstante, necesita mantener la comunicación conmigo, aunque sea por teléfono. Finalmente, puede desplazarse y la sesión se centra en su preocupación por mi sufrimiento en soledad. Es decir, no solo proyecta el sufrimiento y soledad que ha padecido durante las vacaciones, sino que me coloca en situación de que soy yo el que realmente necesita ayuda, y que ella me la podría proporcionar. Con esto trata además de ofrecerse para una reparación maníaca, por el daño que ha causado a la relación analítica.

El desafortunado incidente de la puerta del despacho cerrada cuando viene a la sesión siguiente programada, en un intento de recuperar la confianza en el analista, la convence de que en efecto yo no he querido recibirla, porque he actuado mi venganza, por lo cual ella puede ahora sentirse a su vez dolida y cautelosa.

Antes de su regreso a las sesiones, durante el mes de septiembre llamaba casi cada día. Se encontraba débil, cansada, con *pocas ganas de comer y con dificultad para digerir lo que come.* Muestra un estado depresivo, regresivo. A mediados de mes llama para decir que había decidido no volver a las sesiones porque *no sirvieron para evitar el internamiento*, aunque reconoce que le ha ayudado en otras cosas. En esas llamadas, conecto su dificultad para volver al análisis con el hecho de que hubiera encontrado la

puerta cerrada el último día que intentó venir a sesión. Diez días después, lunes, llama de nuevo y me comunica que ha pensado en la posibilidad de reanudar el tratamiento. No acude ese día, pero sí al siguiente.

Horas antes de su *sesión del martes (s-418)*, encuentro un mensaje de la Sra. B de que tiene hora de visita con la médica (internista), pues sigue baja «de presión» (arterial), pero tiene intención de venir si no se encuentra peor. Acude puntual. Tiene bastante buen aspecto. Yo diría que incluso ha engordado algunos kilos. Cuidada en el vestir y un poco maquillada. Me entrega el segundo librito de poesía que le han publicado. Explica *el motivo que le ha hecho pensar en volver* a la terapia. Tiene que ver con el asunto de los amores imposibles. Su tendencia a enamorarse de personas que están casadas con las que no hay posibilidad de llevar a cabo la relación. Lo habló con un amigo —casado— y por quien también existe una atracción; él le dijo que eso tendría que hablarlo aquí. Tras esta conversación acabó por tomar la decisión de hablarlo en sesión.

Durante este tiempo han pasado muchas cosas, dice, la peor, el «trauma del internamiento». Ha sido muy duro y doloroso. Y este hecho ha constituido para ella una prueba de la existencia de los «extraterrestres» y la «maquinita». Y no aceptará más que la engañemos, diciéndole que no existen. Reconozco que ha pasado mucho tiempo y en circunstancias difíciles, como el internamiento, que no pudimos evitar desde aquí, y las dificultades para retomar la relación conmigo. *Recuerda* cuando me llamó por teléfono (justo el día antes de las vacaciones) con aquella idea tan rara, o loca, dice, de que se quería acostar con el psiquiatra del hospital y por eso quería ingresar. *Le digo* que lo recuerdo, que precisamente fue el primer día de mis vacaciones; y que durante la semana que no vino, a la vuelta, yo ya estaba aquí, que ella lo sabía, pero tal vez sintió que, al marcharme de vacaciones, la abandoné, por lo que luego es ella quien me deja y provoca el internamiento.

Reclama que, de todas formas sigue pendiente lo que me dijo en la última sesión a la que vino, que no estaba dispuesta a que le mintiera en cuanto a la existencia de los extraterrestres (yo no recordaba tal cosa). E incluso «pienso que usted ha tenido que ver con lo de mi internamiento. Aunque luego pienso que en realidad no fue usted, sino el Dr. M [el psiquiatra que controla la medicación] el que me internó». Le respondo que ha pasado tanto tiempo, unos dos meses, y tantas experiencias duras, sin estar yo presente con ella, que tal vez me he convertido en alguien muy lejano, como un extraño, hasta cierto punto. Quizá mi relación con el internamiento puede ser porque este se origina a partir de que yo decido hacer las vacaciones que le producen en ella una situación insoportable.

Replica que en realidad piensa que *yo mismo debo ser un extraterrestre*. Y me pregunta si lo soy. Recuerda también que tiene presente aquello que ha comentado otras veces, si yo soy el doble, el gemelo del Dr. PS. Es decir, que existe el Dr. PS que la ayuda y el Dr. PS que la rechaza. Tal vez este último debe ser el extraterrestre, concluye. *Le comento* que si yo le dijera ahora que sigue existiendo el Dr. PS que la ha acompañado durante varios años, tratando de ayudarla, por ejemplo en lo de «caminar con sus propios zapatos» (asiente con la cabeza y reconoce que es así), no sé si

permitiría recuperar a este Dr. PS. Aunque parece que está más presente el Dr. PS distante, el extraño, después de tanto tiempo, el que no evitó el internamiento. Termino diciéndole que de todas formas quizá ella se da un margen de confianza para intentar comprobar si es posible recuperar al Dr. PS que la ayuda, pues intuye que es posible que aún esté aquí. «Si claro —responde—, pero si me dijera ahora que no es un extraterrestre tampoco me lo creería del todo…». Tiene miedo, añade, a engancharse otra vez conmigo, y volver a la historia imposible. Además, durante el período anterior al internamiento ha podido sobrevivir, recuperar sus capacidades y hacer uso de ellas, o al menos de algunas de ellas.

La publicación del segundo libro le ha ayudado. Se encontró con gente y pudo regalárselo. Aunque piensa que no va a estar sin hacer nada más. Tampoco quiere eso de venir aquí cada día y pensar que las tardes ya están llenas con las sesiones y colgarse otra vez de aquí. Así que ha pensado que podríamos reducirlas a dos o tres, para que los otros días sean de ella, y valerse por sí misma. Porque si no, es volver a lo de la niña y la enferma, cuando estos días, aunque con dificultad, ha podido hacer uso de sus recursos para salir adelante y sobrevivir. Y concluye: «Pero como ahora hay tantas cosas, tal vez podríamos continuar cada día [las cinco sesiones a la semana] para luego ir reduciéndolas, dentro de un mes, o algo así». Consiento en dejar abierta esta cuestión. Al final de la sesión comenta que me ha traído el librito publicado con mucha ilusión porque, en cierta manera, está escrito desde aquí, a partir de las cosas que hemos ido hablando.

Comentarios a la sesión s-418

Durante todo el mes de septiembre ha persistido la bajada «de presión», es decir, la *depresión* expresada somáticamente. Si bien inmediatamente después del internamiento su ausencia de las sesiones parecía generada por ansiedades persecutorias, por el temor a mi venganza por haber hecho fracasar el tratamiento, el incidente de la puerta del despacho cerrada vendría a confirmar mi rechazo. Necesita varias semanas —de llamar por teléfono— para verificar hasta dónde llega mi disponibilidad, incluso con la amenaza de interrumpir el tratamiento. Es curioso que el motivo que aduce para volver sea su problema de enamorarse de *personas casadas*. En cierta forma, la paciente ha podido experimentar en el tiempo que llevamos de análisis, y especialmente con el internamiento, que mi compromiso está con mi método de trabajo, o dicho de otra manera, con la realidad en la cual se establece esta relación. La Sra. B puede reconocer entonces que tiene un problema en aceptar el compromiso con la realidad, y que es aquí en el análisis precisamente donde sería posible tratar esta cuestión.

Una vez en sesión, necesita revisar el «trauma del internamiento» y el papel que yo he desempeñado en él. Todavía le resulta imposible aceptar la realidad de lo ocurrido: el analista tomó vacaciones a pesar de lo dolorosa que era para ella esa separación. No le cabe en la cabeza que el Dr. PS que la ayuda haya sido capaz de «abandonarla», sabiendo lo que significa para ella la interrupción; por lo tanto, debe haberse producido

alguna intervención ajena, de los extraterrestres quizá, e incluso yo mismo puedo ser uno de ellos. Aunque para preservar al Dr. PS que le ayuda debe inventar de nuevo al hermano gemelo que la rechaza y el Dr. PS extraterrestre, mediante una escisión radical. Acepta mi interpretación de reintegrar a la relación analítica al Dr. PS que la ayuda, sin negarle su convicción de la existencia del otro, el que se ha ido de vacaciones, lejano, extraño, casi como un extraterrestre, que no ha sido capaz de evitar el internamiento.

El tema del hermano gemelo del analista —ya mencionado al hablar de la escisión patológica— tiene aquí un matiz diferente. En aquella ocasión, el gemelo del Dr. PS no era psiquiatra, ni estaba casado, ni tenía familia. En cambio, ahora se trata de dos doctores, uno que la ayuda y otro que la rechaza, ambos presentes. Aunque no sabría decir en qué proporción. Quizá a partes iguales o alternando según el momento de la sesión. Por ejemplo, expresa su ilusión en traerme el librito que ha publicado por lo que significa de fruto del trabajo hecho aquí; obviamente, con el Dr. PS que la ayuda. Hasta que llegó al análisis no había sido posible publicar sus escritos. Ahora aparece el segundo libro. Esta escisión es diferente de la que también vimos en el capítulo anterior, en la que yo soy el gemelo que vive sus sentimientos a la par que ella.

Para la Sra. B es inadmisible que el Dr. PS que la ayuda desde hace algo más de tres años, incluso en tantos momentos de desesperación, sea el mismo que la abandona durante las vacaciones. Por lo tanto, la escisión tiene un carácter radical, en el sentido de que la parte de realidad vivida con el Dr. PS que le ha ayudado ha quedado borrada, mientras que la que percibe —aunque no en exclusividad— es la del Dr. PS extraño, no humano. Porque solo este Dr. PS extraterrestre no es apto para comprender su dolor ante la separación, o peor aún, que comprendiéndola persista sádicamente en abandonarla para hacerla sufrir. Así pues, ella no se creería si yo le dijera que no soy un extraterrestre, pero tampoco si le dijera que lo soy. De todas formas vuelve a la sesión y, por lo tanto, en algún rincón de su mente —en la parte no psicótica— persiste el otro Dr. PS que la ayuda.

En una sesión de *jueves (s-419)*, de la semana siguiente, dice que aquí ha aprendido a vivir la infancia, pero encontrando no a la madre que rechaza, sino a la madre que no rechaza, y precisa sonriendo: «Aunque tampoco eso es cierto del todo, pero ¡vamos! en líneas generales, podría decirse que sí». También aquí ha podido encontrar al padre firme, añade, en lugar del padre frágil de casa. Por lo que ahora ve a la madre de manera más realista, en el sentido de que tiene limitaciones. Le comento en esa sesión que entonces ella podrá hacer demandas también más realistas, es decir, más asequibles, tanto a la madre como a mí.

Varios días después, un *martes (s-420)*, tras un fin de semana más largo, pues el lunes fue fiesta, la paciente viene a la sesión interesada en que le ayude a saber *qué pasa con su cuerpo*. Querría saber por qué la enfermedad (aquí, referida a la física) ha sido consustancial a su persona a lo largo de toda su vida. Quiere que yo le ayude a entenderlo. Es cierto que aquí hemos visto muchas respuestas parciales, dice, pero necesitaría algo más global. El asunto de la enfermedad autoinmune, que es el

diagnóstico provisional emitido para el cuadro de diarreas persistentes que padece tras el internamiento, tal vez tiene que ver con todo esto, añade. Se enfadó cuando el viernes pasado yo le planteé si lo de la enfermedad autoinmune no tendría que ver con la cuestión de su envidia de la que ella misma había hablado como uno de esos sentimientos malos que ha descubierto en el análisis, del que quisiera deshacerse. Quiere saber, insiste en la misma sesión, qué pasa con su cuerpo. Y me comunica sus reflexiones.

Siempre ha deseado estar delgada, y por eso, en general, siempre ha comido poco. Por razones diferentes. De adolescente, era una chica más bien «llenita», con pecho, pero entonces quiso imitar a una modelo de ropa famosa por aquellos años, aunque también «debía haber algún problema con aceptar mi feminidad», precisa; luego dejó de comer por solidaridad con los niños pobres del mundo que pasan hambre. Y pasaba tanta hambre que había llegado hasta delirar; aunque no solo por eso, aclara, pero en parte sí.

No sabe si el asunto de su enfermedad (de su cuerpo) también puede estar relacionado «con la manera ambivalente como mi madre me daba la comida de pequeña: *no como hacen las madres que le dan de comer a sus hijos con ganas, con interés, con placer».* Aunque el problema ahora parece que es otro, que le cuesta asimilar lo que come y por eso las diarreas, dice. En realidad, continúa, desde hace un año (recuerdo al lector que en este momento llevamos algo más de tres años en análisis) come más, incluso selecciona la comida, a diferencia de antes que comía cualquier cosa. Pero el problema ahora, parece, que es la *enfermedad autoinmune la que le impide asimilarla.*

En la misma sesión comenta que tal vez está hablando mucho para evitar tratar lo relacionado con el doloroso fin de semana pasado en el que ha habido muchas cosas. Es verdad, le digo, que no puede hablar de todo, de esto y de lo otro, como a veces pretendía, y que la sesión tiene un tiempo limitado. Dice que sí, pero cuando se encuentre en casa sentirá doloroso haberse privado de hablar de todo lo del fin de semana. Reconozco el hambre de saber de su enfermedad, pero le digo que como son tantas cosas, necesita que se traten una a una, de manera lenta, precisamente porque la dificultad ahora no es de hambre, como antes y después de las vacaciones, cuando no quería venir aquí, sino la dificultad para asimilar lo que se le dice, lo cual requiere del ritmo adecuado.

Poco antes de acabar la sesión comenta qué le resultó doloroso el fin de semana. Después de la sesión del viernes escribió un cuento, tras cuatro meses sin escribir, y le salió uno precioso. Me explica el cuento. Un hombre relata que se enamora de una mujer. El hombre se convierte en niño y le pide a ella que se haga niña también y así podrán jugar con la lluvia. Ella hizo con la lluvia una escultura, una niña, que era ella misma. Lo doloroso fue la reacción tibia de la familia, pues no pareció gustarles mucho. Luego estuvo sola, sintiéndose mal, con diarrea y vómitos. Le digo que quizá sintió que no escuchar elogios del cuento era como si la rechazaran, como si vomitaran su escrito y a ella misma. No solo por no darle el valor literario que tuviera, sino por no reconocer el esfuerzo que había realizado, al escribir después de tantos meses sin hacerlo.

Comentario a las sesiones s-419 y s-420

En primer lugar, la paciente está interesada en saber de su enfermedad corporal, es decir, en lo que esta pueda estar influenciada por su vida emocional. Está claro también que desde hace un año tiene más «hambre» y come más. Tal vez la experiencia analítica le está permitiendo aceptar mejor su necesidad de «comida» y el reconocimiento del objeto-analista que se la proporciona. Aunque deberíamos excluir el período en torno a la hospitalización. El problema ahora estriba en la dificultad para asimilarla, en particular lo que puede recibir en las sesiones.

Probablemente, su limitada capacidad para «digerir» lo recibido es antigua (ya en las primeras entrevistas me informó que de pequeña debían darle la leche a «cucharaditas» porque si no la *devolvía*), pero parece que ahora es más manifiesta en la medida que ha aumentado la aceptación de su necesidad y la tolerancia para recibir lo que le dan. Antes podía pasar tanta hambre que llegaba a delirar. Es decir, la negación de la necesidad estaría en la base de la negación del objeto que la puede satisfacer, de manera que el delirio es lo que vendría a alimentarla. Ahora puede aceptar el objeto nutricio, pero entonces surge el problema de su precaria capacidad para asimilar lo ingerido, que es rechazado, quizá como un cuerpo extraño.

Por otra parte, es muy interesante la idea de la paciente sobre cómo le está ayudando el análisis. En la transferencia está aprendiendo a vivir la infancia, de manera que el analista no es el objeto-materno que rechaza, «sino que aquí encuentra a la madre que *no* rechaza». Es decir, no habla de un objeto receptivo, sino de un objeto que *no rechaza*. Lo importante es no ser rechazada. Este es justo el problema que se le plantea, su rechazo de la comida que le proporciona el objeto, porque constituye algo ajeno a ella, que procede del otro y con lo que no puede identificarse. Cabría pues la hipótesis de que pacientes tan sensibles al dolor psíquico por la poca tolerancia a la frustración de la realidad no pueden aceptar aquello que no es como ellos. Y para aprender a aceptar lo que el otro les proporciona, aunque sea «a cucharaditas», primero tienen que vivir la experiencia de una relación con el objeto que tolere la identificación proyectiva de rechazo. Solamente así, cuando el objeto ha dejado claro que puede aceptarla, la paciente podrá reintroyectar esa posibilidad de aceptar lo ajeno que procede del objeto. Creo que el incidente de la puerta cerrada del despacho se entiende mejor desde esta perspectiva: cuando la puerta del despacho se cierra porque hay vacaciones, ella no lo tolera y responde de manera vengativa provocando el internamiento. En cambio, cuando la puerta no está abierta en un día de sesión, no puede imaginar siquiera que haya ocurrido alguna circunstancia ajena a la voluntad del analista. En ese sentido, está convencida de que es un acto deliberado de rechazo.

Por otra parte, existe un reconocimiento de lo aprendido en el análisis que no se apoya en una idealización de la relación analítica y una desvalorización de los objetos primarios, madre y padre. Al contrario, primero relativiza, con ironía, que aquí no hay rechazo, y ha de matizar, «bueno, en líneas generales», para luego fijarse en la madre de una manera más realista y menos exigente, sin por ello desvalorizarla.

Las sesiones que siguen forman parte del período del mes posterior al internamiento. Veamos la sesión de un *viernes (s-422)*. En otras sesiones de no hace mucho la Sra. B

había comentado sobre algo doloroso de lo que no quería hablarme, pero en esta sesión parece dispuesta a intentarlo, aunque la decisión de hacerlo no es del todo clara. Se trata de las vivencias delirantes del último internamiento. «Y cuando lo explique, usted pensará que estoy como una cabra», añade con ironía. Días antes del internamiento estaba convencida de que dos chicos conocidos de un bar, a los que había ayudado a resolver unas gestiones meses antes, eran extraterrestres. La Sra. B esperaba ser raptada por ellos. Y una noche quedó esperándolos. En este momento aclara que el hecho de ser *extraterrestres* conlleva unas características que quizá nunca había descrito tan abiertamente: son unos seres malos, es decir que generan el mal, tienen la capacidad de adoptar múltiples personalidades, y poseen ciertas capacidades, como hacer aparecer y desaparecer objetos. También están condenados a la eternidad.

Esta descripción me sorprende, pues hasta el último internamiento «los extraterrestres» eran entes que le «facilitaban» la vida: le enviaban mensajes sobre los sentimientos de los demás y de los propios, librándola de tener que responsabilizarse de lo que percibe de los otros y de ella misma. En cuanto al suceso de amenazar con un cuchillo a los padres, este ocurrió para defenderse del contacto físico de la madre, que ella lo presintió como un contacto homosexual, y, por lo tanto, incestuoso. Luego relata la dolorosísima experiencia en el hospital psiquiátrico, pues su intenso pánico y lo que más temía era que los extraterrestres la «catapultaran» al vacío. Le digo que tal vez no había explicado todo esto hasta ahora puesto que no sentía la confianza suficiente, ya que con las vacaciones y lo que ocurrió después la relación había quedado estropeada.

Comentarios a la sesión S-422

El esfuerzo de la Sra. B para explicar con detalle las vivencias delirantes previas al último internamiento es importante en un doble sentido: como expresión de confianza en el analista y como expresión de su capacidad de contacto con el dolor que significa reconocer la actividad delirante («pensará que estoy como una cabra», ironiza para suavizarlo). Además, cabe señalar el contenido de la temática delirante. En otras ocasiones, los extraterrestres son intermediarios que le facilitan la comunicación con los demás, al enviarle mensajes, característica que curiosamente no menciona en esta ocasión. Por lo tanto, el propio funcionamiento psicótico se convierte en persecutorio. Pareciera como si la parte sana de ella se hubiera visto atrapada en el hospital, y temía, dice, ser «catapultada al vacío»; en muchas ocasiones se ha quejado de estar en el vacío. Ser lanzada al vacío se refiere probablemente al vacío mental, a quedar desprovista de un contenido mental y su continente, así como tener conciencia, es decir, de la parte no psicótica que la liga a la realidad.

En cuanto a la conciencia, durante mucho tiempo había sido sustituida por la mediación del delirio de los extraterrestres. El problema se acentúa si ahora es expulsada también la parte no psicótica, pues supondría quedar en el vacío mental absoluto, pues en ese momento no se sentía capaz de reconocer una vida psíquica propia, sin mediación de lo psicótico. Vemos aquí que se ha producido un cambio importante en su percepción

interna del delirio. Durante mucho tiempo los extraterrestres constituían una organización en la que ella se amparaba para lidiar con la dura realidad. Cabría recordar aquí la idea de Rosenfeld (1971a) de la organización de la personalidad como una «banda de mafiosos» liderada por la parte destructiva del *self* que atemoriza a la parte sana y dependiente que se somete. La paciente nunca había desvelado ese aspecto destructivo, pues la protegía. Es ahora cuando, para mi sorpresa, los describe como entes, que hacen el mal y por quienes se siente perseguida, e incluso podrían «catapultarla» al vacío absoluto.

El *lunes* siguiente *(s-423)*, al comienzo de la sesión, llora. Se levanta del diván donde estaba sentada, camina, y sigue llorando, diciendo que mejor no haber venido para estar solamente llorando, perdiendo el tiempo. Le digo que tal vez siente la exigencia de que solo podría comunicarse hablando, como el viernes, y que no podría expresar también el llanto. Dice que hablar el viernes sobre el último internamiento le ha hecho pensar que ahora *vive el internamiento de manera diferente* a episodios anteriores. Antes, una vez habían pasado, los borraba. Ahora los tiene presentes, pero de un modo amenazante. Al mismo tiempo se siente deprimida y con ganas de llorar, pero no de forma «epidérmica». Ahora puede ver la depresión con cierta distancia, dándose más cuenta ella, y se le hace más difícil. Continúa diciendo que, al salir de la sesión del viernes, estuvo peleándose con varias personas. Con el psiquiatra, con la madre, etc. Está preocupada por la sugerencia de la doctora (internista) de ingresarla en un hospital para hacerle análisis por el asunto de *las diarreas,* que no se acaba de resolver, y además sigue teniendo la regla que ya dura ocho días. Este comentario se conecta con algo de la sesión del viernes o jueves cuando dijo que al venirle la regla se paró la diarrea. Yo le comenté que parecía que el cuerpo expresara que hay pérdidas continuas, unas veces con la menstruación y otras con la diarrea. Ahora se queja de que las pérdidas sean dobles: vía anal y vaginal. De ahí que ahora exprese la desesperación ante tanta pérdida.

Comenta también que tras el internamiento psiquiátrico s*u cuerpo ha quedado afectado*, refiriéndose a las diarreas. Y le ha costado venir a la sesión porque temía pasar todo el tiempo llorando. Camino de la sesión, en el taxi ha pensado que el cansancio y la debilidad que siente es el mismo que padeció en el otoño pasado cuando pensaba que ese estado debía ser consecuencia de los efectos secundarios del tratamiento de quimioterapia que recibía a distancia. En esa época tenía la idea de padecer un cáncer, aunque no se lo decían, y que probablemente era yo quien le aplicaba ese tratamiento [1].[8]

Le digo que tal vez sintió la sesión del viernes como una sesión de quimioterapia por lo intensa que fue al recordar el internamiento. Y temía que hoy también fuera igual [2]. Responde que probablemente es así. Y que ha tenido un sueño conmigo:

> Yo estaba delante de usted, muy cerca de su cara, pero tenía la impresión de que aunque usted era usted, sin embargo, era una mujer, como lo femenino de usted o algo así, y que estaba viviendo un estado de excitación sexual con relación a mí, aunque no existía ningún tipo de contacto. Pero al mismo tiempo como que usted estaba detrás de mí y entonces sí era un hombre, o su parte masculina. [3]

A continuación pasa a hablar de la relación con una amiga con la que también tuvo una pelea. Fue a un concierto, porque no quiso que cuando los padres volvieran la

encontraran en casa llorando, lo que hizo desde las tres hasta las cinco de la tarde cuando se marchó al concierto. Y se siente sin horizontes, sin esperanzas. Luego dice: «Estos días parece que podíamos hablar de mi enfermedad [física] y hoy vengo enferma» (quiere decir deprimida, solo con ganas de llorar). Es evidente cierto grado de confusión de la paciente, pues no establece ninguna distinción entre enfermar físicamente y no encontrarse bien a nivel psíquico. El llanto disminuye a lo largo de la sesión. Tengo la impresión de que el problema que ahora se le plantea es encontrar la distancia óptima que le permita reconocer y vivir lo enfermo, pero sin sentirse inundada, bien sea por la depresión o por lo delirante.

Dice que preferiría que en esta sesión no le dijera muchas cosas, que no se encuentra con fuerzas para pensar y aceptar lo que yo pueda decirle. Es verdad que asimilar el internamiento puede ser para ella, como le dijo una amiga, «algo inasimilable». Entiendo su temor a los efectos secundarios de una sesión «análisis-quimioterapia», como también a analizar el sueño que ha relatado antes. Pero lo ha traído, así que creo que he de decir algo: Yo, como el hombre del sueño, estoy detrás, como cuando ella está echada en el diván, mientras que cuando está sentada, frente a mí, cara a cara, me convierto en la mujer que puede entrar en excitación. Son dos tipos de relación diferentes que habrá que analizar en pequeñas dosis, concluyo. Hacia el final de la sesión me pide opinión sobre si ha de internarse para lo del chequeo médico. No le respondo y no insiste en ello. [4]

Comentarios a la sesión s-423

Comentario 1

Comienza la sesión llorando, y se lamenta de que tal vez no valía la pena venir, pues resultaría en una *pérdida de tiempo*. Otra pérdida más, de las muchas que está experimentando en ese momento, como las *pérdidas físicas.* Y esto ocurre después de una sesión en la que pudo hablar de lo penoso del episodio delirante que ahora, a diferencia de antes, no borra, sino que tiene presente; también está más en contacto con la depresión que le genera, pero el dolor que siente resulta tan insoportable que tendría que sacar de su interior cuanto pueda, tanto de su mente como de su cuerpo. Para ello ha de multiplicar todas las vías de expulsión y evacuatorias de ese malestar interior: sangre (la menstruación que se alarga más de lo habitual), heces (la diarrea también prolongada), lágrimas y quizá las palabras, si quedan convertidas en algo evacuatorio. Pero en la medida que estas expresiones evacuatorias tienen un carácter patológico, es decir, por el que se confunden los niveles emocionales con los físicos, el resultado es un sentimiento de vaciamiento, como si su vida psíquica se derramara a través de la sangre, las heces y el llanto que salen de su persona (cuerpo incluido).

Es como si su tendencia a desprenderse de todo lo que en su interior le resulte molesto la llevara a «evacuar» de manera indiscriminada todo lo de «dentro», de forma que la consecuencia es la vivencia de pérdida de su mundo interno. La *menstruación* forma parte de su condición femenina, si bien es cierto que algo debe suceder para que se

alargue más días de lo habitual; las *diarreas* expresarían de manera concreta su dificultad de retener lo ingerido el tiempo suficiente para asimilarlo, ha de ser evacuado cuando aún no ha cumplido su función metabólica nutricia; por último, considera *el llanto* como algo inservible, porque debe estar en el mismo registro de la evacuación-vaciamiento, y no como acompañamiento de un estado emocional.

En otras palabras, trascurrido el episodio psicótico la paciente sigue en contacto con la conciencia de las consecuencias desastrosas del funcionamiento psicótico, y precisamente porque sabe que este no ha desaparecido, lo siente como una amenaza; tal vez este contacto se intensifica y es muy doloroso para ella de manera que ha de evacuarlo, al igual que la depresión. No obstante, tras una breve intervención mía, en la que muestro tolerancia por el llanto que ella pueda expresar en la sesión, explica que la manera de vivir ahora los episodios delirantes es diferente respecto de tiempo atrás; asimismo, advierte la diferencia de su llanto, que ya no es «epidérmico», como al comienzo del análisis; ahora puede tomar cierta distancia, observarse a sí misma, tener conciencia de su estado, que le resulta muy penoso. Aquí la paciente se debate en el conflicto del paciente psicótico entre *sentir el dolor* y deshacerse de él en cuanto sea posible, o realmente *vivir la experiencia* que acompaña al *dolor*.

Ante las dificultades para gestionar emocionalmente el dolor, el cuerpo debe participar en dicha gestión. Así, ciertas manifestaciones somáticas que en otro paciente no psicótico podrían ser «acompañantes» inevitables del estado emocional doloroso, o incluso vías vicariantes pasajeras, en la Sra. B se convierten en vía expresiva fundamental para deshacerse de todo ello, con la consecuencia de temer vaciarse. De ahí que pueda afirmar que el internamiento haya traído consecuencias funestas para su «cuerpo».

Comentario 2

Es significativo que la paciente asocie su estado de debilidad y cansancio con el que experimentó un año antes, cuando pensaba que tal estado era consecuencia de los efectos secundarios de la quimioterapia que el analista le enviaba a distancia. En parte es cierto, en el sentido de que el efecto terapéutico de tomar conciencia de su realidad psíquica tiene consecuencias dolorosas, pero la paciente confunde elementos dolorosos distintos. No discrimina el dolor inevitable para su curación, en la que ella está participando activamente, del que procede de otras fuentes ajenas a ella, como el analista con su tratamiento a distancia o los extraterrestres que le envían mensajes. Ahora siente dolor porque hay más conciencia de él, como ella misma aclara. Probablemente, la «evacuación» indiscriminada del dolor es la que genera el cansancio y la debilidad tras haber vaciado *casi* todo su interior: aunque no del todo, como indica el hecho de que luego sea capaz de expresar con palabras lo que le está pasando, incluso con cierto *insight*.

Comentario 3

Y no solo eso. Una vez que ha expresado, a través de su cuerpo, el dolor que le produce la situación que está viviendo, relata un sueño significativo. De manera sorprendente

utiliza esta otra vía de expresión para *comunicar* algo de su mundo interno, no solo para exteriorizarlo, para ponerlo fuera. El sueño trasmite los dos tipos fundamentales de relación transferencial (psicótica y no psicótica) activos en ese momento.

En primer lugar, el sueño se refiere a la transferencia psicótica del cara a cara, cuando entonces yo me convierto en la figura femenina que se excita ante ella; una proyección de ella misma con la necesidad de visualizarme para recibir los estímulos sensoriales transformados en excitación sexual, o una proyección de la figura materna interna que necesita de esa excitación (recordemos que la agresión a la madre que motivó el internamiento fue porque temió su acercamiento incestuoso). En cambio, cuando me coloca detrás de ella, es decir, en mi sillón, mientras ella está echada en el diván, yo paso a recuperar mi función masculina analítica de firmeza y capacidad para mantener las condiciones de este método de trabajo. Por otra parte, este sueño aporta más luz al conflicto que para la paciente ha supuesto aceptar las condiciones del encuadre: estar echada en el diván significa aceptarme en mi función analítica masculina, que según ella la coloca en la posición de niña y enferma, justo las dos dimensiones que necesita reconocer para que el análisis sea viable. Aunque ella cree que yo llevaría esa posición al extremo de no considerar a la adulta y lo sano en ella. En cambio, con la tendencia a ponerse de cara, como en el primer plano del sueño, sentada en el diván, me convierte en una figura femenina; pero no una receptiva y nutricia, que no la rechaza, sino la que necesita de ella para satisfacer y calmar mi excitación sexual. También aparece la tendencia a crear cierto grado de confusión entre el cuerpo y la mente. Se resiste a reconocer la distinción entre una y otra, que sabe existe, a fin de evitar el dolor psíquico.

Comentario 4

Hacia el final de la sesión, la parte psicótica de la paciente intenta que prevalezca esa confusión y pretende confundir al analista. Al preguntarme si yo creo que debería internarse para la exploración física, trata de colocar en primer plano la «enfermedad» corporal e inutilizar el trabajo psíquico que hemos estado haciendo, al mismo tiempo que pretende convertirme en cómplice de esa confusión. Probablemente es una manera de ponerme a prueba respecto a si seré capaz de responder como la figura masculina del sueño, de mantener con firmeza las condiciones del encuadre, y por lo tanto desatender a su pregunta, puesto que aquí nos ocupamos de su vida emocional, o si, por el contrario, actuaré como esa parte femenina que represento en el sueño y que ahora se excitaría con todo lo que ella ha relatado, incluido el sueño, pero que no servirá para nada más, pues toda la importancia estaría puesta en el cuerpo, en el caso de que hubiera respondido. Por fortuna, el trabajo analítico desplegado en la sesión permite que ella tolere que no le conteste a la pregunta, dando por buena mi postura de atender lo relativo a su mente y no a su cuerpo.

Una semana más tarde, en una *sesión de martes (s-424)*, sigue preocupada por las *dolencias corporales:* persisten las diarreas y las pérdidas de la menstruación. Por otro lado, se activa una *transferencia delirante*. La paciente está sentada en el diván. Me ve frío y llora. El día anterior leyó unos textos que escribió poco antes de cuando yo

«rechacé su propuesta de ir a cenar con ella» (más o menos un año antes). Mientras los leía tuvo la sensación de que «fuera usted quien los estaba leyendo; yo estaba interesada en saber qué le parecería el texto y hay un momento en que capto que no le gusta»; se trata de un momento en el relato cuando un niño no reconoce las enseñanzas de un hombre que ella identifica conmigo. Añade que por estas cosas que me explica yo debo pensar que está «como una cabra». Luego explica, como si fuera una cuestión secundaria, que como sentía «picores en los genitales», decidió aplicarse aceite y mientras lo hacía surgió esa idea que a veces ha tenido (¡no recuerdo tal cosa!) de que yo podría ser un «ninfómano», e *imaginó* que yo debía estar excitado contemplándola, así que trató de satisfacerme *dejando que yo la viera* mientras ella se frotaba hasta que *yo eyaculaba*. Le digo que tal vez me ve distante y enfadado por haberme convertido en esa imagen de mí, «un ninfómano», a quien ella ha de satisfacer. Responde (aunque sin convicción) que no es que ella me convierte en eso, sino que fue así, y no sabe por qué estoy tan frío con ella, «con mala cara, mala leche y mal rollo», por qué mi mirada y mis gestos son fríos. Ante tal afirmación, yo me siento acorralado, acosado, insultado… desconcertado; solo puedo defender mi realidad. Le digo que la realidad que yo percibo de mí mismo y de la que le puedo hablar no se corresponde con el estado de frialdad del que ella me habla. Eso es lo que me lleva a pensar que si ella me percibe frío y enfadado es porque en algunos momentos tiene esa imagen de mí como alguien con una apetencia sexual insaciable, es decir, una persona ninfómana. Reconoce que tal vez ella está muy sensible hoy.

Comentario a la sesión s-424

Por una parte, persiste el componente corporal como vía de evacuación del dolor producido por el nuevo estado mental de tener mayor conciencia de su realidad, tan difícil de tolerar para ella. Y al no ser suficiente con ello, tendería a modificar la relación analítica mediante el delirio: primero con las vivencias en las que ella puede darse cuenta, al leer un texto propio, de las reacciones que yo experimento, como si yo las estuviera leyendo desde dentro de ella; luego con la fantasía masturbatoria que proporciona placer al analista «ninfómano». Si recordamos el sueño de semanas anteriores, en el que el analista muestra su faceta femenina cuando ella, sentada en el diván, lo ve cara a cara, se entiende que me asigne un término referido a la mujer. Obviamente, ha borrado al analista que está detrás de ella como figura masculina firme con su método y, por supuesto, el de la figura femenina-madre que no rechaza, como también comentó en días anteriores.

Pocas horas después de la *sesión descrita* me llama para decirme que, de acuerdo con el padre, me comunicaba que esa noche habría una reunión de los médicos que se ocupan de ella (el internista y el psiquiatra) para revisar su estado y que había pensado en la conveniencia de que yo asistiera. Le digo que por la naturaleza del tratamiento analítico prefiero evitar los contactos fuera de la relación entre paciente y analista.

Al día siguiente, *miércoles (s-425)*, telefonea para comunicarme que los médicos decidieron que si sigue con las diarreas y las pérdidas menstruales (las primeras, desde hace más de un mes) considerarán necesario internarla para estudiar la colitis. Ha amanecido con una fuerte diarrea por lo que le están inyectando medicamentos reforzantes debido a la debilidad que siente. Ha estado todo el día en cama y no se siente en condiciones de venir a la sesión. Según como se encuentre hasta el lunes que la internarán, verá si puede asistir. Le digo que mientras se hace el estudio de la colitis, si acude a las sesiones, en la medida que pueda, este podría ser un factor que contribuya a fortalecerla. Se queja de que yo solo tenga en cuenta las sesiones y no el aspecto físico. Que precisamente el día anterior salió afectada de la sesión por todo el asunto de las fantasías que explicó, y que para enfrentar todo eso necesita estar más fuerte. Por eso piensa que lo primero es curarse físicamente, para continuar las sesiones en las que hay tanto que tratar.

Comentario a la sesión s-425

La paciente trata de todas las formas posibles de sacarme de mi posición analítica. A veces, con aparente buen criterio, como en la llamada del día anterior apoyada por el padre, con la finalidad terapéutica de intercambiar opiniones con otros médicos. Creo que la pretensión inconsciente de la paciente, aparte de conseguir sacarme de mi encuadre, es sobre todo llevarme al terreno de poner la atención en el cuerpo, para así implicarme a mí en ese alejamiento del trabajo analítico. Se queja de que yo solo tengo en cuenta su mente. Precisamente, el día anterior tratamos el problema de cómo utiliza su cuerpo en sus fantasías, como ella recuerda en la llamada telefónica para señalar cuán difícil es tratar todo eso. La trampa está en que, según ella, para enfrentar esos problemas emocionales debe fortalecer el cuerpo, es decir, que yo también conceda importancia a las vicisitudes de su cuerpo, dejando a un lado las emocionales.

Reflexiones teóricas sobre la pluralidad de vías de expresión: emocional, somática y delirante

Dedico este apartado a una reflexión teórica sobre este fragmento del proceso analítico, que muestra el uso de diversas vías de expresión de la situación emocional de la paciente ante la realidad dolorosa: los trastornos somáticos (que ella quiere colocar en primer plano), el pensamiento delirante, los sueños y las fantasías, junto a un pensamiento lúcido de la parte sana.

Los trastornos somáticos

Me detendré en el síntoma más representativo del material presentado: la colitis resistente. De hecho, las diarreas se desencadenaron poco después de la salida del hospital psiquiátrico. Además, en ese momento la actividad delirante había cedido poco, aunque sin la fuerza de semanas anteriores. Por otra parte, es curioso que al día siguiente de que los médicos consideraran la posibilidad del internamiento en una clínica para el estudio de la colitis, se desencadenara una reacción de diarrea «fortísima», como si en ella hubiera esa voluntad de colocar en primer plano la enfermedad corporal. Cabe preguntarse entonces: ¿Existe alguna relación entre la disminución de la actividad delirante y la presencia de la colitis o, para más precisión, entre delirio, colitis y la relación analítica? Hay que añadir la experiencia de la sesión anterior en la que explica fantasías sexuales con el analista, quien queda degradado a un voyerista que se excita contemplando cómo ella manipula sus propios genitales.

Apoyándose en la idea de la «segunda piel» de Esther Bick (1968), David Rosenfeld (2006, p. 183) describe la «imagen corporal primitiva» que encuentra en los pacientes psicóticos. Esta idea tiene origen en las relaciones de objeto primitivas de base corporal; toda actividad psíquica está basada primordialmente en una función biológica. El cuerpo es un reservorio de líquidos, en particular sangre y orina, que son almacenados entre las paredes de los vasos sanguíneos y los conductos urinarios. En mi paciente, como hemos visto, existe la preocupación de «vaciarse» si continúan las pérdidas de sustancia, sobre todo líquida (sangre, heces líquidas, lágrimas), y con ello vaciarse de contenidos mentales.

Por otra parte, cabría recordar la idea de Britton (2015), ya mencionada en el capítulo anterior, que distingue entre el ataque al vínculo con el objeto, según describe Bion, y la desconexión o corte *(severance)* con el objeto que él sugiere. Para Britton, «la desconexión es un proceso, que en la fantasía anula todas las fantasías basadas en la introyección» (2015, p. 93; traducción nuestra). Luego señala el funcionamiento narcisista que rechaza, o se desconecta del objeto, porque frente al mismo se activa «una respuesta inmunitaria psíquica por la ingestión (introyección) de objetos que *no son idénticos a su self*» (Britton 2015, p. 94; traducción y cursiva nuestra). Sin embargo, la situación en mi paciente es diferente.

Un año antes sí existía una negación (desconexión, ataque) del objeto nutricio mediante la negación del hambre, alimentándose del delirio; un año después sí tiene hambre y poco a poco consigue incorporar lo que el analista le proporciona. El problema ahora radica en la dificultad de asimilar lo que el objeto reconocido le proporciona. Curiosamente, los médicos le diagnostican de una posible enfermedad autoinmune, algo que no se volvió a confirmar, lo que nos hace pensar que la posible enfermedad estaba ligada a la situación emocional del momento. Por lo tanto, el problema actual es la reacción inmunitaria ante lo ya incorporado del objeto, sentido como un cuerpo extraño que ha de ser expulsado. Así pues, una vez superada la primera fase de conectar con el objeto y admitir lo que este le proporciona, no puede asimilarlo porque resulta no ser idéntico a su *self*, es ajeno y, por lo tanto, ha de ser rechazado.

Podemos pensar en *otros factores que dificultan la «asimilación» de la experiencia*.

Creo también que la fuerte diarrea que padece mi paciente está relacionada con el sentimiento de culpa y la correspondiente persecución por las fantasías masturbatorias con el analista. En este caso, lo que no puede asimilar no es lo que se le da, sino en qué convierte a la fuente que le da alimento, el analista, al degradarlo. En ese sentido, el problema de asimilación (diarrea) de la «comida» que se le da puede responder a varios factores: 1) a la envidia, pues no tolera al objeto fuente nutricia capaz de alimentarla, después de haberlo reconocido como tal; 2) a la culpa por el maltrato dado al analista; 3) a la cantidad que se le da (de aspectos de la realidad que son dolorosos), pues excede su débil capacidad de asimilación y, por lo tanto, ha de ser alimentada «a cucharaditas», en pocas dosis para que lo pueda tolerar. El problema es cómo acrecentar la fortaleza de la paciente para que asimile lo que se le dice. Esto se conectaría, probablemente, con el factor 4) al conflicto entre mantener la imagen de un padre frágil (y su objeto interno correspondiente) que no le ofrece experiencias de firmeza que ella pueda introyectar, por un lado, y la imagen del analista figura masculina fuerte del sueño de semanas anteriores; a favor de dicho fortalecimiento suyo también estaría lo que ella pudo reconocer que ha aprendido del análisis: una imagen materna que no rechaza y la de un padre fuerte; 5) al hecho de que la «comida» no se le dé con cuidado materno sincero (queja sobre la madre, que no la alimentó «con ganas y placer»); 6) a las dificultades para aceptar una relación parental vinculada entre ellos; en la situación analítica, el analista con su método de trabajo.

El calificativo de «ninfómano» otorgado al analista no solo muestra la proyección de su erotización voraz de la relación analítica, también la distorsión perversa de la imagen del analista en la que la unión entre lo masculino y lo femenino no sirve para atender mejor a la paciente (el analista con su método, el analista figura paterna firme junto a una figura materna que no rechaza) que ella sabe que existen, sino para convertirlo en un hombre con deseos femeninos insatisfechos que además ella trata de satisfacer.

Por cierto, la descripción de la fantasía masturbatoria que hace la paciente más bien tiene características de vivencia alucinatoria que de fantasía consciente. Y aunque la paciente no dice que yo estuve presente en la escena, parece que a medida que progresa la descripción de la fantasía deja de ser algo que solo sucede en su mente para convertirse en una experiencia más completa que también abarcaría la realidad externa y, por lo tanto, se trataría de una experiencia alucinatoria.

Si repasamos la secuencia veremos: para aliviar los «picores en los genitales» busca remedio en un recurso físico, el aceite. Pero al aplicarlo parece que surge un estado de excitación sexual. Como es sabido, la sexualidad es un área en la que de manera clara participan doblemente el cuerpo y la mente —de ahí, por ejemplo, el conocido texto de Meltzer *Estados sexuales de la mente* (1973) para distinguirlos del estado corporal—. A continuación, la Sra. B dice que le surgió la idea, ya concebida anteriormente, del analista «ninfómano». Es decir, la molestia somática surge en un lugar corporal, los genitales, que fácilmente puede tener su correlato psíquico. De manera que la manipulación genital con la finalidad de aliviar la molestia física estimula en la mente otro tipo de satisfacción que parecía subyacente, la sexual, vinculada además a la figura del analista.

No recordaba que antes me hubiera comunicado la idea del analista «ninfómano», lo que me hace pensar que su convicción debía responder a un momento de relación fusional en el que lo que ella vive yo ya lo sé. Entonces especifica que ella *imaginó* que yo debía estar excitado. Pero el uso del verbo es ambiguo: ¿imagina la escena?, o ¿imagina, en el sentido de que supone que al *ver* al analista mientras ella manipula sus genitales, este, presente de alguna manera, se excitaba? La paciente continua, ya convencida del estado de excitación del analista, que está dispuesta a satisfacerlo «dejando que la viera». Aquí habría menos dudas de que la Sra. B describe un hecho «real» acontecido en el que ella no solo permite que el analista siga presenciando la escena, sino que ella continuará hasta que él eyacule.

Sabemos con Bion que la alucinosis es un proceso psíquico evacuatorio. Por lo tanto, encontramos otra forma de expulsar de su mente aspectos dolorosos que le «picaban» respecto de una relación analítica conflictiva aún no resuelta. Por ello, es una evacuación realizada en un «recipiente» preciso: el analista, en quien la proyección le lleva incluso a hacer que sea él quien evacúe-eyacule. Pero en la misma sesión en la que la Sra. B explica esta experiencia dice que, por las cosas que me está describiendo, debo pensar que está «como una cabra». Es decir, existe una conciencia del funcionamiento psicótico de todo ello, observado por la parte no psicótica, que puede traerlo a la sesión para que podamos trabajarlo, por doloroso que resulte para ella.

En síntesis, hay que considerar el asunto de la evacuación intestinal desde varias perspectivas. La paciente puede incorporar la experiencia analítica que la ha puesto en contacto con la posibilidad de ser escuchada, comprendida y que le aporte algo, que lo acepte y reconozca con gratitud. El problema no es que no pueda recibir lo que se le proporciona porque su aparato mental no lo digiere al tratarse de elementos no «simbolizados». Ella comprende bien el sentido de lo que se le dice, sabe lo que es bueno y lo que no, reconoce la necesidad de una diferenciación del objeto, así como de una separación del objeto para crecer. Pero en cuanto eso implica el dolor psíquico de tener que reconocer como propio algo que no pertenece a su *self*, entonces se le hace insufrible, es decir, no lo puede contener y ha de expulsarlo. Este puede ser uno de los problemas de base en los pacientes psicóticos y no tanto el de la incapacidad de simbolización. En otras palabras, algunos pacientes, como en este caso, son capaces de una simbolización de la experiencia, pero no pueden tolerar el dolor mental que implica *mantener* la experiencia simbolizada. Esto estaría expresado en los síntomas físicos de la diarrea, en la que, como hemos visto, intervienen también otros factores.

Manifestaciones hipocondríacas

En el material clínico que conforma la segunda parte de la obra encontraremos ejemplos de esta sintomatología. Quisiera recordar la distinción teórica que establece David Rosenfeld de las hipocondrías. Habla de tres formas: a) la hipocondría basada predominantemente en mecanismos autistas, cuando existe una fuerte indiferenciación respecto del objeto; b) hipocondría basada predominantemente en ansiedades y

mecanismos confusionales (descritos por Herbert Rosenfeld); c) hipocondría basada predominantemente en el esquema corporal primitivo sugerido por él mismo y ya mencionado. Este último lo describe así: consiste en la fantasía de una imagen corporal de un yo que pierde solidez, se desestructura y sus contenidos se licúan; de ahí el pánico hipocondríaco ante cualquier incidencia física que pudiera romper la «bolsa» que los contiene y vaciarse mentalmente (Rosenfeld 1992, p. 136).

La actividad delirante

Es necesario considerar la actividad delirante referida a la época del internamiento que la paciente puede tener presente y no borrar, como en anteriores episodios —según ella misma reconoce—, aunque sigue siendo una amenaza la posibilidad de que se reactive con más fuerza, por lo que ya no existe una egosintonía. Por ejemplo, en la sesión s-424 en la que, cuando lee un texto suyo y explica la «lectura introyectiva», como ella la denomina, los sentimientos que despierta la lectura no los reconocía como propios, y «dedujo» que debían ser sentimientos del analista, con lo que pudo conocer cuál era mi reacción ante la lectura de sus textos (ya que sabe que no forma parte de mi trabajo leerlos y mucho menos darle mi opinión sobre ellos), aunque a la vez puso en duda si no se trataba de un montaje que ella misma se hacía.

También existe un pensamiento no propiamente delirante, que podríamos denominar «subdelirante», cuando interpreta algunas coincidencias de la realidad como algo más o menos determinado por alguien, tal vez por mediación de los mensajes, aunque reconoce que es difícil de demostrar. La paciente estuvo absolutamente convencida de que la puerta del despacho estaba cerrada porque yo no quería abrirle. A este ámbito de vivencia corresponden los sentimientos homosexuales con la amiga o con la madre, que ella activa a partir de indicios de acercamiento de la otra persona, que interpreta en ese sentido. Y a partir de este último aspecto cabe mencionar la relación homosexual con el analista «ninfómano». En el capítulo 6 ampliaré lo que tiene que ver con el mundo delirante.

Transferencia psicótica

Especialmente a partir de las fantasías de identificación proyectiva patológica, masivas, como ocurrió en la sesión s-424, en la que después de haber proyectado la voracidad sexual de una parte de su *self* en la masturbación delirante, convirtiéndome en «ninfómano», luego está convencida de percibir «mala cara, mala leche y mal rollo» en mis gestos y en cualquier palabra que yo pronunciara, con lo cual está proyectando un objeto interno persecutorio por el mal trato que le ha dado.

Ante la intensidad de esa transferencia psicótica se plantea el problema de cómo interpretarlo. Aunque lo analizo con detalle en el capítulo 7 sobre técnica, ya hemos visto que mis interpretaciones cuando ella me percibe con actitud fría se centran en su temor a

mi respuesta hostil vengativa al degradarme cuando me convierte en un «ninfómano». Sin embargo, esta intervención no modifica su convicción: no se trata de lo que ella pensó, sino de que era una «realidad objetiva», según afirma. Ante esa certeza delirante solo cabe salvaguardar al menos la percepción de mi realidad psíquica, para mi propia salud mental, en primer lugar, y también para la de la paciente. De hecho, el curso de la sesión se modificó más adelante, tras esa intervención.

Sueños y fantasías

Llama la atención que, aunque el cuadro de somatización de cierta consideración mediante las diarreas pertinaces siga tan presente, así como la actividad delirante (hasta cierto punto en ese momento), aún quede actividad mental para tener la capacidad de soñar; me refiero al sueño en el que mostraba una situación transferencial conflictiva doble (s-423), al relacionarse por delante con mi parte femenina y por detrás con mi parte masculina. Es decir, se produce un desdoblamiento de la relación, una escisión *self*/objeto: ella en heterosexual y homosexual; el analista escindido en hombre y mujer, respectivamente.

La fantasía masturbatoria, en cambio, en apariencia se relaciona conmigo en cuanto hombre, pero me adscribe un calificativo reservado para la mujer, el de «ninfómano», reuniendo de nuevo en una palabra el doble carácter masculino y femenino del analista. Pero esta es una conjunción que no responde a lo que podríamos entender como la doble función del analista, la masculina y la femenina, como ella misma reconoce en otros momentos, sino como una especie de objeto «combinado» (sería el calificativo, tal vez) de una figura masculina que actúa como mujer, de ahí la acertada expresión de «ninfómano».

Lo que resulta sorprendente, y es en lo que quiero insistir, es que la paciente pueda mantener en un período tan corto tantos «frentes abiertos» al mismo tiempo para expresar su vivencia emocional: la somática, la delirante, las fantasías, los sueños y el pensamiento lúcido. Si bien es cierto que recurrir a esas vías diferentes forma parte de la vida mental en general, lo llamativo aquí es la intensidad con la que todas ellas se manifiestan. Por último, creo que la indicación de internamiento en una clínica general constituye una medida yatrogénica; aunque tal vez un mal menor, pensándolo bien, porque quizá contribuyó a evitar el internamiento psiquiátrico, de nuevo.

8 Los números entre corchetes aluden a los comentarios que haré luego una vez relatada la sesión, para saber el momento al que corresponden.

5. SIMBOLIZACIÓN EN LA ORGANIZACIÓN PSICÓTICA DE LA PERSONALIDAD

Escrito en una tarde solitaria,
para conjugar *el dolor que de otro modo me inundaría*.
SRA. B, SESIÓN S-268

Contexto analítico de la cita: se trata de una sesión de lunes en la que la Sra. B habla de la «escritura terapéutica», como ella la denomina, una manera no psicótica de *conjugar* el insoportable dolor que siente. Con ello mostraría su capacidad, en ese momento, de simbolización evolucionada.

Ya mencioné que los efectos de la dinámica de la OPsP sobre el pensamiento se producen en dos sentidos: en la limitación de la capacidad de simbolización y en el pensamiento delirante. En este capítulo me ocuparé del primero; el segundo, lo trataré en los siguientes.

Simbolización limitada y pensamiento concreto

Existe la idea bastante generalizada de que el paciente psicótico no tiene capacidad para la simbolización, un argumento utilizado para extraer conclusiones técnicas determinadas, en el sentido de que tales pacientes no son susceptibles del método psicoanalítico estándar, en particular de la interpretación transferencial, por lo que requieren de otras formas de aproximación. O en el mejor de los casos, siempre sería deseable una primera etapa de tratamiento psicoterapéutico, hasta que el paciente esté en condiciones de un

tratamiento psicoanalítico propiamente. Los desarrollos teóricos sobre el concepto de simbolización, por una parte, y el trabajo psicoanalítico con pacientes psicóticos, por otra, nos permiten revisar esta especie de axioma.

En cuanto a la teoría, cada vez es más aceptado que la simbolización no es una actividad que se adquiere o no, sino un proceso de aprendizaje en el que se dan muchos estados de transición, desde las formas más primitivas de simbolización hasta las más evolucionadas y maduras; asimismo, que existe una oscilación entre un estado simbólico y otro, incluso en los individuos no psicóticos.

La simbolización es un proceso psíquico por el que la realidad es representada de manera que es posible mantener el contacto con ella sin que exista la presencia concreta de dicha realidad en todo momento. Por ejemplo, es posible aceptar la separación del objeto en la medida que este queda representado mentalmente. En este sentido, el símbolo tiene la función de vínculo con la realidad.

Klein (1935) describió la importancia de «la formación de símbolos en el desarrollo del yo» basándose en la inhibición que observó en dicho proceso cuando existe exceso de ansiedad, en particular referido al cuerpo de la madre atacado por una intensa proyección y la culpa correspondiente. Además, es inevitable que para aceptar aquello que representa al objeto (el símbolo) hay que apartarse de él y, por lo tanto, también lo es vivir algún grado de duelo resultado de la pérdida.

Puesto que todo duelo es irremediablemente doloroso, la aceptación de la representación del objeto en lugar de este no se produce de inmediato. Es necesario un proceso gradual, con unos pasos previos. Uno de estos pasos consiste en tomar lo representado como el objeto mismo. Es bien conocido el ejemplo de Segal (1957) del paciente psicótico que no podía tocar el violín en público porque eso era exactamente lo mismo que tocarse el pene. La equiparación de lo representado y el objeto es lo que Segal denominó «ecuación simbólica», a diferencia de otro paciente que ella cita, que podía soñar que tocaba el violín como una forma de masturbación, lo que indicaría una capacidad de «representación simbólica». Siguiendo a Segal, estas dos formas de simbolización se corresponderían con la posición esquizoparanoide y depresiva, respectivamente. Puesto que para conseguir la segunda es necesario tolerar la separación y diferenciación del objeto (de otra manera no hace falta la simbolización), cuando existe un predominio de la identificación proyectiva patológica, en la que partes del sujeto se confunden con el objeto, el proceso de simbolización quedará dificultado, prevaleciendo la forma de ecuación simbólica. Así pues, en el desarrollo de todo individuo, para conseguir la adquisición de una capacidad de representación simbólica madura, parece necesario que esta se produzca de manera progresiva y gradual, comenzando por las formas primitivas.

Sin embargo, como nos dice Segal, y cada vez más el psicoanálisis actual lo admite con otros procesos psíquicos, no se evoluciona de manera que lo primitivo queda superado del todo, sino que lo antiguo persiste y además como algo que siempre se puede activar. Así pues, la oscilación continua entre lo primitivo y lo evolucionado forma parte de toda vida mental. De hecho, esto es necesario, y hoy en día se acepta que lo

primitivo espolea, podríamos decir, a lo evolucionado para seguir evolucionando (otra más de las muchas paradojas que el psicoanálisis nos muestra de la vida psíquica). Bion describió esta oscilación en el área de las posiciones esquizoparanoides y depresivas con el tantas veces citado grafismo Ps↔D. Dicha oscilación e interacción entre lo primitivo y lo evolucionado es extensiva a cualquier logro del desarrollo psíquico del individuo.

Si bien Segal sostuvo que la identificación proyectiva está en el origen de la dificultad para la formación de símbolos (Segal 1957), tiempo después (1978) añade que no es suficiente, pues es necesario conocer la naturaleza de la relación entre lo proyectado y el objeto en el que se proyecta; es decir, tomando el modelo de Bion de continente/contenido, si lo proyectado es adecuadamente contenido y devuelto. En este sentido se nos ofrece una posibilidad de ayudar al paciente: si el analista actúa como un objeto diferente a los objetos internos proyectados, de forma que lo proyectado puede ser contenido, se abre una relación de mutua interacción comunicativa, y entonces es posible restablecer la capacidad de formar símbolos de manera más evolucionada que la ecuación simbólica.

Respecto de la propuesta inicial de la relación entre el simbolismo primitivo y el más evolucionado, Segal matizó años más tarde:

> He presentado dos tipos de formación de símbolos de una manera muy extrema. Hay una larga transición entre uno y otro modo, y no creo haber visto un paciente en el que todas las funciones se realizaran en un nivel concreto o cuyos símbolos concretos fueran siempre y completamente tales; *solo lo son de manera predominante*. (1991, p. 78; cursiva nuestra)

Me interesa destacar la corrección que introduce Segal respecto a que no toda la personalidad del paciente funciona siempre en el nivel concreto de simbolización, una consideración determinante para valorar el abordaje psicoanalítico de los pacientes psicóticos. Segal considera que ni siquiera el simbolismo de la posición depresiva está libre de elementos concretos. Habría que añadir que si aceptamos la existencia de un yo desde el comienzo de la vida, con sus funciones, aunque precarias, también en la etapa de la posición esquizoparanoide encontraremos elementos depresivos (cierta integración y tolerancia de la separación del objeto) y, por lo tanto, esbozos de simbolización.

Por otra parte, Segal advierte que el hecho de que los pacientes psicóticos hayan sido capaces de pensamiento abstracto, para lo cual ha sido necesario adquirir la capacidad de simbolización, por sí mismo no constituye un signo de salud mental, pues puede ser el resultado de una escisión en la que el pensamiento abstracto ha quedado desprovisto de significado emocional (Segal 1991, p. 85). Es lo que sucede con mi paciente, en particular en una época de su vida anterior al análisis, cuando solía escribir, pero lo hacía mediante la intervención de ciertos artefactos delirantes, la «maquinita» —como ella la denominaba— que, manipulada por unos seres extraterrestres, le permitía dicha producción. El contenido de esos textos, como pudo comprobar, cuando los revisó ya durante el período de análisis, en muchos casos eran ininteligibles pues, aunque tuvieran sentido cognitivo, no acababan de estar articulados y les «faltaba sangre», como ella misma expresó. Años después, Segal aún sostiene que existen muchas formas de transición del simbolismo concreto a la representación simbólica madura, y que en un

mismo individuo —incluso el no psicótico— coexisten, aunque en proporciones variables, formas primitivas de simbolismo con las más evolucionadas (cf. Quinodoz 2008).

El otro argumento a tener en cuenta para considerar el proceso de simbolización como algo no completamente alejado del paciente psicótico se basa en que la experiencia analítica con tales pacientes nos ha permitido constatar la coexistencia de lo psicótico con lo no psicótico en todo paciente psicótico, e incluso no psicótico, aunque obviamente en distintas proporciones. Por lo tanto, si existe una parte no psicótica en un paciente psicótico, sin duda ha vivido momentos y experiencias en las que ha estado presente una forma de simbolización evolucionada.

Otra cosa es que la persistencia de tal simbolización no dure mucho, precisamente por el dolor psíquico que comporta el componente de duelo inevitable en el proceso de simbolización; además, como hemos sostenido, y es uno de los pilares de esta obra, puesto que el paciente psicótico tiene una limitada tolerancia para *sufrir* el dolor, también estará restringida su capacidad para mantener la simbolización. Pero una cosa es la limitación para la capacidad simbólica madura y otra una incapacidad total, a la manera de una «asimbolia», como a veces parece deducirse cuando se dice algo así: «El paciente psicótico no puede simbolizar, tan solo posee un pensamiento concreto».

Teniendo en cuenta las dos consideraciones anteriores, el sentido actual de la simbolización como un proceso, y la experiencia clínica con pacientes psicóticos en los que ha sido posible realizar un trabajo analítico, deberíamos ser más prudentes al descartar el psicoanálisis en un paciente psicótico por el hecho de que presente un cuadro clínico que podríamos diagnosticar de esquizofrénico, como en el caso de la Sra. B.

Por su parte, Herbert Rosenfeld (1971) destaca la importancia del pensamiento concreto en los pacientes psicóticos, como otra consecuencia de la falta de diferenciación entre el sujeto y el objeto, debido al uso patológico de la identificación proyectiva. Y sustenta su argumentación en el mencionado trabajo de Segal (1957) sobre la ecuación simbólica. Sin embargo, el propio Rosenfeld, como otros autores kleinianos, enfatiza la importancia de la interpretación transferencial, así como la necesidad de distinguir entre la parte sana y la parte psicótica del paciente, puesto que la primera, al ser capaz del reconocimiento de una relación de objeto, posibilita la interpretación transferencial.

Por lo tanto, parece necesario matizar la afirmación de que los pacientes psicóticos presentan una simbolización primitiva, la ecuación simbólica, y nada más. La experiencia clínica nos muestra que no es así. La razón debemos encontrarla en el hecho tantas veces repetido de que en el paciente psicótico coexiste una parte no psicótica.

Quisiera recordar ahora la interesante sugerencia de Salomón Resnik (2016) respecto del simbolismo primitivo que tiene que ver con lo que él denomina «pensamiento protosimbólico». Resnik parte de la idea de ecuación simbólica de Segal, pero diferencia varios tipos, según la cualidad física destacada que es la que establece la equidad entre el objeto y lo «simbolizado». En ese sentido, habla de ecuación protosimbólica *fonética* cuando una palabra tiene un sentido fonético similar a otro y por lo tanto la representa; cita el ejemplo de un paciente suyo que establecía la relación entre las palabras francesas

«sourire» (sonrisa) y «souris» (ratón). Ecuación protosimbólica *textural*, donde lo común que permite establecer la «ecuación» es un tejido material, y recuerda el caso Dick descrito por Melanie Klein en el que la ecuación simbólica se establecía entre el tejido de la cortina y el de la falda que vestía la analista. Por último, menciona una ecuación protosimbólica *cinética*, de la que es ejemplo el caso presentado por Segal en el que los movimientos repetitivos del paciente al tocar el violín eran equivalentes a los movimientos masturbatorios.

Searles, aunque basándose en otros presupuestos teóricos (psicología del yo) de los autores aquí citados (principalmente kleinianos), plantea algunas ideas a partir de su experiencia con pacientes esquizofrénicos sobre la simbolización que convergen con algunas de las de aquellos. Una de ellas se refiere al pensamiento concreto de los pacientes psicóticos. Según Searles, cuando el paciente habla del cuerpo en términos metafóricos no lo hace en el mismo sentido figurado que el no psicótico, relativamente despojados de su concomitante somático, sino como una experiencia predominantemente somática. Asimismo, es interesante su idea de que el origen de las metáforas en el desarrollo de cualquier individuo primero está sustentado en las sensaciones somáticas que luego contribuyen al pensamiento metafórico evolucionado (Searles 1965, p. 238). Aquí, el autor estadounidense coincidiría con Segal, quien sostiene la coexistencia de ese nivel primitivo junto al más evolucionado en la simbolización madura.

Searles también observa que el paciente esquizofrénico, a causa de la enfermedad, sufre un proceso de «desimbolización», es decir, que los significados metafóricos que alcanzó en algún momento de su desarrollo, pierden el carácter de símbolos y se reducen a su significado literal (Searles 1965, p. 236). El autor lo atribuye a un proceso de regresión a estados infantiles, diferente de la idea que aquí sostenemos de que la patología debió iniciarse al comienzo del desarrollo del individuo. No obstante, me interesa destacar la idea de que si en algún momento existió una capacidad de simbolización, es posible deducir que a pesar de la «regresión» tal capacidad perviva en cierta medida, y mediante la intervención terapéutica se la pueda rescatar. Esto se correspondería con la existencia de la parte no psicótica. Incluso otra cita, cuando para explicar el hecho de que tantas metáforas encierren una belleza particularmente conmovedora propone la idea de que tal vez evoca en nosotros el vago recuerdo de la época en que perdimos el mundo externo, es decir, cuando por primera vez nos dimos cuenta de que el mundo externo está fuera, y nosotros nos encontramos fuera de él, y solos (Searles 1965, p. 239). No creo forzar demasiado la interpretación del texto si lo asocio con la idea de Klein respecto a la posición depresiva en relación con el reconocimiento de la toma de conciencia de la pérdida del objeto (como máximo representante de mundo externo). Por lo tanto, la metáfora, es decir, la capacidad de simbolización, como hemos dicho, está ligada al proceso de duelo de esa pérdida.

A continuación describo en detalle una sesión con mi paciente, en la que puede apreciarse el paso de la ecuación simbólica a la simbolización evolucionada.

Simbolización en la psicosis: paso de la ecuación simbólica a la simbolización evolucionada

La sesión s-369 tiene lugar hacia el final del tercer año de análisis, con cinco sesiones por semana. Es un momento del proceso analítico en que la actividad delirante ha perdido fuerza y, por lo tanto, la vivencia de «carencia» en su vida psíquica de tales contenidos delirantes es muy intensa.

No aprecio un buen aspecto en el rostro de la Sra. B, se muestra seria, como si hubiera estado llorando. Realiza los movimientos y gestos habituales: se quita el abrigo que deja sobre la silla, se sienta en el diván (es un momento en que le cuesta echarse) mientras busca los cigarrillos entre la infinidad de objetos que remueve en el bolso. Es una operación que a veces le lleva más tiempo que otras, con la consiguiente ansiedad por no encontrar el paquete. Permanece sentada en el diván. Enciende el cigarrillo.

P: Es que soy tonta, no sé hacer la terapia, no sé *pensar... (Comienza a llorar con amargura)* No sirvo para nada…

A: ¿Por qué *piensa* eso?

P: Pues porque ayer estuve con Mi *(una amiga)*. Ella lleva haciendo un psicoanálisis (o ha hecho) de 14 años. Y me decía que cómo es que yo explico aquí estas pequeñas cositas de si tengo un bultito en un hueso de la mano, como ayer le explicaba a usted. Que tengo que trabajar más, *pensar* más por mi cuenta y plantear cosas importantes… Ella hace un psicoanálisis de esos que el psicoanalista nunca habla, creo que se llama lacaniano.

A: Por lo tanto, hoy yo esperaría, como Mi, que usted venga aquí a hablar de cosas importantes, no cualquier cosa, que podría ser una tontería; porque si no es así, ¿cómo estaría yo dispuesto a que este psicoanálisis dure los años que sean necesarios?

P: Sí, a veces *pienso* que usted se debe haber arrepentido de tomarme en psicoanálisis… que debo ser la peor de sus pacientes, la que menos colabora, la más tonta…

A: Es decir, que cabe *pensar* que yo no aceptaría todo lo que usted hable, incluso lo que considere tonto, sino que tendría que hablar de cosas muy inteligentes e importantes…

P: Bueno, no creo que usted *piense* como Mi, pero es que yo *pienso* que no tengo nada sólido. Me siento que no tengo pasado, ni futuro. Cuando a veces se refiere a lo que hemos hablado, lo que hemos visto aquí, es que yo no me acuerdo de esas cosas… Estoy como estancada. Y es que si yo tenía la teoría de que los extraterrestres existen y que luego envían mensajes a las personas, pues bueno, ya tenía algo… *(inquieta)* Pero es que ahora no tengo nada dentro de mí… Es que me quiero morir *(se levanta, camina llorando)*. Me quiero tirar por la ventana… *(parece claro que la actividad de pensar es dolorosa, pienso. Va de un lado a otro por la habitación. Yo no me muevo. Sé que cuando se encuentra así, no puede dejar de moverse. En parte*

para tranquilizarse con el movimiento, y también para que yo no la vea, pues cuando se siente tan mal dice que se ve fea).

A: Es decir que la valoración de usted misma con sus aspectos negativos se le hace tan intolerable que parecería que la única salida sería eliminarlos, tirarlos por la ventana, con toda usted… ¿No podríamos pensar sobre ello?

P: *(Vuelve al diván y se sienta)* No sé si también lo que pasa es que todavía no me han contestado de la editorial. Probablemente, la semana próxima… Y eso me produce mucha tensión. Y es que he perdido la ilusión por la novela… *(En ese momento, además de haber presentado un texto antiguo para su posible publicación, ha iniciado otro de ficción, que le resultaba estimulante).*

A: Probablemente espera la solución de su vida en la respuesta de la editorial. Así no habrá soluciones parciales de cada situación de su vida, que requieren pensarlas cada vez, sino que de una vez por todas se solucionaría todo, o algo así.

P: Pero es que ¿*qué* soy yo? Nada. No tengo nada, no tengo pasado ni futuro. ¿Cómo voy a ser capaz de estar sin los mensajes que es lo que me aconsejaba Mi? Que tendría que entrar en el mundo nuevo, que no es el de la omnipotencia y los mensajes, pero yo no sé cómo se hace eso… *(Llora desesperada)* Y es que necesito que me lo digan. Necesito que usted me hable claro. Que me hable sin paños calientes… Quiero que me lo diga claro. Si es que nada de lo que he vivido sirve, si es que todo eso ha sido locura y no sirve para nada, pues dígamelo… ¡Dígame algo, por favor…!

A: *(Es evidente la presión que la paciente ejerce sobre mí)* Bueno, lo que le puedo decir en este momento es que es cierto que necesita que le hable claro, de manera que incluso está dispuesta a oír lo peor: que mucho de lo que ha vivido ha sido locura. Pero yo creo *(trato de tomarme tiempo para pensar y evitar decir «tonterías» o simplezas tranquilizadoras)* que ese mundo nuevo del que yo, como su amiga, le estoy hablando, usted lo reconoce como válido, pero se le hace tan difícil y doloroso que entonces cree que no podría entrar en él, pues supondría reconocer sus sentimientos, deseos, temores, capacidades e incapacidades; es decir, que no todo es mágico y fantástico. Aunque, por otra parte, ya no le resulta muy válido el mundo de lo mágico de los mensajes, porque eso sería ir hacia atrás, de manera que se siente estancada…

P: *(Me escucha atenta. Se queda en silencio un momento. Algo más tranquila)* Estando en casa, así, sin ilusión por escribir y sintiéndome tan tonta, tan poco capaz, como que no había nada en mí, decidí de pronto que iba al L *(un bar al que había concurrido hacía un tiempo)*, como que necesitara encontrar un chico guapo… Y me decepcionó, porque la gente estaba hablando de negocios. Y sí, encontré un chico guapo, pero resultó que se comportaba como un histérico *(hace una pausa).*

A: Es decir que necesitaba encontrar algo guapo, bello, para neutralizar lo que sentía en usted que no lo era, al sentirse como tonta, fea…

P: Luego tuve como un *mensaje* de que a Mi «se» le perdonaba haber sido dura conmigo, al hablarme de lo del mundo nuevo… Y cogí un libro que hablaba de la

importancia de las palabras. La autora escribe que de pequeña decía: «soldado», y se dirigía al balcón y veía soldados. Como que con las palabras convocaba la realidad de las cosas. Esto es lo que siempre me ha pasado a mí, como yo he vivido… a través de las palabras… y entonces se me hace muy difícil ahora…

A: Es decir, que el darse cuenta de que las palabras no son las cosas, que las palabras sirven para que usted me comunique sus pensamientos y sentimientos, pero que no tienen esa cualidad mágica de convocarlos, como si las palabras fueran el afecto o el sentimiento que intenta trasmitir…

P: Sí, pues eso, y se me hace muy duro. ¿Y qué voy a hacer yo ahora? Además, pensaba que a mis escritos les faltaba la sangre, son demasiado bonitos… Y qué hago yo ahora para buscar, por dónde he de ir… ¡dígame!

A: Es verdad, es difícil *(no se me ocurre otra cosa que decirle que no fuera una banalidad o algo ya sabido. Aunque acabo diciéndole lo evidente).*

P: No me ponga paños calientes. A veces pienso que yo debo ser la enferma más querida por usted porque debo ser la más enferma, la más necesitada, y por lo tanto usted conmigo se sentirá más necesario que con ningún otro, y por eso soy la más querida. Aunque también pienso que a mí no me dará explicaciones más elaboradas, por eso me dice lo de que las cosas son difíciles, que hay que ir viendo y todo eso.

A: Pero es que resulta que es así, que yo no sé por dónde ha de ir usted para encontrar esa otra manera de reconocer y expresar con palabras lo que va viviendo. O mejor dicho, yo no puedo evitarle que usted experimente lo que vive sin intervención de lo mágico. Sí puedo, tal vez, acompañarla en esa tarea.

P: *(Más tranquila)* He traído el papel que ayer le dije que había escrito… *(duda leerlo)* Pero es que no tengo ganas… *(deja el papel y con tono de desánimo dice)* Para qué… no vale la pena.

A: Quizá no sabe si vale la pena el esfuerzo de comunicar con palabras, si resulta que las palabras no son exactamente lo que transmiten, si pierden esa característica de convocar las cosas, de convertirse en las cosas que nombran…

Finalmente lee un escrito corto que describe personajes referidos al analista como el *guía*, lo que asocia a otro escrito de meses antes en el que hablaba del *farero*, aludiendo también al analista. Le digo que puede reconocerme ahora como alguien que le aporta cierta luz, cierta guía, al acompañarla en ese difícil camino de comunicarse con las palabras sin que estas se confundan con lo que representan. Termina diciendo que tiene necesidad de reconstruir algo sólido, no sabe bien qué es, pero tendría que ser algo así como construir cosas, no sabe cuáles, pero tienen que ver con la relación de aquí, la relación con ella misma, la relación con los escritos que está tratando de hacer.

Comentarios a la sesión s-369

Con el fin de examinar la sesión con detalle procuraré «acercar el *zoom*» lo máximo posible. Para ello distinguiré varios «movimientos» de la interacción paciente-analista en

función del estado emocional de la Sra. B y su reacción tanto a mis intervenciones como a mis respuestas.

Primer movimiento

La paciente llega desesperada y la primera razón que da es que «no sé pensar»; por lo tanto, no sabe hacer el psicoanálisis y se siente tonta. A partir de ese momento, utilizo intencionalmente el verbo pensar, y por ello lo he destacado en cursiva. La paciente retoma también la palabra varias veces en el curso de la sesión. Con ello pretendo trasmitirle que precisamente esa es la tarea fundamental por la que estamos en sesión: para pensar sobre ella. Enseguida tomo su palabra, como una manera de poner el acento en esta actividad, y trato de explorar porqué *piensa* que no sabe pensar. Su respuesta es la crítica de la amiga por no hablar aquí de cosas importantes. Interpreto la transferencia y le señalo su temor a que yo no estaré con ella el tiempo que necesite si no me dice cosas interesantes. Me lo confirma, al mostrar su preocupación de que yo debo estar arrepentido de haberla tomado en análisis, aunque se tranquiliza porque, al estar ella tan enferma y necesitada, yo me sentiré importante. Pero eso no es suficiente, porque vuelve el sentimiento de que no tiene nada dentro de ella, «ni pasado, ni futuro», ni los delirios (los extraterrestres), se lamenta de que no recuerda lo hablado aquí y entra de nuevo en desesperación, expresando su voluntad de morirse tirándose por la ventana.

En la medida que lo delirante ha quedado desprestigiado por el carácter de falsedad que se ha evidenciado en el análisis, no puede recurrir a ello. Entonces no sabe cómo seguir, porque tampoco tiene futuro, pues se le hace muy difícil. Llora, necesita caminar por la habitación para tranquilizarse y para alejarse de mi vista, que yo no la vea, porque sentirse mal es sentirse fea. Interpreto y le digo lo intolerable que debe de ser ver lo negativo de ella misma, de manera que solo arrojándose por la ventana podrá librarse de tales sentimientos. No niego ni banalizo su desesperación, en cambio le ofrezco mi disponibilidad a pensar conjuntamente sobre ello.

Segundo movimiento

Tras mi intervención, la paciente parece sentirse mejor y se tranquiliza. Entonces puede acercarse de nuevo a mí y sentarse en el diván. Y, efectivamente, puede pensar en otra posibilidad de su malestar: la frustración por no haber recibido una respuesta de la editorial. La tensión que genera en ella la incertidumbre de la espera le hace perder la ilusión por el texto que ha comenzado a escribir. Intervengo para señalar su expectativa mágica en la publicación del libro como lo que resolvería cada momento de su vida.

Tercer movimiento

Responde preguntándose «*qué* soy yo», no «*quién* soy yo». Porque está acostumbrada a identificarse como un conjunto de cosas que están dentro de ella, no como alguien que «contiene» esas cosas, que configuran una identidad. Y como esas cosas no están, pues no es nada. Si no hay delirio («mensajes»), no hay pasado, pues estuvo ocupado por él, pero tampoco es posible construir su futuro. Y me pregunta desesperada si es verdad que

nada de lo que ha vivido sirve porque estaba sustentado en la mentira de la locura. Es uno de los momentos de la sesión más difíciles para mí. «Dígame algo, por favor», me suplica. Me parecía cruel ratificar su sospecha, y decirle la verdad: que su vida ha estado, efectivamente, sustentada en la locura. Pero además porque esa sospecha no era del todo correcta.

En ese momento la paciente estaba luchando por enfrentar la dura realidad inmediata con el deseo de encontrar alguna forma de entrar en ese nuevo mundo de la realidad no delirante del que tampoco conocimiento tenía. Es el aspecto no psicótico que trata de colaborar. Así que me limito a describir con otras palabras lo que ella me ha dicho, pero mediante una formulación que no es tan absoluta. Es cierto que ha habido locura, aunque no solo ha habido eso. El problema es cuán difícil es para ella reconocer ese nuevo mundo, con sus propios sentimientos y vivencias, sin el recurso de lo mágico y lo omnipotente.

Cuarto movimiento

Parece que mi intervención realmente le ha servido de contención; lo demuestra el hecho de que a continuación trae asociaciones que contribuyen al avance de la sesión. La primera es un intento de buscar alivio en la belleza aparente («un chico guapo»), pero quedó decepcionada: encontró lo material y lo superficial, que en otras ocasiones le hubieran servido para «llenarse». Mi intervención apunta a su necesidad de encontrar belleza que contrarreste lo que siente feo en su interior, que tiene que ver con sus sentimientos negativos; algo que ya no pudo hallar en la belleza material y superficial.

Quinto movimiento

Es curiosa su respuesta a mi interpretación. Hace intervenir por un momento «los mensajes» por los cuales perdonaba a la amiga por haberle hablado tan duro. No puede reconocer el perdón como algo propio, pues le dolió tanto que ella misma no sería capaz de darlo. Así como necesita que yo le hable claro, y me lo pide a gritos, cuando lo hago, y a pesar de todo el cuidado con el que trato de expresarme, le supone tanto dolor que le cuesta perdonarme. No obstante, la intervención de los mensajes ha quedado limitada a no asumir la responsabilidad de ese perdón (a la amiga e implícitamente a mí), de manera que puede continuar avanzando en la sesión.

Sexto movimiento

Continúa con otra asociación: tomó un libro en el que la autora convocaba la realidad de las cosas al mencionar las palabras que la representan. Y da un paso más, al tener conciencia de que eso es precisamente lo que toda la vida le ha sucedido a ella: «Haber vivido a través de las palabras». Es doloroso tomar conciencia de que las palabras solo son un vehículo, no la realidad misma. Y por eso es tan difícil este mundo nuevo de la realidad. Intervengo para reformular con mis palabras y traer a la sesión el *insight* que ella acaba de trasmitir. No solo se muestra de acuerdo, sino que da otro paso, al criticar sus anteriores escritos por «ser demasiado bonitos, estar faltos de sangre». Recordemos

que ha hablado de que ha ido a buscar un «chico guapo» para calmar su malestar, pero ha encontrado superficialidad: lo difícil es encontrar la belleza «real» con sus matices, y su lado inquietante. Por lo que de nuevo surge la desesperación, al entrar en contacto con esta realidad dura, y a continuación la demanda para que yo haga algo, pero en el sentido de una intervención mágica. Al limitarme a señalar lo difícil de la situación, protesta con que pongo paños calientes y pide más, de nuevo con ambivalencia: pide que le hable claro, pero querría que le diera soluciones mágicas. Y aunque mi respuesta —al decirle que yo no puedo evitarle que experimente lo que vive de su realidad, cuando no interviene lo mágico, pero que puedo acompañarla en esa tarea de que ella lo intente— no aporta nada nuevo, insiste en la importancia del reconocimiento de la realidad como base fundamental de ese aprendizaje.

Séptimo movimiento

La paciente vuelve a sentirse más tranquila y retoma un escrito que con cierta dificultad acaba leyendo. Si bien lo produjo fuera de la sesión, lo aporta precisamente en ese momento, y puedo tomarlo como una asociación. Me parece significativa la alusión del texto a la figura del analista en el sentido de alguien que la guía o el farero que le aporta luz.

La sesión comienza con un estado de desesperación por la toma de conciencia de que ha vivido toda la vida a través de las palabras a las que les ha conferido esa connotación mágica de convocar la realidad sin que sean la representación de la realidad misma, en cuyo proceso ha intervenido el pensamiento delirante, y que el resultado de esa conciencia es sentir que no es nada, que no hay nada dentro de ella. Poco a poco, y a pesar de la presión ejercida sobre el analista para hacerle entrar en el mundo de lo mágico, para que utilice palabras que, como los mensajes, transformen su mundo interno, la paciente ha podido pensar, asociar y utilizar las palabras en un sentido metafórico. Así pues, al final ella misma acaba con la referencia al analista utilizando la metáfora del «guía» o el «farero». Es decir, ha podido emplear las palabras en su más plena formulación simbólica, al mismo tiempo que conecta con lo que está diciendo. De ahí la dificultad para traer el texto en ese momento, cuando otras veces el problema ha sido lo contrario: su pretensión excesiva de leerme sus textos como forma de exhibición de una belleza que, como ella dice, está falta de «sangre».

Esta sesión es una pequeña muestra del doloroso paso de la ecuación simbólica a una simbolización más evolucionada. El problema de la paciente estriba en la frágil capacidad para soportar el dolor concomitante a pensar, requisito necesario para el proceso de simbolización (diferenciación del objeto, duelo por su pérdida, al no ser la palabra que lo representa).

6. PENSAMIENTO DELIRANTE, VACÍO MENTAL Y OTRAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En la locura no te das cuenta de lo que sufres.
Preferiría vivir en la locura porque sufría menos que ahora,
al tener que reconocer los límites de la realidad.
SRA. B, SESIÓN S-276

Contexto analítico de la cita: es una sesión de lunes tras un fin de semana en el que la Sra. B tuvo problemas con los padres, por lo que se ha sentido muy sola, pues ahora no tiene las «referencias totales», es decir, los mensajes y delirios que resuelven la soledad. Tiene el sentimiento de «vacío sideral» por tanta soledad, que le recuerda uno de sus antiguos delirios en el que «sentía que ella era una astronauta que había caído en el vacío cósmico donde quedaba flotando… para siempre. Un sentimiento terrible, muy angustioso». Cuando le señalo que la añoranza del delirio no se corresponde con el sufrimiento tan profundo que recuerda, contesta: «En la locura no te das cuenta de lo que sufres». Y añade en relación con cuán duro resulta esto para ella: «Reconocer los límites de la realidad».

Este capítulo estudia las restantes manifestaciones clínicas de la OPsP, concediendo especial atención al pensamiento delirante y a la experiencia de vacío psíquico, aunque sin desatender las dificultades de comunicación en la relación analítica.

Pensamiento delirante: fantasía inconsciente y delirio

El pensamiento delirante es la otra consecuencia de la capacidad limitada de contención del dolor psíquico. Si cuando predomina un funcionamiento no psicótico el pensamiento es el rodeo necesario para «concebir» la realidad que percibimos, lo que implica tolerar el dolor concomitante a dicha «concepción», en el caso de la OPsP la mente se estructura con el predominio de una «concepción» de la realidad distinta de aquella que resulta intolerable; lo «concebido» es pues otra realidad, es el pensamiento delirante.

Obviamente, lo «pensado», es decir, lo «fantaseado», se superpone a la realidad inaceptable, aunque sin anularla del todo, como veremos. En general, para que nuestra mente esté en equilibro al parecer necesitamos de la persistencia de elementos primitivos omnipotentes que subyacen tras las fantasías inconscientes, similares a muchas de las ideas delirantes del paciente psicótico. La diferencia estriba en que el psicótico resiste a toda costa la prueba de la realidad por lo insoportable que le resulta, contradiciéndola y negándola, cuando no basta con distorsionarla. En el pensamiento ordinario, cuando la realidad es dolorosa, se la distorsiona en parte, pero existe la suficiente capacidad para tolerar el dolor de la realidad evidente como para no negarla. Aunque las cosas no siempre son tan claras, y en cualquier individuo existen momentos en los que es posible, e incluso necesaria, la negación de la realidad, aunque solo sea temporalmente. Es lo que sucede por ejemplo al inicio del duelo por la pérdida de un ser querido.

En «Phantasy and reality» (1994), H. Segal basándose en la afirmación de Freud según la cual para el desarrollo de la psique es necesario el reconocimiento de la realidad externa, añade que esta es inherente a la realidad interna de los propios deseos y fantasías. Como estos últimos no encuentran siempre satisfacción inmediata, es necesario algún recurso para salvar ese vacío. Freud (1911) describe dos formas: la satisfacción alucinatoria del deseo, según el principio del placer, y la otra bajo el principio de realidad que es la que da lugar al desarrollo del pensamiento.

Para Freud los pensamientos son una «acción experimental» que, según Segal, estaría también presente de manera primitiva en las fantasías inconscientes de lo preverbal. La fantasía inconsciente, sugiere la autora, es

> *un conjunto de hipótesis primitivas sobre el objeto y el mundo que se experimentan* a nivel de la fantasía, comparando diferentes salidas imaginarias bajo la forma «Qué ocurriría si…». (Cursiva nuestra)

Esta postura es muy diferente de la fantasía delirante que crea un mundo «como si» las cosas ya fueran tal cual las imagina el individuo: lo que fantaseo *es* la realidad. En el curso del desarrollo del individuo y de un análisis exitoso se produce un cambio desde una organización arcaica de la fantasía que distorsiona la percepción y da lugar a acciones compulsivas hasta otra organización mental con una mayor capacidad para tolerar la prueba de realidad. Ello nos remite, concluye Segal, al conflicto básico entre la fantasía omnipotente y la aceptación de la realidad, así como la aceptación gradual del principio de realidad sobre el principio de placer-dolor (Segal 1994, pp. 38-39).

Steiner sostiene que el mundo delirante no deja de ser una forma de refugio psíquico (1993, p. 121), aunque difiere de otras organizaciones patológicas en la intensidad y la violencia de la fragmentación, lo que conduce al uso de fuerzas omnipotentes delirantes que impongan orden y proporcionen alivio (Steiner 1993, p. 85). Ciertamente, el mundo delirante es la única manera de poner «orden», de «contener», diría yo, las ansiedades psicóticas.

Sin embargo, y de acuerdo con mi práctica con pacientes psicóticos que tienen una vida mental aún activa, me pregunto si la organización defensiva tiene siempre el carácter de «refugio». Este término evoca un ámbito al que se retira el individuo para encontrar *protección,* seguridad y alivio; así lo muestran los pacientes no abiertamente psicóticos,

que hablan de lugares como una isla desierta o una cueva. La organización del paciente psicótico sería el único recurso del que dispone, el menos malo, frente al peligro de una realidad que se le presenta catastrófica, pero también conlleva un estado emocional de coerción y sumisión bajo amenaza que dista del estado de placidez de los ámbitos del «refugio».

Realidad y delirio: visión binocular y visión *bi-ocular*

¿Qué sucede con la realidad temida, odiada, repudiada, etc., cuando predomina la organización psicótica de la personalidad que necesita generar el delirio? ¿Cómo es esta realidad para el paciente psicótico? La Sra. B la define muy bien cuando en una ocasión dice:

> La realidad supone, por un lado, esfuerzo para conseguir las cosas, luego el reconocimiento de que es realidad, quiero decir, que no es fantasía [algo creado por ella], y también el anonimato, de que yo no soy protagonista [el centro]… Y todo eso supone estar sola». [Y a continuación me pregunta:] Pero, Dr. PS, ¿cómo se hace para estar con la realidad?

Para responderle la última pregunta, cómo se hace para estar con la realidad, relato una serie de cosas que ya en la misma sesión ha mencionado —de las que ella tenía conciencia y que debería asumir y realizar— como necesarias para lidiar con la realidad. Por lo tanto, que la paciente cree un universo delirante no significa que desconozca la realidad; una vez más, el problema radica en la limitación para tolerarla, por lo que ha de hacer todo lo posible para funcionar *como si* no existiera.

Es importante reconocer que el paciente psicótico también *sabe* de la realidad (no delirante). De ahí que debamos hablar de coexistencia del delirio y la realidad, de la «realidad» delirante y de la realidad; en consonancia con lo que he defendido hasta aquí, esto es, que junto a la parte psicótica de la personalidad existe otra parte no psicótica. Ya citamos a Freud (1937) a este respecto. Y podemos recordar también a Bleuler, cuando afirma que «el sentido de realidad no está completamente ausente en el paciente esquizofrénico» y, en consecuencia, las ideas delirantes «coexisten con estados de lucidez» (1911, p. 136), Thomas Freeman (1999) y Franco de Masi (2015) se cuentan entre los autores contemporáneos que también señalan tal coexistencia. Me ocuparé a continuación de las ideas del último.

Según de Masi (2015), el paciente psicótico visualiza un doble mundo, el delirante y el de la realidad psíquica, sin que entren en contradicción. Se refiere a esta coexistencia como una forma de «visión *bi-ocular*», para distinguirla de la *binocular,* descrita por Bion. De Masi escribe: «*los dos mundos están separados entre sí y no se comunican; el paciente puede habitar ambos en diferentes momentos*» (de Masi 2015, p. 1205; cursiva nuestra).

Como he sostenido, uno de los problemas principales en toda organización patológica de la personalidad, la psicótica incluida, es el *tipo* de comunicación e interacción que existe entre la parte psicótica y la no psicótica; es decir, presupongo alguna forma de comunicación. Así pues, no me parece tan claro que lo delirante y lo real constituyan mundos paralelos tan nítidamente separados, al menos en el paciente que recibe algún tipo de ayuda psicológica. Creo que más bien existe una interacción continua de la cual puede resultar una organización de la personalidad cada vez más alejada de la realidad, cuando predomina lo psicótico o, por el contrario, una organización con una mayor aceptación de la realidad. Es ahí donde la intervención analítica puede inclinar la balanza en uno u otro sentido o, como en el paciente que nos presenta de Masi, que el delirio quede circunscrito y no se incremente la distancia entre la parte psicótica y la no psicótica, entre la realidad y el delirio.

En este punto quisiera profundizar esta reflexión y recordar la aportación de Bion sobre la «visión binocular» en la vida psíquica. Se trata de una analogía que toma de la dinámica de la visión ocular: la percepción de cada uno de los dos ojos necesita ser conjugada entre sí para alcanzar una percepción estereoscópica, más completa, y armónica de la realidad física; Bion señala que en esa función de conjunción de dos «visiones» psíquicas estriba la tarea primordial del crecimiento mental. En varios momentos de su obra se refiere a esta analogía.

En *El mellizo imaginario*, Bion señala que el hecho de que uno de sus pacientes valore las ventajas del microscopio binocular respecto del monocular es indicativo de un mayor sentido de realidad, tanto hacia los medios utilizados para establecer contacto con ella como en la confianza en su habilidad para explorar lo intrapsíquico (1950, p. 33). Además, indica que la aparición de la visión en el desarrollo del individuo supone una nueva capacidad para explorar el entorno; desde este punto de vista, considera que sus pacientes vivían el análisis como un incremento de sus herramientas para la investigación psíquica al añadir una nueva «visión» (1950, p. 35). En un trabajo posterior, especifica en qué consiste tal contribución del psicoanálisis al paciente, según la analogía de la visión binocular:

> El uso en psicoanálisis de la conciencia y el inconsciente para visualizar un objeto psicoanalítico es similar al uso de los dos ojos en la observación ocular de un objeto sensible a la vista. (Bion 1962a, p. 117)

Un poco más tarde amplia la idea anterior en el sentido de que un paciente puede modificar su actitud hacia el objeto cambiando el punto de vista desde el que lo observa (cf. Bion 1965); de manera que puede tratarse de un punto de vista perverso o, por el contrario, una perspectiva similar a la que utiliza un topógrafo que cambia su ubicación para medir mejor la distancia a un objeto que se encuentra lejos. Dicho procedimiento implica el uso de la *escisión* (del tiempo y del espacio), aunque el resultado dependerá de la naturaleza de la intención de la escisión. Es decir, la escisión puede ayudar a solucionar el problema de encontrar un sustituto para la «visión binocular» cuando esta no está disponible o puede representar un obstáculo de la solución al destruir la «visión binocular» cuando sí está disponible. La cuestión radica pues en el uso que se dé a la escisión: bien sea como un método para establecer correlación, en cuyo caso el

mecanismo conlleva unir luego lo escindido, o bien, en el caso de la personalidad cuya escisión está motivada por impulsos destructivos —pensaríamos en la personalidad psicótica, por ejemplo— que trata de impedir la correlación entre lo ya escindido. Me parece significativa la frase que expresa esta idea, redactada en un estilo claramente bioniano, al plantear una cuestión desde el polo oculto al que resulta más evidente:

> El obstáculo para la correlación de una personalidad cuya escisión está motivada por impulsos destructivos es la necesidad de que dos objetos se *unan creativamente*. (Bion 1965, p. 85; cursiva nuestra)

Bion no lo expresa al revés, que la necesidad de unir dos objetos de forma creativa está obstaculizada por la escisión de naturaleza destructiva. Como yo lo entiendo, si bien en el paciente psicótico predomina la escisión destructiva, es inevitable la existencia al mismo tiempo de una necesidad de unir dos objetos. Por lo tanto, la tendencia a escindir el mundo real y el mundo delirante se encuentra con la resistencia de la necesidad de ponerlos en relación *creativamente*; esto significa el debilitamiento del mundo delirante con todo el dolor concomitante, como tantas veces expresó la Sra. B por su pérdida. En cualquier caso, quiero destacar el inevitable conflicto entre la parte psicótica (con la escisión destructiva) y la no psicótica (con la necesidad de unir dos objetos), precisamente por la interacción permanente.

Bion presenta otra perspectiva de la «visión binocular» cuando advierte del peligro que suponen las confortables condiciones en las que se desarrolla el tratamiento psicoanalítico, por más que no deja de ser una aventura tan azarosa como aquellas otras actividades en las que los peligros son manifiestos. Y para enfrentar esta situación recomienda un enfoque «binocular»: por un lado, el analista atento al material del paciente y, por otro, a sus asociaciones respecto de este paciente determinado (Bion 1965, pp. 94, 95).

Así pues, la «visión binocular» es una función en la que se conjugan aspectos duales que a partir de Bion, podrían ser: consciente/inconsciente; percepción del paciente/percepción del analista; percepción del analista de lo dicho por el paciente/percepción del analista de sus asociaciones; observación tanto por el analista como por el paciente de la parte psicótica/parte no psicótica; a lo que añadiría, como señalé en otro texto, aspectos de la realidad analítica del aquí y ahora, en conjunción con la visión de otros momentos del proceso analítico (Pérez-Sánchez 2010).

Cuando se trata de una visión *bi-ocular* (de Masi 2015) en cambio, el paciente reclama para la realidad delirante el mismo estatus de «realidad» que para la no delirante, algo lógicamente imposible; por lo tanto, solo cabe plantear que se trate de mundos paralelos que aparentemente no se afectan. El problema, como decía, es que esa coexistencia no es posible sin consecuencias para las partes implicadas. De manera que si hay un mundo delirante, el mundo de la realidad queda inevitablemente afectado, en el sentido de que poco a poco se establece una mayor distancia entre ambos, con el consiguiente deterioro de las capacidades para manejarse en el mundo de la realidad.

Una síntesis del mundo delirante de la Sra. B

Dedico este apartado del capítulo a describir la estructura del mundo delirante de mi paciente a fin de comprender la función psico(pato)lógica que venía cumpliendo para mantener cierto equilibrio de la organización psicótica de su personalidad. En cuanto a la relación de objeto delirante, ha estado compuesta por elementos presentes antes y durante el análisis, aunque en el curso de este se han ido modificando: ella recibe *mensajes* procedentes de los *extraterrestres* mediante la manipulación de una *maquinita*. Este orden de exposición corresponde al de la prioridad en importancia en su vida mental.

Aunque la paciente nunca ha descrito la composición de la *maquinita*, da a entender que se trata de un artefacto mecánico capaz de producir ideas, pensamientos o, como ella los llama, *mensajes*. Cabe advertir que siempre utilizaba el diminutivo, otro elemento encubridor, para dar la apariencia de algo pequeño que habría que tratar con cuidado, y no de carácter malévolo y destructivo. La maquinita está en todas partes y en ninguna; su manejo depende de alguien situado fuera de ella y de este mundo: los extraterrestres. La maquinita recuerda al aparato mental que describe Bion como resultado de una hipertrofia del uso de la identificación proyectiva, es decir, «un aparato para evacuar», que no solo dirige lo que produce hacia fuera, sino también hacia dentro. Justamente, la paciente puede aceptar el contenido de los mensajes en la medida que su procedencia es externa. Se diría más bien que ha evacuado su propio aparato de pensar, ahora convertido en la maquinita, como algo que no le pertenece.

En el curso del análisis la mención de la maquinita ha desaparecido poco a poco. Creo que gracias a que la proyección se ha localizado en el analista y ha sido contenida en la relación analítica, dando lugar a dos experiencias diferentes: la primera, que el analista responda con un «aparato» para pensar, tolerando la frustración y el dolor necesario, lo que la paciente ha podido conectar con su parte no psicótica; la segunda, la delirante, en la que la parte psicótica engloba la mente del analista y la utiliza como depositaria de sus proyecciones y parte de su *self*.

Los *mensajes* representan los pensamientos (de carácter cognitivo-emocional) de la paciente que se refieren a aspectos intolerables de la realidad (interna y externa). Se trata de un pensamiento o idea que no procede de ella, que la atraviesa. Con el avance del análisis pude constatar que los mensajes, de contenido muy variado, siempre habían estado presentes en su vida (mental) y no solo durante los episodios psicóticos. Durante los períodos de vida en los que existe una pseudoadaptación a la realidad, a partir de ciertos elementos de la realidad externa, como el amigo que la trata con afecto de amistad, o sentirse comprendida y contenida por el analista, la intervención de los *mensajes* transforma esa vivencia en claros sentimientos de amor hacia ella. Al principio puede pasar desapercibido para la paciente, quien no toma conciencia de tales *mensajes* hasta que se encuentra con las respuestas frustrantes del otro, que se «limitan» a la

relación amistosa, en el caso del amigo, o a la relación analítica con el analista.

Los mensajes también pueden referirse a la inminencia de un acontecimiento favorable, como recibir un premio o que le toque la lotería. En los episodios con un predominio del mundo psicótico, o sea, un mayor ataque (o desconexión) a la realidad, tanto hacia los objetos de quien depende (despojados de valor) como hacia su propio *self* (empobrecido en sus capacidades de percepción de la realidad), y con intensas ansiedades de aniquilación, los mensajes le informan de la cercanía de una hecatombe mundial. Esto es vivido con una convicción delirante, es decir, que para ella tiene todas las características de elementos de realidad incontrovertible e inminente.

Por último, los *extraterrestres*. Durante mucho tiempo no me informó de las características de este artefacto psíquico, simplemente eran los agentes que generaban los mensajes, pero en muy pocas ocasiones hablaba de sus características. Se limitaba a decir «he tenido mensajes» o «lo he sabido por los mensajes». Quedaba implícito que habían sido activados por la intervención de seres extraterrestres al manipular la maquinita. Solo cuando la realidad se volvía especialmente difícil de tolerar necesitaba nombrarlos: «Los extraterrestres me envían mensajes», decía. Y nombrarlos quiere decir dotarlos de una existencia real, abiertamente reconocida. Durante mucho tiempo, la Sra. B me trasmitió que la función de los extraterrestres consistía en protegerla del dolor psíquico de la realidad. Tuvo que transcurrir un tiempo de análisis para que la parte no psicótica encontrara el apoyo del analista, y ella pudiera deshacer este engaño y desenmascarar la naturaleza destructiva y terrorífica de tales estructuras. Entonces proporcionó otra descripción de los extraterrestres. Son seres procedentes de muy lejos, de otro planeta, que tienden a hacer el mal, para lo cual adoptan formas humanas, pero no son humanos; aunque personas próximas a ella, el analista entre ellas, en algún momento u otro los han encarnado. Si bien se consideraban omnipotentes, venían a la tierra a aprovecharse de los humanos porque en su planeta de origen se habían agotado los recursos de vida.

Más adelante, a través de los mensajes, los extraterrestres le comunican a la Sra. B su angustia de eternidad, es decir, de estar condenados a vivir para siempre. Con ello se aprecia una disminución del carácter omnipotente de la parte psicótica, provocando que se debilite, en beneficio de un predominio por el reconocimiento de la realidad con sus limitaciones. Tanto es así que, aun cuando en el curso del análisis persiste la figura de los «extraterrestres», aparece en algún sueño a fin de que, como ella es la única persona humana próxima, pedirle que interceda por ellos antes los reyes para conseguir un mundo más justo y con una distribución más equitativa de la riqueza, o que los salven de la condena de la eternidad.

Cuando las intervenciones omnipotentes de la parte psicótica han quedado debilitadas y desprestigiadas por el trabajo analítico, intenta la complicidad de la parte no psicótica. Es evidente el componente perverso implícito en esta alianza, uno de los elementos de la organización psicótica de la personalidad más difíciles de deshacer, al pretender restablecer en apariencia la equidad y la justicia, cuando en realidad se trata de encubrir actividades destructivas para su mente y sus relaciones. Equidad, por ejemplo, que ella

reivindicaba en muchos momentos entre paciente y analista para evitar la diferenciación de funciones y despojar al analista de su función analítica.

Ya he descrito manifestaciones delirantes diversas a lo largo del libro. Lo que me interesa ahora es destacar el doble sentido que subyace tras la estructura psíquica. Por un lado, como un delirio que crea un mundo nuevo que salva a la paciente del dolor del contacto con la realidad, sobre todo de cualquier mínima responsabilidad respecto de su realidad psíquica. Esto sucede cuando existe un claro predominio de la organización psicótica de la personalidad. Por otro lado, el mundo delirante como una amenaza, cuando su mundo interno deja de estar dominado por la parte psicótica y en cambio es la parte no psicótica la que, con la ayuda del analista, puede denunciarla. Justo en esos momentos es cuando puede describir de manera «negativa» a los extraterrestres, o cuando la posibilidad de un mensaje es sentida con inquietud e incluso cuando puede decir «he tenido un ataque de la maquinita» (s-141). Cuando con el avance analítico se ha desenmascarado el carácter destructivo de la organización psicótica, la Sra. B ya no puede recurrir a esta con la misma facilidad que antes; este hecho provoca en ella un sentimiento de añoranza, expresando que «daría todo el oro del mundo» por delirar de nuevo, debido a la dificultad que representa la nueva realidad sin los delirios.

Efectos y manifestaciones corporales

En no pocas ocasiones a los pacientes con una OPsP les es difícil contener la intensidad de las ansiedades catastróficas en el ámbito estrictamente mental, por lo que a veces necesitan también de la participación del cuerpo, como un «continente» en el cual depositar lo que les «rebosa» mentalmente. Sin embargo, puesto que en la OPsP el predominio defensivo frente a la realidad dolorosa es la «modificación» mediante el delirio o su negación, cuando esta defensa disminuye en el paciente como resultado del análisis, recurre al cuerpo (véase el capítulo 4).

Al revisar la afirmación de Bion sobre la ansiedad, y con ella la de los sentimientos, según la cual estos no tienen ni forma, ni olor, ni color, Resnik sugiere que quizá «los sentimientos y los pensamientos tienen el color, la forma y el olor del cuerpo» (2016, p. 15). En el caso del paciente psicótico la sugerencia de Resnik se ubica en una categoría especial como vía de expresión de las intensas ansiedades catastróficas; especialmente, añadiría, cuando existe una disminución del mundo delirante.

En la Sra. B la referencia al cuerpo como recurso «psíquico» ha sido muy variable y polifacética. En momentos de desesperación deseaba tener un cáncer para así poner fin al sufrimiento. De esta manera no necesitaba plantearse la idea del suicidio que le resultaba más problemática, por tener que asumir una mayor responsabilidad, sobre todo desde que se encontraba en análisis. Otras veces la idea del cáncer aparecía como un temor, una «angustia de muerte» que no sabía cómo controlar. En ocasiones era

ambivalente, lo deseaba y lo temía.

Una constante en el proceso analítico tiene que ver con que, cuando avanzamos con la colaboración de la parte no psicótica suele resurgir alguna molestia somática a la que la paciente pretende que yo conceda más importancia que a lo psíquico. Al disminuir la actividad delirante resurge el deseo de padecer un cáncer, como una manera de «tener algo» en su vida mental, pues si no, no tiene nada. A veces experimenta un cansancio físico que atribuye a la intervención del analista, pero no por su trabajo analítico, sino por los efectos secundarios de la radioterapia que él le debía estar aplicando a distancia.

En estos momentos de progreso, si bien la paciente reconoce sentirse mejor psíquicamente, las pequeñas molestias corporales que magnifica son vividas como efecto de la insuficiencia del tratamiento analítico. Porque, para que sea completo, la intimidad y profundidad de la comunicación entre paciente y analista conseguida en lo psíquico debería tener lugar también a nivel corporal. Ante tal «carencia», la paciente solía quejarse de que si bien el analista le había curado de lo psíquico había sido a expensas de enfermarla del cuerpo; en términos más radicales me acusaba de ser un «asesino» que había causado su «enfermedad física».

En el caso de la Sra. B el cuerpo también ha actuado como «vehículo de satisfacción placentera» que le puede ser útil para neutralizar las vivencias destructivas o para acentuarlas cuando se trata de negar la separación del objeto (ya hablé de fantasías masturbatorias, de carácter alucinatorio). Asimismo, experimenta ciertas sensaciones cenestésicas como sentimientos ajenos a ella, que pertenecen a otros, en particular al analista; son ejemplos las lecturas y las visualizaciones introyectivas ya descritas.

Consecuencias relacionales: problemas de comunicación interna y externa

La comunicación interna del paciente entre la parte psicótica y la no psicótica

Uno de los principales problemas del tratamiento de los pacientes psicóticos es cómo establecer una comunicación comprensible entre ellos y el analista. La dificultad no reside en la ausencia de una relación de objeto, por el narcisismo extremo, según la idea de Freud. Al contrario, el marco psicoanalítico evidencia la intensidad de la relación con el analista, aunque también su fragilidad. El problema se origina en la dificultad de comunicación entre la parte psicótica y la no psicótica del paciente. Y para conseguirlo, es necesario dar un rodeo y detectar cada una de las partes proyectadas en el analista.

La comunicación entre ambas partes puede tomar cursos diferentes, lo que determina

las distintas formas de organización patológica. En el caso de la OPsP, llega un momento en que el conflicto entre la parte psicótica y la no psicótica es tan insoportable para el paciente que la primera predomina en el funcionamiento de la personalidad, con la connivencia de las partes sanas, sometidas a aquella, ante la promesa de una «realidad» nueva, alternativa a la realidad dolorosa. Como consecuencia se incrementa la distancia de la realidad y las partes sanas se debilitan. En definitiva, se establece una brecha cada vez más honda entre la parte psicótica y la parte sana.

La comunicación con el analista

La comunicación del paciente psicótico con el analista se deriva del tipo de comunicación interna descrito, pero tratando de incluir al analista mediante intensas proyecciones. El conflicto interno exteriorizado en la relación con el analista se acentúa al ser este el representante de la realidad. En la medida que, desde la perspectiva de la parte psicótica, la realidad está asociada a dolor intenso, lo que implica el riesgo de entrar en estados de desintegración, la propuesta del analista de acompañar al paciente en su contacto y descubrimiento de la realidad queda desprestigiada y rechazada, como una amenaza catastrófica. Aunque si el paciente ha llegado hasta la consulta del analista es porque espera también, contando con la parte no psicótica, que la intervención de aquel sea una alternativa válida a la de la organización psicótica.

Así pues, como todos los analistas que han trabajado con pacientes psicóticos destacan, resulta primordial encontrar la vía de acceso a la parte no psicótica, o infantil, capaz de establecer una dependencia sana, para desmontar las mentiras de la parte psicótica y deslindarlas de las que no lo son. No obstante, cuando predomina la parte psicótica será inevitable «habérnosla» con ella también, algo insoslayable si queremos propiciar cambios significativos. Y en ese punto es muy importante no responder a la provocación y a la arrogancia de la parte psicótica, sin negar la realidad psicótica, aunque defendiendo la realidad que el analista percibe.

En el segundo capítulo expuse el ejemplo del fracaso de mi intervención, al tratar de confrontar la realidad delirante de mi paciente con mi perspectiva del conflicto interno de ella. No es posible contraponer la realidad delirante y la realidad del analista de manera directa, pues cada una se encuentra en registros diferentes. Ya hemos hablado de la coexistencia *bi-ocular* de la realidad delirante y la real sin que, en apariencia, se contradigan. Una apariencia que conviene mantener temporalmente, en lo que tiene que ver con las convicciones de la paciente respecto de sí misma, pero no frente a las que el analista tiene de él. La confrontación directa con la parte psicótica acentúa las defensas psicóticas, por un lado, y dificulta, por otro, que la parte no psicótica nos escuche, si no en el momento, sí más adelante.

Transferencia psicótica y contratransferencia

Por definición, la transferencia implica una cierta distorsión de la realidad: el paciente considera que la relación que mantiene con el analista «es» de una forma determinada, en función de las características personales de los dos componentes que participan en ella, y no que se trata de una relación «coloreada» por las proyecciones de los objetos internos y del *self*. Es decir, que si la paciente se enamora del analista es porque simplemente han surgido esos sentimientos naturales entre una mujer y un hombre; o si se enfada con él es porque el analista ha actuado de alguna manera inadecuada por la que hay motivo para estar irritada u ofendida. El paciente no piensa que el analista está representando a sus antiguas figuras afectivas de relación y por eso experimenta tales emociones. Sin embargo, la interpretación del analista puede resituar la realidad y ayudar al paciente a reconocer esa distorsión, en función del tipo de relación de objetos internos predominantes.

Como sabemos, esto ocurre en todo proceso terapéutico con cualquier paciente, aunque en el paciente psicótico es mucho más difícil demostrar dicho proceso «transferencial». Los sentimientos surgen porque esta relación los propicia, y punto. Aquí intervendría la limitación de la capacidad de simbolización del paciente y la tendencia a considerar la realidad de manera *concreta*, cuando el reconocimiento de la realidad se le hace especialmente difícil. Mi paciente decía: «Los psiquiatras te dicen que has de depender, pero luego tienes que ser independiente; que pueden darte afecto, pero luego no… Es que ustedes los psiquiatras son como los *extraterrestres* haciendo estas cosas». Por lo tanto, no solo existe el componente de distorsión de la relación analítica, propio de toda transferencia, también asistimos a una transferencia psicótica, es decir, delirante. El capítulo 9 ilustra con detalle distintas modalidades de transferencia psicótica con mi paciente.

En cuanto a la *contratransferencia*, como se desprende de lo dicho sobre la transferencia, es de gran intensidad y, en consecuencia, la dificultad para manejarla y no perder con demasiada frecuencia la función analítica es extrema. Gracias a que hoy conocemos mejor los niveles primitivos de la transferencia podemos reconocer las inevitables respuestas contratransferenciales en el sentido de *enactments,* que se acentúa considerablemente en los pacientes con una organización psicótica de la personalidad. En ese sentido, buena parte de la tarea del analista consistirá no solo en comprender al paciente, sino también los frecuentes *enactments* del analista.

Formas de comunicación: la comunicación verbal especial

Otro problema que se plantea en la comunicación con pacientes con un funcionamiento de organización psicótica es el uso y sentido de las palabras. En muchas ocasiones, estas tienen un significado distinto para el paciente y para el analista; tanto las que enuncia el primero como las que comunica el segundo. El «aparato» de producción verbal del paciente emite un discurso que no se encuentra en el mismo registro que el «aparato» receptor del analista, y viceversa. Por lo tanto, es imprescindible tomar nota del *contexto* en el que se pronuncia cada frase, y cada palabra, para aproximarse a una comprensión

verosímil de lo que el paciente intenta trasmitir. Este contexto incluye varios factores: el momento de la sesión en que tiene lugar la producción verbal, el acompañamiento corporal (gestual y psicosomático), el momento del proceso analítico y la proximidad o no de una separación entre paciente y analista.

La comunicación extraverbal

Puesto que en el paciente psicótico la comunicación verbal está restringida por las limitaciones de la simbolización, será necesario estar atentos a otras formas de comunicación. Se incluye aquí el registro paraverbal, es decir, todo el componente corporal que acompaña directamente al discurso: la manera de pronunciar las palabras —el tono, el ritmo, las pausas—; los gestos corporales con los que se acentúa o se desmiente lo que se está diciendo; y la conducta del cuerpo durante la sesión. Junto a ello estaría lo preverbal, esto es, la exteriorización de niveles inconscientes que no tuvieron acceso al lenguaje verbal.

La ansiedad del paciente psicótico es de tal fuerza, por su carácter informe (no sustentado por ninguna fantasía inconsciente), que el lenguaje verbal a veces no es suficiente como vehículo continente, por lo que las palabras no bastan. Su desbordamiento necesita de todos los canales posibles de expresión, o mejor, de trasmisión. Por ejemplo, en el caso de la Sra. B, en muchas ocasiones evita echarse en el diván porque necesita el soporte visual del analista, al no ser suficiente el auditivo, al mismo tiempo que necesita constatar que el analista la ve: el cuerpo del analista que habla entrará por sus ojos, de la misma manera que ella confirmará que el suyo entra por los del analista.

A veces determinados gestos son tan particulares que pueden ser muy expresivos. Mi paciente solía fumar mucho durante las sesiones. Antes de iniciar la sesión, se sentaba en el diván frente a mí, para buscar en el bolso el paquete de cigarrillos, y yo podía entrever un cúmulo de objetos que ella revolvía de un lugar para otro. Con este gesto me estaba indicando cuál era el estado de su mente en ese momento: llena de cosas, sin orden ni concierto, y sin saber dónde estaban las que realmente necesitaba. Por lo general evitaba interpretarlo, pero tomaba nota como una primera información a tener en cuenta.

Referiré otro de sus gestos habituales que me llamaron la atención. Cuando encendía un cigarrillo con una cerilla, al apagarla, lo hacía de una manera muy peculiar: al tiempo que soplaba para apagar la llama, cerraba la boca. Yo quedaba admirado de su habilidad para realizar un gesto tan complejo, condensando dos intenciones opuestas en un solo movimiento: cerrar la boca para expulsar el aire. Como el gesto se repetía cada vez que encendía un cigarrillo, pensé que debía encerrar algún sentido. Poco a poco me di cuenta de que en realidad uno de los problemas que la paciente estaba planteando era el sentimiento de vacío —del que hablaré más adelante—. Así que pensé que el gesto podría responder a que si simplemente soplaba y sacaba el aire para apagar la cerilla sería como sacar algo importante de dentro de ella —¿su aliento vital?— con el consiguiente vaciamiento; por lo tanto, cerrar la boca al mismo tiempo que soplaba, le permitía no

perder lo que sacaba de su interior, o perderlo en menor intensidad. Si esto sucedía con el aire que expiraba, otro tanto ocurriría con las palabras que salían de su boca. Cuando predominaba el funcionamiento psicótico, en efecto, hablar era «sacar» de dentro de ella unas «palabras-cosas» que eran colocadas dentro de mí y, por lo tanto, junto al sentimiento de vacío se desarrollaba una fuerte necesidad de seguir formando parte del analista. Eran los momentos en que no podía echarse en el diván, o que marcharse de la sesión constituía un auténtico desgarro.

Hipersensibilidad perceptiva

Otro aspecto recurrente en muchos pacientes psicóticos, y que observé en la Sra. B, es la hipersensibilidad o hiperpercepción de la realidad, en particular de todo la que atañe al analista, a su persona y a su entorno. No se le escapa ningún detalle, tanto de la realidad externa como de las palabras dichas y las no pronunciadas pero deducidas de expresiones o gestos del analista. Es decir, que cualquier dato, por pequeño que este sea, puede adquirir la categoría de «asunto de suma importancia». Por lo tanto (casi) nada le pasa desapercibido. Existe pues una percepción «indiscriminada» de la realidad, en el sentido de que todo tiene el mismo estatus. Probablemente es una defensa para no reconocer aquellos aspectos de la realidad que sí son realmente significativos y dolorosos, además de una forma de control del objeto. Una consecuencia de este funcionamiento es que el paciente se siente invadido por tantos estímulos de la realidad que lo obliga a una sobrecarga emotiva y perceptiva, la cual resulta en una actividad mental agotadora.

Obviamente, las repercusiones inconscientes en el analista de la interacción con el paciente psicótico muchas veces se manifiestan sutilmente antes de que él mismo se dé cuenta: la prontitud o el retraso con que responde al paciente; el tono, el timbre, el ritmo, la cadencia o la irregularidad de la voz son signos de comunicación inconsciente que el paciente psicótico captará precisamente por la hipersensibilidad a la que me refiero. En los pacientes con predominio de un funcionamiento no psicótico, o en los momentos en que predomina este último en los psicóticos, tales oscilaciones son pasadas por alto o relativizadas. Y es así no tanto porque no lo perciban, sino porque no adquieren la repercusión emocional que supone para el paciente psicótico. Este último, en cambio, se detiene en tales movimientos y pide explicaciones al analista por lo que ha entendido como un signo de desapego, incomunicación o incluso rechazo, que en alguna medida puede ser cierto, pero no con la intensidad con la que la capta el paciente. El analista se siente así continuamente controlado, incluso sus movimientos más sutiles, que supone para él un conflicto entre actuar de forma «libre» —de acuerdo con sus criterios y manera de hacer las cosas— y la presión del paciente, con su vigilancia continua, que lo obliga a una extraordinaria tarea de autocontrol.

Dos fuentes confirman la razón para ello: la intensa identificación proyectiva que el paciente ejerce sobre el analista, que conlleva un necesario control del objeto en el que está proyectando; y, no menos importante, la verificación continua del estado mental del analista y, por extensión de todo aquello a lo que esté vinculado, que pueda dar indicios

de su vida mental, a fin de saber si se encuentra en condiciones de tolerar tales proyecciones para luego ayudarle.

Otras consecuencias: el vacío mental

El vacío mental es otra consecuencia de la identificación proyectiva y la escisión patológicas, cuando el pensamiento delirante no funciona —o lo hace de manera insuficiente— para paliar el dolor de la realidad. La referencia al sentimiento de vacío ha estado muy presente en la Sra. B desde el comienzo del análisis. Básicamente, el vacío surge cuando está sola, no vive una relación presencial y el funcionamiento psicótico delirante no está activo. En líneas generales, cabe distinguir dos tipos de vivencia del vacío: 1) la autopercepción de *sentirse vacía* —«Me siento vacía, no tengo nada, solo vacío»—, es decir, que se reconoce como un continente en cuyo interior considera que no hay nada; 2) la autopercepción de *sentirse en el vacío*, mucho más angustioso porque implica no poseer un continente capaz de albergar su vida mental, ni la expectativa de un objeto que la contenga, y que remite a vivencias catastróficas.

En lo que resta de capítulo describiré varios momentos del análisis para mostrar los distintos significados de la vivencia de vacío. Al cabo de unos meses de iniciado el tratamiento, la Sra. B siente que empeora porque el asunto de la «maquinita» la va invadiendo. Cuando un amigo emite una opinión sobre ella, piensa que es para manejarla mediante la maquinita. Siente que está perdiendo fuerza la ilusión por buscar piso a lo que se han unido otras cosas: el vínculo con una amiga importante para ella se ha debilitado y en el bar al que acudía para encontrar amigos se siente rechazada. El resultado es que se siente vacía. Queda claro aquí que la insidiosa actividad delirante amenaza con entrar en juego cuando se «debilita» la relación fusional con otros, en especial si siente el rechazo. Pero cuando se encuentra en una situación en la que el delirio aún no la ha «invadido» por completo, pero se siente fuera de las relaciones de fusión, experimenta un estado psíquico nuevo (ni dentro del objeto ni poseída por el delirio), es decir, un estado intermedio que ella califica de vacío.

Poco *después (s-47)*, viene a la sesión diciendo que tiene muchas cosas que explicar y todo es muy doloroso. Una de ellas es no haber ido a visitar a un amigo internado en un psiquiátrico; al principio sintió alivio, pero luego se sintió vacía, y le duele. Aquí el vacío es una defensa frente al dolor por el sentimiento de culpa, que parece sería peor. No obstante, la ausencia de este sentimiento resulta también dolorosa porque significa quedarse sin vida emocional, en la medida que la Sra. B aún conserva alguna capacidad para experimentar el dolor, lo que la ha mantenido en contacto con su mundo interno y con el análisis.

Más *adelante (s-81)*, durante la primera parte de la sesión insiste en que no acepta una

relación en la que yo soy el médico y ella la paciente, pues quiere otra en la que yo también le hable de mis sentimientos y de mi vida. Porque «usted, sabe todo de mí y yo nada de usted; parece que usted tiene bastante con su mundo interior, sus libros, su música… con usted mismo… y eso no es». Interpreto la envidia, sutilmente: quisiera tener lo que yo tengo. Me prohíbe que le interprete porque eso es proyectar en ella mis problemas. Venía contenta a la sesión, dice, y ahora se siente fea, agresiva y con un vacío, «porque usted me proyecta el vacío de su soledad. Y me siento anulada, subnormal… *(tras una pausa, y mirándome fijamente, continua:)* Menos mal que tiene usted un buen sillón en el que apoyarse, porque con las cosas que le digo y le suelto…». Le respondo que parece que puede valorar mi capacidad de tolerar sus ataques. Y aunque vuelve a prohibir que le interprete, a continuación pasa a hablar de ella, de su insomnio y malestar e incluso recuerda un sueño.

En primer lugar, vemos la resistencia de la Sra. B para aceptar la relación analítica entre médico y paciente. Aunque aquí no es tanto la intolerancia en aceptar la diferenciación con el objeto; lo humillante es la aceptación del objeto de quien depende; un objeto al que le reconoce unos valores y riquezas internas que ella misma detalla. A partir de ahí surge el aspecto envidioso que le señalo. Cuando mantengo mi actitud, a pesar de su prohibición a que interprete, y defendiendo mi libertad para hacer mi trabajo, entonces se siente rechazada y vacía. Es como si al rechazar la relación con el analista que intenta ayudarla solo puede ver a la no persona con quien ella querría relacionarse. Es curioso que diga entonces que yo «le proyecto el vacío de mi soledad». No puede imaginar que yo pueda contener mi vida emocional sin necesidad de compartirla con ella, a pesar de toda la presión que está ejerciendo. Es decir, no acepta que pueda salvaguardarla para mí solo. Creo que cuando valora la capacidad de mi sillón (y lo que este representa de mi método de trabajo), no solo lo hace porque me permite soportar sus ataques sino porque el método contiene mi mundo interior sin cargarla a ella, aunque me lo esté pidiendo para confundirse conmigo. Y justamente después de esta intervención la paciente puede hablar de ella misma, de su malestar, del insomnio, e incluso de un sueño que tuvo. Es decir, la queja de que le proyecto el vacío pierde sentido, siendo capaz de encontrar un contenido mental propio.

Con cierta frecuencia, la Sra. B iniciaba las sesiones poniendo en primer término el sentimiento de vacío. Ante mi reacción de esperar nuevas asociaciones, y de no pretender «llenar ese hueco», ella pudo mostrar otros sentimientos que le resultaban difíciles de soportar, por lo que el vacío constituía una defensa. Esta defensa implicaba no solo apartar de ella los afectos dolorosos, sino mover al analista a que expresara su interior, es decir, proyectando en él la capacidad de poseer vida emocional, para luego reprocharle que a su vez estuviera proyectando en ella el vacío: si le habla, porque la anula a ella, es decir, todo está en el analista; y si no lo hace, porque el silencio del analista es tomado como que lo proyectado por ella ha caído en el vacío y se queda sola.

Durante varias sesiones está deprimida, llora, se siente vacía, que no tiene nada, por lo que mejor sería morirse. Aparecen destellos del funcionamiento psicótico, que ahora teme, pues lo siente persecutorio; esto lo expresa diciendo que ha sentido «ataques» de la

«maquinita», le asusta que sea el preludio de un nuevo brote psicótico. Al mismo tiempo dice que la relación analítica está muerta porque no es una relación de fusión. Le señalo que tal vez el funcionamiento de la maquinita mata la relación analítica, pues si no es una relación de fusión, la vacía de contenido, vaciándose ella de lo aprendido aquí; aunque es cierto que eso implica tolerar el dolor de la ausencia de la relación cada vez que nos separamos hasta el nuevo encuentro.

En una *sesión posterior (s-241),* dice sentirse cansada, con mareos. No puede echarse en el diván porque si me pierde de vista, también se pierde ella. Dice temer padecer un cáncer, aunque lo preferiría, pues así tendría algo y no como en ese momento: no tiene nada dentro de ella, solo vacío. Luego añade que desde hace un año come mejor, a pesar de que toda la vida ha comido mal. Le comento que ahora se esfuerza en aceptar lo que se le da, pero quizá el problema es que tiene poca experiencia en digerir, asimilar mentalmente lo que se le proporciona, por lo que le cuesta saber si lo que se le da en las sesiones es poco o demasiado. Contesta que poco. Le respondo que quizá por eso ha de estar sentada, porque al sentirse vacía, al menos así se asegura de que me tiene con la vista. «Sí, algo de eso», responde, y, tras una pausa, añade: «Ahora pensaba en la fragilidad de usted que necesita de su método, estar metido en usted, defendiéndose». Le digo que ahora ha taponado el diálogo. Ella lo justifica, diciendo que trata de ser sincera. Le digo que creo que una parte de ella me ve fuerte para estar cerca de la situación que vive y entenderla, y es entonces cuando ha surgido el tapón, desde otra parte de ella, que no lo quiere. «Porque lo veo fuerte puedo decirle que lo siento frágil», responde. En definitiva, creo que esta sesión muestra el vacío como consecuencia de la actividad de la parte psicótica que no tolera la capacidad del analista para darle «alimento» analítico y, por lo tanto, no tenerlo o ser parte de él anula lo recibido, se vacía. Luego trata de justificar su ataque, porque me ve fuerte. Lo que no ve es que con ello se vacía ella misma.

Más *adelante (s-276)*, explica que ha tenido un enfrentamiento con los padres que ha movilizado muchos sentimientos de odio, rabia, venganza y temor a perderlos; a continuación dice que tiene la vivencia de vacío cósmico, sin referencias en qué apoyarse. El vacío cósmico le trae el recuerdo del delirio en uno de los episodios psicóticos en el que ella era una astronauta que había caído en el vacío cósmico y «quedaba flotando… para siempre, un sentimiento terrible, muy angustioso». Pero es llamativo que inmediatamente añada que preferiría vivir en la locura porque «sufría menos que ahora», cuando ha de reconocer la realidad con sus límites. Le digo que me habla del sentimiento de vacío cósmico, sin límites, angustioso y terrible, pero, por otro lado, tampoco quiere la realidad que pone límites, que no la soporta porque la priva de las referencias «totales», por lo que tendría que llenarlo con la «locura». «Pero en la locura no te das cuenta de que sufres», responde. Le digo que entonces se queda muy limitada para manejarse con la realidad de sus sentimientos, de su vida, de sus relaciones. Parece entenderlo. Al día siguiente agradece que en esta sesión pudiéramos hablar de la locura. Este material expresa gráficamente las consecuencias devastadoras de anular los

sentimientos cuando se vuelven intolerables porque la convierten en un ser sin puntos de referencia, ni internos ni externos, generando un vacío «cósmico» donde queda flotando «para siempre». Asimismo, plantea la dificultad de aceptar los límites de la realidad que ha de atacar a veces hasta tal extremo de colocarla en un espacio sin límites y sin referencias.

En *otro momento (s-361),* el funcionamiento psicótico de la Sra. B queda desenmascarado en su actividad destructiva, y tiene menos fuerza, aunque al mismo tiempo lo siente como una pérdida; al ser algo que ha presidido su vida, prescindir de él es como borrar su pasado, cuando aún no tiene herramientas suficientes para sustituirlo en su manejo con la realidad; esto la obliga a decir que está vacía porque no tiene pasado ni futuro. No obstante, al final de la sesión expresa que si al principio vino con el sentimiento de vacío, se marcha con el de dolor de reconocer todo eso. De nuevo, el vacío se manifiesta como defensa para eludir la realidad dolorosa, por la existencia de límites, como toda realidad no omnipotente, y por sus contenidos penosos.

En una etapa avanzada del análisis (s-431) acude contenta porque ha firmado el contrato para la publicación de un libro corto. La familia también está contenta. Pero al mismo tiempo experimenta cierto temor. Temor de que yo responda con una actitud de rechazo por el hecho de ser algo que la liga de manera muy intensa a mí, es decir, pretendiendo una relación de fusión. También teme, añade, que tras leer el libro (¡la paciente sabe que no forma parte de mi método de trabajo la lectura de sus escritos!) viera que detrás del texto lo que hay es vacío. Pero no se trata de un vacío en el que no hay nada, aclara, sino del vacío que puede llenarse de escritura. La Sra. B explicita su dificultad en expresar con palabras lo que quiere decir. Creo que su primer temor a mi rechazo tiene que ver con el riesgo de que el trabajo conjunto que hemos hecho, con todo el esfuerzo requerido y con algunos resultados —como el libro, entre otros— sea transformado por la parte psicótica en una relación de pareja heterosexual que tienen un bebé-libro, aunque ella sabe que eso forma parte del tipo de relación que no tiene cabida aquí. Creo que la idea de que yo vea vacío en su escritura, representa que la perciba como una escritura vacía, que no responde a una actividad creativa sino al mero relleno del vacío; tal vez como represalia de que ella me saque de mi función analítica. En esta sesión habla también de las «lecturas introyectivas», que ya he mencionado: mientras ella lee uno de sus textos, de pronto experimenta sensaciones que no reconoce como propias, hasta que se da cuenta de que deben ser del analista. Obviamente, se trata de otra forma de llenar el vacío que surgiría como defensa para evitar los sentimientos de malestar frente al hecho de que, de acuerdo con su método de trabajo, el analista no habrá leído sus textos.

En *otro momento (s-445)* cuando experimentó una descompensación psicótica que requirió internamiento, la Sra. B dice haberse sentido en el vacío, así como claustrofobia y agorafobia. Describe el sentimiento de vacío como estar «flotando en una nube». Por otra parte, temía que pudiera ser «catapultada al vacío sideral». Aquí vemos al menos dos tipos de vacío: uno representado en «flotar en una nube», un estado sin consistencia,

sin límites suficientes que permitan diferenciar el adentro del afuera, de manera que existe el riesgo de sentirse invadida o por el contrario desparramada, de ahí la coexistencia de la claustrofobia y agorafobia. El segundo tipo de vacío, el sideral, es más terrible, pues transciende toda falta de límites, que supondría un estado en conexión con las ansiedades catastróficas más primitivas.

Curiosamente, en momentos de intenso dolor e insoportable sufrimiento, fantaseaba con la solución desesperada de «arrojarse al vacío». En una sesión en la que creía que habíamos conseguido cierto *insight*, aunque doloroso por lo que implicaba reconocer que aún faltaba por seguir trabajando, y en la que ella hizo sus aportaciones y yo mis interpretaciones —que, aunque no coincidían con las suyas, podían completar la comprensión de lo que estaba sucediendo—, ella la vivió como si yo la hubiera anulado y dejado vacía. Hasta el punto de que surgieron impulsos suicidas que pretendía llevar a cabo precisamente «arrojándose al vacío», una idea que ya había aparecido previamente antes de iniciar el análisis. El sentimiento de impotencia producido por no ser capaz de salvar la distancia entre la parte psicótica y la no psicótica, entre realidad y delirio, la conduciría a «arrojarse al vacío», como si la muerte fuera lo único que pudiera cerrar esa brecha. En el capítulo 10 veremos que el proceso analítico permitió vislumbrar otras salidas.

7. ASPECTOS TÉCNICOS DEL PSICOANÁLISIS EN PACIENTES CON ORGANIZACIÓN PSICÓTICA DE LA PERSONALIDAD

Es difícil que usted pueda saber a qué me refiero cuando le hablo del dolor, si usted no lo ha vivido.
SRA. B, SESIÓN S-459

Contexto analítico de la cita: una sesión de lunes. Durante el fin de semana la paciente sintió «dolor de muerte» con ideas de suicidio y deseos de tener un cáncer terminal. No se siente comprendida con lo que el analista le dice, y responde con la cita. Este es un ejemplo de la dificultad contratransferencial para estar receptivo a las vivencias extremadamente dolorosas de la paciente.

Mi estudio del método empleado con pacientes con una organización psicótica de la personalidad parte de la idea de que si pretendemos poner en marcha un proceso psicoanalítico, solo la práctica de un *método psicoanalítico* será válido. Es lo que pretendo mostrar con la exposición del caso en la segunda parte de esta obra. No descarto que muchos pacientes psicóticos, por las características personales, psicopatológicas y las circunstancias concomitantes, puedan beneficiarse de una psicoterapia psicoanalítica, e incluso que sea la única alternativa terapéutica posible. Pero quisiera relativizar lo que parece haberse tomado como un principio indiscutible: que el paciente psicótico no es susceptible del método psicoanalítico estándar y necesita de formas modificadas de dicho método. Las razones aducidas son la dificultad para tolerar el encuadre clásico, así como para aceptar las interpretaciones transferenciales. Dedicaré aquí especial atención a estos dos aspectos, para apoyar mi idea de la viabilidad del método psicoanalítico en la OPsP; aunque la segunda cuestión la traté parcialmente en el capítulo 5, al estudiar las limitaciones de simbolización.

En mi opinión, el objetivo terapéutico en la psicosis estriba en ayudar al paciente a que sea capaz de establecer vínculos y soportar sus consecuencias. Para ello, la primera labor consiste en la capacidad de contener los ataques (Bion 1959) o desconexiones (Britton 2015) del paciente al vínculo terapéutico, de cuya contención pueda aprender, para luego ayudarle a vincular las diferentes experiencias emocionales fuera (con el analista) y

dentro de sí mismo.

Existe una amplia bibliografía sobre el tratamiento de la psicosis desde una perspectiva psicoanalítica, que no revisaré. Me limitaré a exponer la técnica empleada por mí, teniendo como base la experiencia del psicoanálisis con la Sra. B. Puntualmente, haré mención de algún autor más actual.

La indicación del psicoanálisis en pacientes con una OPsP

El interés del psicoanálisis por el tratamiento de pacientes psicóticos se inicia con Freud, y ha persistido hasta la actualidad, con oscilaciones en cuanto al entusiasmo o pesimismo respecto de los logros terapéuticos. Y si bien Freud los excluyó del tratamiento psicoanalítico por no ser capaces de transferencia, dejó la puerta abierta a conseguirlo en algún momento, con base en dos cuestiones: 1) mediante los progresos pendientes en el estudio del narcisismo (Freud 1914); 2) en la observación de que la transferencia no siempre está por completo ausente, por lo que en los momentos en que sí lo está sería posible un trabajo analítico (Freud 1925a).

Lejos ya el optimismo de las décadas de 1950 y 1960 sobre la eficacia terapéutica del psicoanálisis en tales pacientes, hoy persiste una actitud más realista. Somos más conscientes de la enorme dificultad que comporta para todos los implicados en un psicoanálisis de este tipo (paciente, analista, familia, otros profesionales) realizar semejante tarea para conseguir unos logros discretos, aunque importantes; valorando siempre si el esfuerzo desplegado por tantas personas se compensa con los logros conseguidos. No obstante, cuando las condiciones son favorables, algunos analistas aceptan el reto de seguir la línea de investigación terapéutica iniciada por los pioneros: H. Rosenfeld (1965, 1971b, 1978, 1987), W. Bion (1967), H. Segal (1950, 1957, 1972), H. Searles (1965, 1972, 1979), P. Giovachini (1974), por citar algunos y de escuelas diferentes; y continuada hasta la actualidad por otros: R. Lucas (2007), D. Rosenfeld (1992, 2006), B. Rosenbaum (2010), F. de Masi (2010, 2015) y P. Williams (2010) por mencionar unos pocos entre los más recientes. El enorme esfuerzo requerido para realizar dicha labor no solo resulta en algún beneficio para los pacientes, también permite profundizar en la comprensión de la psicosis y, en consecuencia, desarrollar tanto el método psicoanalítico propiamente aplicado a ellos como técnicas derivadas de dicho método para enriquecer la psicoterapia psicoanalítica en el ámbito asistencial de la psicosis. Asimismo, nos ha permitido profundizar en el funcionamiento de la mente humana, en sus niveles primitivos y psicóticos, con lo cual avanzamos en la comprensión y el tratamiento psicoanalítico de cualquier otro paciente.

Hoy sabemos que el concepto de «analizabilidad» ha perdido fuerza, pues muchos pacientes que no serían aptos según los criterios de una determinada escuela o analista,

son capaces de iniciar un proceso analítico, con otro psicoanalista, desde otra perspectiva. Así pues, es difícil establecer criterios excluyentes. Por lo tanto, en función del contexto preciso de la escuela a la que esté adscrito el analista, de sus intereses científicos y personales, así como de un mínimo de disponibilidad del paciente —que señalaré— y de su entorno, considero posible plantear la realización de un psicoanálisis en pacientes psicóticos.

En otra parte he descrito lo que denomino «indicadores psicodinámicos» (Pérez-Sánchez 2012) que permiten valorar la indicación de un paciente para psicoterapia y psicoanálisis. En síntesis, los indicadores están organizados por polaridades, basándome en dos ideas de Freud: la ambivalencia en la vida psíquica, por un lado, y el conflicto entre las tendencias de vida y las tendencias de muerte, por otro. Distingo como indicadores fundamentales los siguientes: aspectos sanos/aspectos enfermos; aspectos adultos/aspectos infantiles; sinceridad/insinceridad; amor/odio a la verdad psíquica; tolerancia al dolor/placer; tolerancia a las ansiedades de vinculación/separación; capacidad y tolerancia por lo femenino/masculino. Presumo que la pareja de elementos que conforman un indicador están siempre presentes, y que la cuestión es dilucidar la proporción en que se conjugan. Para extraer los indicadores me baso en tres fuentes de información proporcionados por las entrevistas diagnósticas: los datos biográficos que nos aporta, los datos psicopatológicos y los que observamos de la propia relación que establece el paciente con el analista. Procuro contrastar los indicadores en cada una de estas áreas para observar si entre ellos existe convergencia o si está ausente.

A partir de la experiencia con mi paciente, he podido comprobar que en los pacientes psicóticos ciertos indicadores adquieren preponderancia sobre otros. En ese sentido, destacaría dos: la curiosidad por saber de la propia personalidad, lo que incluyo en el indicador «amor/odio a la verdad» y el de alguna capacidad para vivir la experiencia del dolor psíquico, incluido en el indicador «tolerancia por el placer/dolor (o placer/displacer)».

Dicho de otro modo, para fundamentar la consideración de indicar el análisis en un paciente psicótico con el método estándar quisiera destacar lo siguiente: 1) una cierta curiosidad por la propia personalidad y una mínima tolerancia para vivir la experiencia del dolor, o el displacer, concomitante a esa tarea, en lugar de tan solo sentirlo; 2) cierta tolerancia para explorar la transferencia.

Otros aspectos a tener en cuenta para recomendar el análisis son: 1) la necesidad de realizar una «valoración de la personalidad total del paciente» y no solo de la patología, por grave que esta sea; 2) considerar la viabilidad de la aplicación del «método psicoanalítico habitual» en tales pacientes sin necesidad de recurrir a modificaciones especiales. Por «método psicoanalítico» quiero decir aquel que incluye un determinado encuadre y una actitud analítica de observación e interpretación. En mi caso, eso significa un encuadre con una alta frecuencia de sesiones (cuatro o cinco), el uso del diván y una actitud analítica básicamente de escucha y observación de la realidad psíquica del paciente, tal como se despliega en la relación con el analista, en el aquí y ahora de la sesión y en el proceso analítico desarrollado.

El encuadre en el paciente psicótico

El encuadre como un elemento organizador de la experiencia analítica

De acuerdo con Esther Bick, «debe resaltarse que el aspecto contenedor de la situación analítica reside especialmente en el *encuadre* y, por lo tanto, es un área en la que la *firmeza* de la técnica es crucial» (1968, p. 486; traducción y cursiva nuestra). En el paciente psicótico adquiere especial relevancia y es más difícil debido a que el funcionamiento de la OPsP se resiste a aceptar, y ataca, todo lo que tienda a la diferenciación respecto del objeto y, por lo tanto, el encuadre.

Pero ¿para qué sirve un encuadre? En un sentido general, nos referimos a las condiciones necesarias para que «dentro» de ellas se pueda llevar a cabo una tarea determinada, la cual consiste en establecer una comunicación entre paciente y analista que propicie la manifestación de los distintos niveles psíquicos del primero, en particular los inconscientes. Las vías de comunicación posibles son varias, pero es tarea del analista transformarlas en una comunicación verbal significante. Es decir, aunque al paciente le proponemos la tarea de que *hable* de todo aquello que tenga presente, sabemos que no solo hablará, sino que *actuará*, incluso con las palabras. Por lo tanto, todo aquello que atente contra las condiciones establecidas en el contrato inicial debe ser no tanto justificado ni prohibido, sino comprendido. Como sabemos, esto último es otra forma de comunicación (incluso si es un acto hostil contra la comunicación). Desde el momento en que el paciente se encuentra en nuestro despacho, por más que se oponga a la comunicación, también sabe que nuestro compromiso es restablecerla.

Me he referido a una tarea a realizar «en el interior» del encuadre para indicar que estoy aludiendo a un *espacio,* es decir, un «continente», en el sentido bioniano, dentro del cual tiene lugar una actividad. Como sabemos, el continente no tiene vida sin un interior, es decir, un contenido, y depende de la naturaleza de la relación entre ambos, continente y contenido, que el resultado de la experiencia que se está desarrollando contribuya a la tarea que se han propuesto paciente y analista, o que trabaje en su contra.

Espacio físico y espacio mental

Desde el punto de vista del paciente psicótico, es primordial la idea de estar dentro o fuera de un espacio. O se está dentro, del todo, o se está fuera, de manera absoluta. La Sra. B habla con frecuencia de estados psíquicos en los que se encuentra en el desierto, o en el vacío, que vimos en el capítulo anterior. También refiere estar a la intemperie y otras imágenes que dan idea de espacios «sin límite», como el espacio sideral. Aunque no experimentemos exactamente el intenso dolor de encontrarnos perdidos en el espacio

cósmico, de lo que se quejaba mi paciente, debemos esforzarnos para aproximarnos cuanto sea posible a esa dimensión. Por lo tanto, la alternativa del paciente psicótico es o estar dentro del objeto o quedar fuera, es decir, perdido en una inmensidad sin límites.

Llegar a tales estados quiere decir que la paciente no ha construido un espacio mental propio suficiente que le permita salir y entrar del objeto, en la medida que ese espacio soporte el contenido mental que el reconocimiento de la realidad de la diferenciación del objeto implica, así como de la realidad en general. Si su vida ha estado mediada por el objeto en cuyo interior se encuentra, a través de la identificación proyectiva no ha podido desarrollar un espacio interior suficientemente continente. Algunos de los espacios en los que para la Sra. B se manifiesta una mayor oposición entre adentro y afuera son el hospital psiquiátrico, la casa paterna y el despacho del analista.

El internamiento hospitalario representa para ella un motivo de terror al mismo tiempo que la única forma de contener su locura. Estar dentro del hospital es la alternativa cuando los espacios que vive fuera no son suficientemente continentes.

En cuanto a *la casa paterna*, algunas veces necesita refugiarse en su habitación. Esta reclusión puede tener connotaciones psicóticas o sanas. En el primer caso, expulsa de su vida a los familiares con los que está en franca agresión; otras veces, el aislamiento puede responder a un intento de estar con ella misma, con sus escritos, leyendo o pensando; aunque esta actividad en soledad, a veces, podía estar determinada por el funcionamiento psicótico.

La importancia de la casa paterna como espacio físico se me hizo evidente cuando en una ocasión (véase sesión s-396, capítulo 3) la paciente me comunicó que haber sido capaz de ir andando desde mi despacho hasta la casa de los padres constituyó un auténtico progreso psicológico para ella; era la primera vez que esto ocurría y la hizo sentirse más libre.

El ámbito del barrio era una extensión de la casa paterna que le proporcionaba protección. Notaba cuando traspasaba la frontera de «su» barrio, y cuando la cruzaba, lo hacía en un medio de trasporte que le permitía no tener conciencia de que estaba quedando fuera de ese espacio. Su cuerpo no participaba de dicha tarea, por lo tanto, no había conciencia propioceptiva que le indicara que se estaba alejando de la casa paterna. Así, mentalmente aún seguía dentro del ámbito de la casa paterna, pues lo hacía metida en una especie de pseudópodo (taxi o autobús) que le permitía explorar otros espacios. No solía viajar sola fuera de la ciudad, y no pudo hacerlo sino hasta una etapa avanzada del análisis.

Respecto del *despacho del analista*. Estar fuera del despacho no solo suponía dejar de compartir un mismo espacio con el analista, sino dejar de estar dentro de él. Se comprende entonces su dificultad en muchas ocasiones para echarse en el diván, pues no verme suponía para ella perderme, quedar completamente sola, al menos hasta que escuchara mi voz, espera que muchas veces le era insoportable. Para mi sorpresa, durante los primeros meses de análisis aceptó el diván sin protestar. Tiempo después pude darme cuenta de que fue posible gracias a la intervención de mecanismos psicóticos: los «mensajes» podían trasmitirle lo que yo pensaba, aunque no me viera, y

así estar dentro de mí.

Su necesidad de estar dentro de mí, o de que yo estuviera dentro de ella, aumentó hasta el punto de que la sola percepción del analista no resultaba suficiente para alcanzar el grado de unión que tanto anhelaba. Por lo tanto, para que la relación fuera auténtica era cada vez más imperiosa la necesidad de una relación encarnada. Visto en retrospectiva, creo que una de las cuestiones primordiales del proceso analítico con la Sra. B fue la lucha entre la parte psicótica, al pretender conseguir a toda costa la materialización de la relación, y el analista, que mostraba la firmeza del método necesaria para defender la diferenciación de los cuerpos que albergan las respectivas mentes. De ahí la importancia trascendental del mantenimiento del encuadre.

Otro aspecto significativo fue cómo se movía en el despacho, en función de su estado de ánimo. En varias ocasiones en las que sentía que no nos habíamos entendido, o más bien que yo no la había comprendido o había respondido de manera que no coincidía con sus expectativas, se enfadaba mucho, se levantaba bruscamente y salía del despacho dando un portazo. Al cabo de unos minutos, o inmediatamente después, volvía a llamar, y entraba en el despacho con otro estado de ánimo más sereno: la agresividad y el odio habían desaparecido. El portazo había servido para anularlos tanto en ella como en lo que ella suponía habría en mí, de manera que podíamos retomar la sesión. Otras veces se levantaba del diván y se dirigía al extremo opuesto de la habitación como una manera física de alejarse de lo que le estaba diciendo; en ocasiones se quedaba allí un momento y en otras volvía para alejarse de nuevo, en un ir y venir, que era una manera de mostrar la ambivalencia respecto del analista y lo que le dice.

En el curso del análisis aparece material en el que se expresa claramente el deseo de la paciente de que mi despacho fuera un habitáculo sin «tabiques». Su tenacidad estaba puesta al servicio de echar abajo esos tabiques para que pudiéramos estar en un mismo espacio, más libres, según la propaganda de la parte psicótica, aunque en realidad era una manera de anular toda diferenciación entre ella y yo. Cuando, a pesar de sus mil y un intentos por conseguirlo no le era posible, porque yo anteponía la firmeza de la convicción en mi método, entonces se desesperaba y yo me convertía en un «muro de piedra». Curiosamente, solía referirse a los «muros del manicomio» cuando hablaba de los hospitales psiquiátricos en los que había estado recluida o temía volver. Aunque luego pudo entender que el muro significaba también lo que pone límites y contiene las fuerzas destructivas que la amenazan.

La presencia física del analista

Si bien todo lo físico y material asociado con el analista forma parte del encuadre de cualquier paciente, en el caso del psicótico adquiere una relevancia especial y requiere un cuidado meticuloso para controlar cualquier modificación, por ligera que sea. Tanto la manera de hablar como la expresión del rostro o los movimientos de los brazos o de las piernas del analista le permiten al paciente deducir su estado de ánimo; en mi caso aludían exclusivamente a la Sra. B: si estoy triste, agresivo, afectuoso, frío, irritado,

cansado, sufriendo, etc. Por ejemplo, si exhibía una actitud receptiva, con un estado de ánimo sereno que se manifestaba en sutiles expresiones faciales, o en cómo cruzaba mis brazos, o descansaba la cabeza en mi mano, o sonreía, o sintonizaba con su sufrimiento o con la satisfacción que traía ese día a la consulta, la paciente no podía experimentarlo como el interés del analista en su paciente, sino como una indicación de «reciprocidad» más allá de la relación analítica. En cambio, si mi actitud era serena, pero tal vez algo seria, esforzándome por tratar de entender lo que estaba sucediendo, especialmente en momentos difíciles cuando todavía no tenía una idea clara de lo que estaba sucediendo y me encontraba en este estado de desconocimiento, de incertidumbre, la paciente podía sentir tal actitud como frialdad, distanciamiento, insensibilidad e incluso rechazo de ella. Por supuesto, tales actitudes a veces aumentan debido a las reacciones contratransferenciales derivadas de la contención insuficiente, dando lugar a pequeños *enactments*: un tono de voz algo seco y contundente, un silencio más largo de lo adecuado, el uso de una expresión o de una palabra que no es apropiada, etc.

En línea con lo anterior, también he observado el efecto de posibles cambios en mi manera de vestir, mi corte de pelo, mi aspecto físico. En general, mantuve una actitud cautelosa en el sentido de vestir como lo haría normalmente con todos los pacientes. Pero si había el más mínimo cambio, después de una inspección detallada, la paciente hacía algún comentario, generalmente positivo. Esta situación me afectó hasta el punto de que —y tardé en ser consciente de ello— yo extremaba el cuidado de evitar ropa que pudiera estimular su curiosidad, haciéndose así presente en mi vida fuera de las sesiones, y ejerciendo un cierto control, como si yo llevara una camisa de fuerza.

VICISITUDES CON EL ENCUADRE: FIRMEZA Y FLEXIBILIDAD

He citado antes la recomendación de Bick sobre la *firmeza* en el mantenimiento del encuadre como un elemento importante del factor continente de la situación analítica. Aunque Bick no habla explícitamente de flexibilidad, tratándose de una persona que ha desarrollado la observación de bebés para la exploración de la vida psíquica, cabe inferir a qué tipo de firmeza se refiere: la que necesita un bebé para ser contenido. Y qué duda cabe de que dicha tarea implica mucha tolerancia y flexibilidad.

Tras el período inicial de esfuerzos de la paciente por colaborar, aceptando las condiciones de encuadre propuestas, enseguida fue evidente, como veremos, que no era capaz de mantenerlas. Por ello, en el curso del análisis fue necesario flexibilizar algunos aspectos del *setting*. Con flexibilizar quiero decir, no tanto revisar el contrato y modificar las condiciones acordadas, sino aceptar temporalmente algunos cambios debidos a las limitaciones derivadas de la patología de la paciente, acompañado del trabajo interpretativo correspondiente, para luego, cuando fuera posible, retomar las condiciones acordadas de inicio; asimismo repetir esta dinámica cuantas veces fuera necesario, sin dar por establecidos los cambios que surgieran excepcionalmente. Por ejemplo, muchas veces la Sra. B se sentaba en el diván o paseaba por la habitación (muy pocas), mientras yo permanecía en mi sillón junto al diván. En la medida de lo posible, traté de enmarcar

esta actuación en el contexto del resto del material e interpretarlo. De manera que no aceptaba sin más que ella estuviera sentada porque le resultaba difícil echarse, sino que analizaba las dificultades y esperaba a que pudiera asimilarlo y tolerara echarse de nuevo.

Es verdad que en ocasiones la aceptación del diván solo fue posible mediante la vivencia de significados diferentes de base psicótica. Unas veces suponía dejar de verme, por cuanto yo representaba la realidad dolorosa que no quería reconocer, e incluso con un sentido radicalmente psicótico, en la medida que el analista desaparecía de la habitación al estar fuera de su campo de visión; otras veces se tumbaba como una manera de complacerme puesto que así lo deseaba yo; pero si le seguía resultando muy doloroso debía recurrir incluso a otras formas de comunicación psicótica para mantenerse echada: mediante los «mensajes» sabía lo que yo pensaba o esperaba que ella debía pensar, de manera que sin verme estábamos en perfecta comunicación.

Cuando la transferencia psicótica era muy intensa, que solía agudizarse antes y durante las separaciones vacacionales, la paciente necesitaba otras formas de relación además de las establecidas en las sesiones: llamar por teléfono a cualquier hora del día y de la noche de cualquier día del año, o pedir alguna sesión extra. Incluso en este punto, la tolerancia para aceptarlo por mi parte siempre estuvo acompañada de alguna interpretación y de un mínimo acuerdo respecto de las condiciones de los contactos extras necesarios (sesiones o llamadas), para volver luego al encuadre habitual.

Hubo otro tipo de transgresiones que me resultaron más difíciles de manejar. Me refiero al hecho de traer a la sesión sus producciones literarias y dibujos, así como cintas de casetes en las que había grabado sus reflexiones. Mi respuesta era, en primer lugar, remitirnos al compromiso con el método de trabajo propuesto y acordado: verbalizar en las sesiones lo que le se le ocurría. Al mismo tiempo, yo no podía rechazar este material *concreto*, pues constituían partes de ella misma y, por lo tanto, suponía rechazarla, por lo que lo acepté, aunque con matices y según el material aportado.

Por ejemplo, en cuanto a *los escritos*, a veces seguía mi sugerencia de reproducirlos de memoria; otras, necesitaba leerlos para comunicarme exactamente lo que en ellos estaba reflejado. Respecto a los *dibujos*, en menor cantidad, esperaba a que ella aportara sus explicaciones, para tomarlos como asociaciones libres, aunque sin dejar de señalar el uso defensivo, al igual que con los escritos. En una ocasión trajo un dibujo y me pidió que lo cuidara porque era el *original*. Este hecho me permitió interpretar su tendencia a traerme los «originales» de las cosas que producía —escritos, dibujos y casetes (con su propia voz)— como aspectos de su *self* que ella dejaría en mí para que yo los cuidase. Algo similar ocurría con sus ideas, pensamientos y sentimientos, le dije, cuyo resultado era que luego ella se quedaba vacía.

En la sesión de un viernes, cuando aún persistía una transferencia psicótica con proyección masiva, trae consigo una carpeta de dibujos «para que le acompañen y, no sé cómo, le alimenten y pueda pasar mejor el fin de semana». Le indico su temor a que yo no la haya incorporado suficiente y que a la vuelta no podré reconectar con ella, así que yo necesitaría de sus dibujos para alimentar mi mente de ella, al mismo tiempo que me harían compañía; con ello además quedaría yo como único responsable de mantener viva

la relación analítica durante el fin de semana. Responde que admira la organización de mi despacho, aunque tiene sus dudas de «si es algo escogido libremente, o impuesto por las circunstancias profesionales, por el método… como un refugio… como algo defensivo…». Aquí podemos ver un reflejo del aspecto envidioso por no tener una mente «ordenada» como la del analista. Aunque es probable que ante la inminencia de un momento de separación se potencien entre sí los sentimientos de envidia y los de dolor por no tolerar la diferenciación del objeto.

En cuanto a las *cintas*, como no facilité que las reprodujera en la sesión, me las dejaba, aun sin mi promesa de escucharlas, pues mi respuesta era que en el curso de las próximas sesiones tal vez ella podría hablar de su contenido.

¿CUÁL ES LA PROPORCIÓN ADECUADA ENTRE FIRMEZA Y FLEXIBILIDAD CON EL PACIENTE PSICÓTICO?

El grado de firmeza y flexibilidad respecto del mantenimiento, no solo del encuadre, sino del método psicoanalítico que hemos decidido llevar a cabo, es una cuestión que obviamente solo puede responderse con cada paciente. No obstante, en el caso de los pacientes psicóticos, dadas las serias dificultades que plantean para aceptar el encuadre analítico, con relativa facilidad se concluye que este encuadre no es posible, por lo que se ofrece flexibilizarlo bien sea al comienzo o en la medida que lo solicita el paciente. Mi experiencia con la Sra. B me hace dudar de este planteamiento.

Lo que acabo de exponer constituía mi postura básica durante los dos o tres primeros años de análisis, con la idea de combinar firmeza y flexibilidad como mecanismo adecuado para un análisis viable de la paciente. Al releerlo, me doy cuenta de que pude haber dado al lector una impresión engañosa respecto de la eficacia de ese procedimiento, pero era lo que yo creía también hasta el momento en que la paciente planteó interrumpir el tratamiento. Según sus palabras, lo que para ella hizo insoportable la continuidad del análisis fue *verme muy deprimido*, cuando ella también lo estaba. Tal argumentación me hizo preguntarme qué provocó que la paciente tuviera la impresión de que yo no podía tolerar la proyección de su depresión. Fue ahí cuando tomé plena conciencia de la importancia del factor cuantitativo en el paciente psicótico, y además ligarlo al encuadre. Creo que la interrupción de la paciente se plantea porque mi defensa firme del método acordado llegó tarde. En cierta manera la defraudé, al no asumir la responsabilidad que me correspondía.

Es verdad que en muchas ocasiones yo mostré una actitud de firmeza. Pero fue mucho más frecuente que la paciente adoptara la posición sentada sin que yo pudiera mencionar el hecho so pena de que me tachara de persona insensible y cruel que no entendía lo mucho que ella sufría si no podía verme la cara, por lo que «de momento» lo pasaba por alto, dando muestras de mi capacidad de «comprensión» y consiguiente flexibilidad. Pero el «de momento», interrumpido por cortos períodos de aceptación del diván se hacía más prolongado, de tal forma que las sesiones en las que se tumbaba pasaron a ser ocasionales. Las otras estrategias para romper los límites del encuadre

analítico ya mencionadas también se incrementaron, sin que yo llevara a cabo un recuento de la cantidad de material que poco a poco había depositado en mí.

Por lo tanto, los fundamentos del encuadre creado para facilitar la comunicación entre paciente y analista, pero también, y de manera muy importante en pacientes difíciles como en el caso de esta paciente, para proteger al analista, eran minados por la perseverancia de la parte psicótica de la Sra. B. Y el analista, que se supone debe ostentar una mayor responsabilidad en el mantenimiento de dicho encuadre, no parecía tener la fuerza suficiente para defenderlo. En ese sentido, la paciente había conseguido abrir brechas en el encuadre y, por lo tanto, invadir mi vida mental y debilitar mi fortaleza analítica.

La presión era muy intensa en el caso del material *concreto* (escritos, casetes y dibujos) que traía a la sesión, en el sentido de que no dejaba opción a que no los aceptara, pues eso implicaba un rechazo de su persona, y así me lo hacía sentir. Creo que me faltó la firmeza suficiente para no caer en la trampa de la parte psicótica que me tildaba de inhumano, incomprensivo, incluso «extraterrestre», cuando yo señalaba el ataque al encuadre que subyacía tras esa actitud que, según ella, no solo era expresión de colaboración, sino de su profundo afecto por mí.

Después de la interrupción del análisis pude revisar la cantidad de estos objetos y darme cuenta de la intensidad de la actitud invasiva de la paciente. En cuanto a los casetes, fueron catorce exactamente, cifra que nunca hubiera imaginado, tal era mi disociación bajo la coartada de «ser flexible». Las carpetas con sus textos sumaban un número importante, a las que se añadían, aunque en menor cantidad, las que contenían los dibujos.

Comencé a captar que la presencia progresiva de los mismos estaba llegando a un punto que despojaba al análisis de su sentido específico, a pesar de mis intentos de señalar el aspecto defensivo de los escritos e incluso a veces de interpretar su contenido. Por lo tanto, decidí adoptar una postura más firme en mi interpretación de cada actuación de este tipo, en cuanto que contrario a una auténtica comunicación entre ella y yo. Cada vez quedaba más claro para la paciente que entregarme alguno de tales objetos constituía un acto de violencia contra mí y contra mi método de trabajo.

Mi nueva postura promovió que dejara de traer sus escritos y demás producciones, lo que vivía con dolor que me reprochaba y del cual me acusaba. Poco tiempo después comenzó a explicarme lo que ella denominaba «lecturas introyectivas» o «visualización introyectiva de películas». Las lecturas introyectivas —de las que ya anticipé algo— eran experiencias sorpresivas para ella: «Cuando estoy leyendo un libro o un escrito mío, de repente comienzo a experimentar sensaciones y sentimientos que no reconozco como propios, hasta que —esbozando una sonrisa al comunicármelo en la sesión— me doy cuenta de que, en efecto, no eran míos, sino suyos, lo que usted sentía al leer aquellos párrafos». Tuvo la misma experiencia mientras veía una película: determinada escena provocaba ciertos sentimientos que no podía admitir como propios, hasta que se daba cuenta de que pertenecían al analista.

En realidad, todo esto fue claro para ella cuando comenzó a experimentar las

menstruaciones con tal grado de dolor que no podía ser resultado del proceso fisiológico propio de la mujer; entonces dedujo con absoluta convicción que debía ser consecuencia de una auténtica castración: «Obviamente, yo no podía ser quien estaba siendo castrada, sino un hombre, y ese hombre, me quedaba muy claro que era usted, el analista». Poco después dejó de venir a las sesiones, argumentando que pensaba que yo estaba deprimido al mismo tiempo que ella.

La «menstruación del analista» que ella experimenta mediante la proyección/introyección omnipotente, también es una prueba evidente de la transformación del analista en alguien «castrado» de su función y fuerza analítica, por lo tanto, incapaz de tolerar la depresión de la paciente. Esta es la razón por la cual deja de acudir con el argumento de que me veía deprimido, cuando ella también lo estaba. Mi hipótesis es que la idea del analista castrado surge de que quizá no defendí, en el momento adecuado, con suficiente fuerza el método de trabajo que propuse, al «dejar» invadirme por sus producciones materiales.

Al cabo de un mes llama para comunicarme que está de nuevo en el hospital psiquiátrico, lo hace para que esté informado; además, le gustaría tener una entrevista conmigo cuando salga. Poco después del alta decidimos reanudar el análisis, que prosiguió durante varios años, quedando claro ya que sus producciones «concretas» no formaban parte del tipo de comunicación del tratamiento psicoanalítico. No trajo ningún otro casete, tampoco dibujos y esporádicamente algún escrito. Sí alguno de los libros publicados, como inevitable regalo de agradecimiento al ser, en buena parte, producto del trabajo analítico.

Intervenciones e interpretaciones del terapeuta

Uno de los problemas para conseguir intervenciones e interpretaciones adecuadas, dadas las intensas proyecciones del paciente, estriba en tolerar y resolver el fuerte impacto contratransferencial. Otra cuestión tiene que ver con que, una vez contenidas y metabolizadas, es fundamental saber identificar el momento propicio y la forma adecuada para devolver dichas proyecciones al paciente. No siempre es posible hacerlo de inmediato, pues a veces el paciente experimenta la interpretación como una reproyección del analista. Aunque en ocasiones sí puede ser una reproyección del analista que no elaboró con suficiencia lo proyectado por el paciente. Así pues, con cierta frecuencia es necesario recurrir a lo que Steiner ha descrito como «la interpretación centrada en el analista que diferencia de la centrada en el paciente». La segunda suele ser la interpretación clásica de mostrar lo que está sucediendo en el paciente, es decir, «se preocupa más por *trasmitir comprensión* al enfermo, mientras que [la interpretación] centrada en el analista tiende más bien a dar al paciente la sensación de *ser*

comprendido» (Steiner 1993, p. 226; cursiva nuestra). Dicho de otra manera, en el paciente psicótico con frecuencia es necesario dirigir la atención hacia su ansiedad respecto a si el analista está resolviendo el impacto de sus proyecciones, es decir, metabolizándolas, elaborándolas, como primer paso del proceso de contención, para después, en el momento propicio, dirigir la atención hacia la comprensión de lo que sucede en el paciente respecto de su vida psíquica.

Ahora bien, la interpretación centrada en el analista puede adoptar matices diferentes. Veamos algunos ejemplos de mi paciente. En una ocasión, tras una intervención centrada en la paciente, la Sra. B responde que era yo quien debería saber qué sucede conmigo. Y le reconocí su preocupación respecto a si yo habría mirado suficientemente dentro de mí para saber el impacto que me había producido lo que estaba ocurriendo en aquella sesión. No le hablo de lo que está sucediendo en mí, específicamente, sino del proceso mental que tiene lugar y del que he de ocuparme para estar en condiciones de hablarle de lo que sucede en ella.

En otra sesión, tras unos días de ausencia de las sesiones y de posible inicio de un episodio psicótico, la Sra. B, sentada en el diván y mirándome fijamente me escudriña y dice: «Parece usted muy preocupado». Yo le contesto: «¿Usted no?». La paciente sonríe ligeramente y responde: «Sí, claro». En este caso no niego mi preocupación por ella, que resultaba evidente por los hechos que estaban ocurriendo con riesgo de una nueva descompensación, pero introduzco el interrogante de que ella pudiera estar compartiendo dicha inquietud. De manera que la intervención no está centrada en el analista ni en la paciente: está dirigida a los dos.

Otro aspecto que varía respecto de la actitud adoptada en pacientes con un funcionamiento no psicótico se refiere al tiempo *(timing)* que emplea el analista en su observación del paciente antes de realizar una intervención. En el paciente no psicótico, el criterio prioritario, tal y como yo lo entiendo, es interpretar cuando se haya comprendido algo a partir de lo que el paciente ha dicho o manifestado. Las cosas suelen ser diferentes en el caso del paciente psicótico. En primer lugar, algunas veces puede demorar mucho tiempo comprender algo en tales pacientes, porque así lo requieren, para ser detectados, asimilados y comprendidos, los niveles primitivos patológicos desplegados en la relación terapéutica. En segundo lugar, se necesita tiempo para encontrar la manera más adecuada de formular la intervención que sea tolerable al paciente.

Así pues, de acuerdo con las necesidades de cada paciente trato de aprender, para tenerlo en cuenta en cada sesión, cuánto tiempo es capaz de tolerar sin que yo intervenga. No obstante, intento que mis intervenciones no sean banales o simplemente tranquilizadoras. Evito silencios largos, pero procurando que mi intervención ayude a la marcha del proceso asociativo del paciente, por ejemplo, subrayando una palabra o una idea que el paciente ha dicho. Soy consciente de que este tipo de intervención puede determinar el curso de las asociaciones libres. El problema es que en tales pacientes el curso de dichas asociaciones puede ser muy disperso y acaban perdiéndose en sí mismas, de lo cual acusan al analista. Asimismo, puedo clarificar una idea que ha sido expuesta de manera confusa por el paciente. Aunque a veces, para sorpresa del analista, el paciente lo

siente como una aclaración innecesaria, porque lo interpreta como si estuviéramos infravalorando sus capacidades. No obstante los múltiples riesgos que existen a la hora de hacer estas intervenciones, creo que es preferible intervenir y no esperar a saber lo que realmente comprendemos, pues, como decía, ello puede llevar más tiempo del que el paciente puede tolerar.

Las limitaciones de simbolización (véase el capítulo 5) no deberían constituir un impedimento absoluto para *la interpretación transferencial*. Puesto que la transferencia es mucho más intensa y está más presente en los pacientes psicóticos, cabe preguntarse si el tratamiento psicoanalítico es posible con ellos sin la interpretación transferencial. El problema radica en la dificultad del analista para formularlas con el tacto y la precisión necesarios para no fomentar más la confusión entre él y el paciente, sino diferenciar uno del otro, pero no tanto como para que el paciente lo viva como un rechazo. Luego está presente la dificultad por parte del paciente de aceptar la interpretación transferencial en un nivel simbólico más evolucionado, sin transformarla en una relación concreta. Esto provoca que sea necesario retomar una y mil veces dicho trabajo.

Por otra parte, en mi manera de entender el trabajo analítico en general considero prioritario prestar atención a lo que sucede en la *interacción* entre paciente y analista; aunque considero importante contrastar esa dimensión del aquí y ahora de la relación con otros momentos del proceso analítico evocados por la situación inmediata, en los que se plantearon situaciones similares o conectadas a las de ahora. En el paciente psicótico esta sería otra ligera modificación de la interpretación respecto de la utilizada en pacientes no psicóticos, en el sentido de que esta alternancia debe ser más habitual. La actuación de la parte psicótica del paciente tiende a «borrar» el trabajo analítico, a pesar de la parte no psicótica. Y en ese punto el analista debe ayudar a la parte no psicótica para dar continuidad al proceso analítico.

Además, si bien la relación entre paciente y analista está muy determinada por la transferencia, no se agota en ella. Es decir, es necesario tener en cuenta los elementos de la realidad de las características personales del analista, que en el caso del paciente psicótico estarán magnificados. Searles afirma que las manifestaciones más extrañas y «locas» de la esquizofrenia tienen una significación y una relación con la realidad no solo como reacciones transferenciales, sino como «identificaciones delirantes», que van más allá de la transferencia y que surgen a partir de aspectos reales de la personalidad del analista (Searles 1965, p. 313).

Interpretación de la transferencia psicótica: material clínico

Recurriré a mi paciente esquizofrénica para ilustrar la evolución de la transferencia psicótica mediante el trabajo interpretativo. Escogeré un período en el que lo psicótico es

más accesible a la interpretación.

Es una sesión de *viernes (s-217)*. La Sra. B se sienta en el diván; no le es posible echarse, al igual que ayer, por persistir una actitud paranoide respecto del analista. Como sabe que es una cuestión conflictiva, me agradece que lo acepte. Me explica un sueño que tuvo la noche anterior. Está en sesión conmigo, al aire libre, en un campo con colinas. Hay niños y *extraterrestres*. Estamos sentados frente a frente, «como ahora» —aclara— y hay buen clima: «*Usted, que parecía más envejecido, se levanta e intenta acercarse sexualmente a mí… Y me da un beso. Usted está desnudo y lleva una red eléctrica en los cojones*… Yo pensaba que aquello era peligroso… Pero me he despertado bien».

Al oír su relato, quedo impactado por la imagen del sueño, en particular la referida a mí con una «red eléctrica» en mis testículos. Me preocupa el ataque grosero contra la relación analítica como indicativo de un predominio de lo psicótico. No obstante, me pareció clarificador el carácter abiertamente psicótico del sueño, al poner lo psicótico al descubierto de manera tan clara. En el mismo sueño ella siente inquietud, procedente de la parte no psicótica, aunque al mismo tiempo la parte psicótica disocia ese *insight*, haciendo que triunfe lo psicótico, pues despierta con buen estado de ánimo.

Mi interpretación del sueño se orienta en un doble sentido. Por un lado, aparecen sus aspectos de niña que necesitan del analista (lo no psicótico), aunque también los extraterrestres (lo psicótico), en aparente convivencia no conflictiva. Pero luego hay un claro predominio de lo psicótico, al erotizar la función del analista: este deja de ser el que atiende sus aspectos infantiles; y lo de la red eléctrica en los testículos del analista es revelador de que lo está torturando: queda sometido a sus deseos y su capacidad analítica masculina es atacada.

Tras mi intervención, la paciente se levanta del diván y, mientras me dice que está de acuerdo, camina hacia el lado opuesto de la habitación. Le digo que entonces ha de alejarse de mí, porque me he convertido en alguien que puede perseguirla y decirle cosas duras, por denigrarme en el sueño. Se queda un momento observando los libros de la estantería del otro extremo de la habitación y, como si no le hubiera dicho nada, responde que le gustaría saber qué libros leo y me pregunta si tengo aquel del que me habló y que ella había leído el último verano. Le contesto con una pregunta: «¿Para verificar si sé lo mismo que usted, y no algo nuevo, como lo que acabo de decirle, y que usted parece haber ignorado?».

Además de los elementos psicóticos el sueño muestra otros de índole perversa que en cierta forma actúan en la misma sesión. Es evidente tras el tono sereno en que relata el sueño así como al emplear expresiones groseras («cojones»). Cuando admite mi interpretación, se levanta porque le resulta intolerable la culpa y/o porque teme mi persecución. El despertar tranquilo e incluso en buen estado, a pesar de la intensidad y el ataque grosero del sueño, así como su respuesta ante mi interpretación, al hablar de libros, me hace pensar que está muy alejada de la culpa que se le haría insoportable; culpa mitigada, además, por cierto grado de triunfo perverso.

Fragmento de la sesión del *lunes siguiente (s-218)*. Persiste la transferencia psicótica

delirante, aunque no manifiesta. Se levanta, pasea por la habitación, se dirige a la librería que está en el extremo opuesto al diván y critica la teoría de los libros que están lejos de la práctica. Le digo que ella misma parece alejarse de la práctica de la relación de estar aquí cerca de mí en el diván, para irse allí a la teoría de los libros. Dice estar en contra de la interpretación y que me va a regalar el ensayo de Susan Sontag sobre el tema. Le muestro mi acuerdo en no aceptar la interpretación intelectual que la aleja de lo que está viviendo en ese momento, en el ahora de la sesión, conmigo, pero se distancia porque puede ser que me sienta como «un loco peligroso», como «el padre», que podría encerrarla en el hospital psiquiátrico —temor del que había hablado en la misma sesión— o no hacer lo necesario para evitarlo.

Dos días después, el *jueves (s-221)*, es evidente una transferencia psicótica masiva. Me dice que yo debo estar sufriendo mucho, y se preocupa por mí. Explica un sueño que le inquieta, por el carácter abiertamente psicótico: «Es como si fuera en un raíl del tren, como algo imposible de parar. Y yo debía salvar al mundo». Poco después, me dice que yo debo estar «infectado», incluso debo «delirar» como ella. Le digo que si ve que yo quedo infectado por sus ideas e incluso delirando, entonces debe ser ella la que ha salvar su mundo interno en peligro.

Al día siguiente, *viernes*, está algo más tranquila. Tuvo un sueño: Se encontraba al aire libre con un psiquiatra joven del que ella estaba enamorada. Pero él tenía pareja, y aunque ella podría haber ganado si hubiera rivalizado con la pareja para conseguir al psiquiatra, finalmente las cosas se mantuvieron en su sitio. Dice que en ese momento es ella la que parece que se siente amenazante y no el analista, como ocurrió ayer. Asocia el sueño del otro día, en el que el psiquiatra aparecía más envejecido y con la red eléctrica en los testículos (ahora utiliza esta palabra y no «cojones»). Dice que ha podido mirarse al espejo y no se ha visto tan fea. Le digo que si mejora la imagen del psiquiatra-analista, me rejuvenece, y acepta que las cosas estén en su sitio, como el hecho de que yo tenga mi pareja, entonces ella puede percibir una mejor imagen de sí misma. Responde que *tiene envidia* de una hermana (exitosa en su profesión)… Añado que quizá también tiene envidia del analista, y responde: «Sí, de que usted me explicara sus cosas y yo las pudiera entender». Es decir, que ante la envidia invierte la situación.

En la *última sesión del mes* que estoy relatando, la paciente me comenta que la planta (situada detrás de mí) está echando hojas nuevas (el día anterior también hizo referencia a la planta, pero para advertirme que había hojas secas, lo que me recordó que necesitaba regarla, cosa que hice el mismo día). Le interpreto que tal vez eso nos indica también que ella está creciendo aquí en este análisis, donde surgen sentimientos nuevos en ella. Desde hace un tiempo era relativamente frecuente que la paciente hablara de sentimientos que reconoce como propios por primera vez en su vida.

Comentario general sobre la interpretación de la transferencia psicótica

Si al hablar del encuadre me refería a la necesidad de compaginar la firmeza con la flexibilidad, otro tanto diría respecto del trabajo interpretativo. Sabiendo de la limitada capacidad del paciente psicótico para escuchar la verdad de su realidad psíquica es fácil que el analista sienta que ha de evitar decirla por temor a herirlo. Creo que los fragmentos de las sesiones presentadas más bien muestran lo contrario: la necesidad de ser firmes en la interpretación cuando sea necesario, e intuimos que la paciente puede tolerarlo mínimamente.

En el primer sueño me desvaloriza, al ser yo víctima de sus proyecciones eróticas. Al mismo tiempo queda denunciado el carácter perverso y sádico de la escena: mis «cojones» están conectados a una red eléctrica; el tono tranquilo, exento de cualquier tipo de vergüenza o culpa al utilizar dicha expresión sería indicativo del componente perverso. Diferente de otras ocasiones en que los aspectos psicóticos y perversos destructivos están enmascarados. La paciente recoge mi interpretación, pero al no tolerar la culpa que le suscita ha de defenderse, primero alejándose físicamente de mi lado y luego al distanciarse del tema cuando se refiere a que le gustaría saber qué libros leo y si leí el que ella me sugirió hace algún tiempo. Cuando los sueños no están al servicio de la parte psicótica, sino que muestran el conflicto de esta con la no psicótica, constituyen un elemento valioso para ayudar al paciente a comprender la destructividad del mundo delirante; también para elucidar las construcciones psicóticas (de Masi 2010, pp. 139, 143).

Luego acontece la sesión en la que la Sra. B se manifiesta «contra la interpretación». Evito la confrontación, que es lo que pretendería la parte psicótica, y me dirijo a la parte no psicótica que sabe de la importancia de la experiencia y el engaño de quedarse en la teoría de los libros. Después surge con claridad la preocupación por que lo psicótico tome fuerza y sea algo imparable, en el sueño de ir en un raíl sin freno. En unas cuantas semanas, lo psicótico ha perdido fuerza a expensas de elementos perversos triunfantes, y ahora aparece desenmascarado como una fuerza destructiva imparable. El grave problema ahora es que como el analista ha quedado tan deteriorado por sus proyecciones («infectado de sus delirios»), no puede acudir en su ayuda, restando solo ella como la única quien, de manera maníaca, será capaz de salvar su mundo interno.

Mi interpretación sobre ello, dando muestras de que no he quedado con el sentimiento de desvalorización, resentido ni vengativo, parece tranquilizarla. El sueño con el psiquiatra joven, de quien acepta que esté con su pareja, supone un cambio interno en su vivencia de la relación analítica. Lo que queda bien expresado por su percepción de que en la planta del despacho brotan hojas nuevas. Su observación de que la planta crece expresa tanto el crecimiento en ella como en el analista. Me parece necesario reconocer, en primer lugar, que ella observa que en mí también está creciendo la comprensión de sus dificultades. De hecho, su advertencia del día anterior sobre las hojas secas fue acertada. Crezco —aprendo de mi experiencia con ella— si tengo en cuenta, en la medida de lo posible, sus advertencias sobre lo que ocurre con ella en cada momento. También aquí hubiera sido preferible interpretar primero centrándome en mí, en cuanto analista, y luego en ella.

Factores terapéuticos en intervenciones no interpretativas en pacientes psicóticos

Considero que el trabajo interpretativo, en particular la interpretación transferencial, es la herramienta fundamental para generar cambios en todo paciente. Sin embargo, creo que, en especial con los pacientes psicóticos, la actitud del analista como factor terapéutico en un doble sentido también es importante. Primero, el hecho de que el analista sea capaz de tolerar las proyecciones del paciente psicótico, sin interpretarlas, es decir, sin verbalizadas tiene una función continente, en algunos momentos, con la cual el paciente puede identificarse y aprender; por lo tanto, se convierte en una acción terapéutica. Y segundo, frente a las repetidas alternativas que suele plantear el paciente en términos de dilemas absolutos, que además considera inaceptables para él mismo, como la creada entre su realidad delirante y la realidad del analista, es importante para este último tolerar la contratransferencia, comprenderla cuanto sea posible y luego trasmitir al paciente una actitud coherente consigo mismo y con su método, sin pretender que se imponga su realidad ni descalificar la realidad del paciente.

PARTE II

CLÍNICA (Y TEORÍA)

Así descubrimos que hemos de renunciar a la idea
de intentar la curación con los pacientes psicóticos
—renuncia quizá para siempre o quizá temporal
hasta que hayamos encontrado otro plan
más adecuado para ellos.
S. FREUD, *Esquema del psicoanálisis*

Caminar por el dolor se convierte
en un gesto milenario.
SRA. B

8. EL MÉTODO PSICOANALÍTICO EN UNA PACIENTE ESQUIZOFRÉNICA: INDICACIÓN Y COMIENZO DEL PROCESO ANALÍTICO. DOLOR PSÍQUICO Y VÉRTICE TRANSFERENCIAL

Una de las cosas que se me hace más difícil de soportar
es que me cueste tanto tolerar el dolor.
SRA. B, SESIÓN S-207

Los fundamentos de su persona [del analista] están hechos de dolor,
y necesitarían también de alegría… de satisfacción.
SRA. B, SESIÓN S-341

Contexto analítico de las citas: la primera cita procede de una sesión en la que la Sra. B se da cuenta de la diferencia entre «vivir el sufrimiento en contacto con la realidad, del sufrimiento de la locura», al que estaba acostumbrada, y del cual no tenía conciencia. En la misma sesión expresa su envidia del analista al ser este capaz de «estar con el sufrimiento ajeno». Es decir, muestra su interés en aprender del analista esa capacidad para tolerar el dolor propio con la ayuda de su método.

En cuanto a la segunda cita, existe un reconocimiento ambivalente. Admite que en la base de la personalidad del analista también debe haber la experiencia del dolor, lo que le permitirá comprenderla a ella; aunque, por otra parte, considera que el analista no es capaz de vivir la alegría, con el riesgo de quedar «masoquísticamente atrapado en el dolor».

En este capítulo mostraré las primeras entrevistas diagnósticas que me condujeron a la indicación del análisis, la propuesta de un encuadre estándar y el inicio del proceso psicoanalítico.

Presentación del caso de la Sra. B

INFORMACIONES PREVIAS Y PRIMERAS ENTREVISTAS

Tuve noticia de la Sra. B a través de varios compañeros (dos psiquiatras y un psicoanalista) que, si bien reconocían la gravedad del caso, consideraban la necesidad y las posibilidades de una ayuda psicológica, aunque no valoraban igual si la indicación inmediata debía ser psicoterapia psicoanalítica o psicoanálisis propiamente. La paciente se encontraba internada en un hospital psiquiátrico desde hacía casi cinco meses a causa de un episodio psicótico caracterizado por ideas delirantes de perjuicio (envenenaban su comida), gran ansiedad y estado de cierta confusión, según informa el psiquiatra responsable. El período prolongado de la estancia en el hospital se debía a que en uno de los permisos de salida realizó un intento de suicidio con ingesta considerable de los neurolépticos que tenía prescritos. La propia paciente avisó a los padres poco después de la ingesta para que la socorrieran. Ya había padecido otros episodios psicóticos delirantes de temática variada, de índole persecutoria y maníaca, que requirieron hospitalización involuntaria en cuatro o cinco ocasiones. También hubo varios intentos de autolisis. El inicio de la enfermedad se remonta veinte años. Asimismo, se me informa de que la paciente está interesada e incluso ilusionada en realizar un psicoanálisis, lo que los familiares apoyan, y se ponen en contacto conmigo. Al parecer, la paciente idealiza el tratamiento psicoanalítico y tiene puestas expectativas mágicas en él.

Comentarios a las entrevistas diagnósticas

Puesto que durante mi formación aprendí que en principio todo paciente psiquiátrico puede ser subsidiario de un tratamiento psicoanalítico mientras no se demuestre lo contrario, no me resultó extravagante considerar la posibilidad de un psicoanálisis para esta paciente, a pesar de tratarse de una persona internada en seis ocasiones, con veinte años de historia psiquiátrica, con delirios de autorreferencia y persecutorios, conducta suicida, diagnosticada de esquizofrenia paranoide, y que, en consecuencia, tomaba medicación neuroléptica desde hacía años. Sin embargo, a pesar de todo ello el contacto con la paciente osciló en el curso de las primeras entrevistas, y con ello mi decisión de iniciar o no un tratamiento psicoanalítico, pasando desde una actitud inicial muy desfavorable a la indicación última de análisis.

En la *primera entrevista* nada más entrar en la habitación, la Sra. B se dirige directamente hacia el diván. Su deseo de iniciar el psicoanálisis se realizaba de inmediato sin que interviniera ningún pensamiento previo sobre lo que eso suponía o ella imagina que podía suponer, ni si yo consideraba que era lo indicado o no. Ella había decidido que hacer un psicoanálisis era lo adecuado para ella y, por lo tanto, se dirigía directamente a hacerlo, antes de que me hubiera dicho ni una palabra sobre su vida y psicopatología. Por lo tanto, la primera cuestión es que la paciente quiere hacer un psicoanálisis determinado, el que tiene en su cabeza, no el que pueda ser indicado por el analista, incluso sin tener en cuenta sus propias dudas respecto de este tratamiento, que luego surgieron. Es decir, entra y se «mete» en el psicoanálisis que tiene en mente y que ha proyectado; así, paciente y analista son una misma cosa.

En la medida que no acepto esa propuesta, porque le muestro el otro extremo de la

sala, donde se encuentran los sillones para las entrevistas, es decir, que todavía no iniciamos el psicoanálisis con diván, la reacción inmediata de la Sra. B es decir que si bien viene para «hacer un tratamiento psicoanalítico», está asustada, porque ha de reconocer que al mismo tiempo siempre ha sido crítica con el psicoanálisis. Por lo tanto, si no acepto que se «meta» de entrada en el «diván», es decir, en el psicoanálisis que ella tiene en su cabeza, debe ser porque yo le voy a proponer «otro» psicoanálisis, el que yo conozco, el que yo le puedo ofrecer y que tal vez sea diferente del que ella desea.

Dicho de otra manera, no le permito que se «meta» dentro de mí, tal y como ella ha imaginado. No soy el analista que hace el psicoanálisis que tiene en mente, sino otro, alguien distinto de ella, que tiene un método de trabajo propio; esto constituye la primera frustración. Yo me convierto en un objeto externo que no se corresponde con el que trae en su cabeza, sino alguien que, al estar fuera de ella, será difícil, cuando no imposible de controlar y, por lo tanto, peligroso. En este punto muestra su primera reacción paranoide:

> Estoy asustada […] porque yo voy a criticar, atacar el psicoanálisis que usted analista trate de proponerme, y lo viviré como imposición porque no es «mi» psicoanálisis […] en el cual estemos ambos fusionados. […] Y temo que usted utilice entonces «su» psicoanálisis para atacarme a su vez, vengativamente.

Son ideas que podrían estar en la fantasía inconsciente de la paciente.

Sin embargo la Sra. B también muestra una actitud *sincera*. Lo es cuando explica con claridad su temor de que si no iniciamos el tratamiento puede quedar cancelada su salida del hospital. Es veraz cuando habla de sus relaciones terapéuticas anteriores fracasadas, al mismo tiempo que le asusta que esta fracase también, y al comunicar su ambivalencia respecto del psicoanálisis; ambivalencia, porque, por un lado, querría que fuera según la idea que ella se ha hecho, básicamente una relación en la que ella pueda satisfacer todo el afecto y el amor que necesita encontrar en una pareja, y, por otra, sabe que eso no le ayuda. Aceptar pues otro tipo de psicoanálisis es difícil para ella, dificultad que expresa en la primera entrevista y que repite en la quinta: «No me cabe en la cabeza que exista alguien, por muy profesional que sea, con capacidad para decirme algo válido, si yo misma no he podido». Esta apreciación refleja el núcleo narcisista duro de toda organización psicótica. Sin embargo, junto a esa postura narcisista de base está pidiendo ayuda para organizar cuestiones externas, de mucha menor importancia, donde sí reconoce sus limitaciones para conseguirlo.

Tras las dos primeras entrevistas, teniendo en cuenta las cuestiones presentadas, mi actitud respecto de la indicación de análisis es dudosa, más bien negativa, aunque la dejé en suspenso, hasta que yo mismo viera que, por mi parte, había alguna posibilidad de llevarlo a cabo, o de no hacerlo, e indicar una psicoterapia. La encontré confusa, deprimida, con poca energía, al mismo tiempo con una idealización del psicoanálisis que no se correspondía con sus posibilidades de realización. De ahí que mi planteamiento inicial fuese empezar con una ayuda psicoterapéutica de una o dos sesiones a la semana, y después del verano (estamos en marzo), cuando se hubiera organizado externamente y disminuido la medicación, considerar el paso a las cinco sesiones semanales, si se confirmaba entonces la indicación. No obstante, durante la tercera entrevista, ya de alta del hospital, reconsidero el plan, admitiendo la viabilidad de iniciar el psicoanálisis antes

de lo previsto, pues cambia de manera clara su capacidad mental y de contacto conmigo. También le han rebajado la medicación.

En la *cuarta entrevista,* la paciente realiza lo que ella misma denomina su «pequeño test», al explicarme sus tormentosas relaciones de pareja para comprobar si ella toleraría lo doloroso de la experiencia, al relatarlas. Y se muestra de acuerdo cuando le digo que quizá también constituye una prueba para mí. Y si ella me pone a prueba, yo, por mi parte, hago otro tanto con mi interpretación respecto de ella. Es un tanteo mutuo, para ver la viabilidad del psicoanálisis. Hay otros momentos en la entrevista en los que al hablarme de cuestiones externas que yo considero son proyecciones de ella, también intento explorar su reacción a mis interpretaciones. Es lo que sucede cuando me habla del hospital psiquiátrico como cárcel. Aquí, además se daba el riesgo contratransferencial de una fácil colusión por mi parte.

Haber trabajado años atrás en un hospital psiquiátrico tradicional en un momento en que aún no habían llegado las reformas asistenciales, me hacía simpatizar con la crítica de la paciente al hospital psiquiátrico como cárcel; incluso en los actuales, más modernos y sensibles a las necesidades de los pacientes, no siempre es fácil, ni todos los profesionales tienen la formación y sensibilidad necesaria para tolerar el sufrimiento de los pacientes psicóticos y actuar en consecuencia atendiendo sus necesidades psicológicas más allá de un lugar de contención física y farmacológica. Por lo tanto, en ese momento de la entrevista no me resultó fácil vencer la tendencia a colusionar con la paciente, al simpatizar con su idea de querer salir de esa «cárcel». No obstante, pude disociar mi rol y mi historia de psiquiatra, para identificarme, en cambio, con el psicoanalista que escucha a su paciente a fin de considerar la posibilidad de llevar a cabo un psicoanálisis.

Tras esa ligera disociación pude intervenir para centrarme en su mundo interno y señalar que la «cárcel» de la que me hablaba podría significar también algo dentro de ella. Responde que su problema es que sus sentimientos son muy intensos, lo que ilustra recordando una vivencia delirante, que me permite completar la interpretación: justo porque son tan intensos necesita encarcelarlos, pero el problema se presenta cuando no pueda controlarlos y si podrá expresarlos aquí conmigo. Mi intervención también está dirigida a poner a prueba la reacción de la paciente ante mi referencia a la relación conmigo en el momento de la entrevista.

No es hasta la *quinta entrevista* cuando la Sra. B realmente ha podido sentir la suficiente confianza conmigo para ahondar en su historia y su psicopatología. La salida del hospital junto con el inicio de esta relación la inquietaban y le impedía confiarme su patología. Es en ese momento cuando puede explicar los motivos aducidos para los seis intentos de suicidio. También me habla un poco de su mundo delirante. Es capaz de expresar de nuevo su ambivalencia respecto del análisis: olvida la hora de la cuarta entrevista, pero llama para que se la concrete; llega quince minutos antes de la hora cuando conscientemente creía que llegaba tarde. No obstante, en esa ambivalencia predomina la tendencia favorable.

También puede hablar de su infancia. Llama la atención que lo primero que informa de su historia infantil se relaciona con unos padres que no se ocuparon de ella, también

que necesitó establecer una relación tan estrecha y simbiótica con una hermana a la que describe como si fuera «la mitad de ella misma», o «el aire que respiraba». En una ocasión, cuando la hermana se deprimió, la paciente sintió que le faltaba una parte de sí misma. La descripción precisa de esta relación me permite tener una idea bastante clara de lo que quiere decir, en cuanto a la intensidad de los vínculos dependientes que puede establecer, al mismo tiempo que valoro esta actitud colaboradora, para la indicación de análisis, por su sinceridad y capacidad de autoobservación.

Me dice que «cuando habla necesita fumar», un comentario que me llama la atención. En ese momento lo entendí, y así se lo comuniqué, como un recurso para tranquilizarse ante situaciones que la inquietan, por ejemplo la entrevista de ese momento. Sin embargo, a otro nivel, por lo que he sabido después en el tratamiento, puedo decir que necesita fumar porque hablar significa para ella vaciarse y, por lo tanto, ha de incorporar algo concreto, físico, el humo del tabaco, con que llenar ese vacío.

En la quinta entrevista también pruebo interpretar la transferencia disociada, cuando se queja del psiquiatra que no le proporciona lo que ella espera. Y contesta con sinceridad, al reconocer su actitud observadora respecto de mí, para ver si seré un interlocutor válido. Otra característica positiva en cuanto a valorar la indicación de análisis es una cierta capacidad de tomar distancia de lo que está viviendo para observar lo que sucede. Desde la misma posición sincera insiste en la cuestión de que no le cabe en la cabeza que alguien desde fuera de ella sea capaz de decirle algo que ella no se haya explicado ya. Mi respuesta es plantearle un método de trabajo, el psicoanalítico que, aunque limitado, en mi opinión puede ofrecer unas condiciones de ayuda: «Hasta donde se pueda».

En cuanto al mundo delirante, reconoce su existencia y en ningún momento lo desmiente, ridiculiza o le resta importancia. Lo entiendo también como parte de su sinceridad, y además me hace pensar que es algo que no debe estar tan alejado, aunque ahora con la medicación tiene mucha menos fuerza.

Indicación de análisis y propuesta de método de trabajo a la Sra. B

Como he dicho, si bien mi primera impresión fue desfavorable, al observar una paciente muy frágil, con elementos depresivos melancólicos, en el curso de las entrevistas esta imagen cambió. No había ideas delirantes activas en ese momento. Es más, dicho estado depresivo podría corresponder, en parte, a la ausencia del mundo delirante. Al mismo tiempo, parecía sincera, dispuesta a plantearse el porqué de su sufrimiento, hasta donde pudiera. Si no fuera por la historia que me explicó, la valoración por el contacto establecido conmigo, particularmente en las últimas entrevistas, sería más bien positiva, excepto por ese componente depresivo melancólico.

Los episodios psicóticos delirantes fueron diagnosticados de esquizofrenia paranoide,

que yo también podría confirmar por lo relatado, con veinte años de evolución, aunque con oscilaciones. Todo ello debería haber conducido al deterioro de sus capacidades personales, tanto cognitivas como emotivas, que para mi sorpresa no se apreciaba. No obstante, sus dificultades eran considerables, por lo que ahora, visto en retrospectiva, me pregunto qué me condujo a embarcarme en la aventura del tratamiento psicoanalítico con esta paciente.

En primer lugar, como todas las aventuras, debe haber algo de inconsciencia (sobre todo en cuanto al esfuerzo que iba a suponer para mí), así como cierta curiosidad y la aceptación de un desafío. Curiosidad por el mundo de la psicosis, que ya conocía desde hacía años por mi trabajo como psiquiatra, pero que no había tenido la oportunidad de profundizar como ahora se me brindaba en un tratamiento psicoanalítico. Desafío por lo novedoso de la situación. Después, y muy importante, debió de sustentarme la confianza en el método psicoanalítico aprendido en el marco de mi grupo de referencia, como ya dije, incluso para pacientes graves. Aun así, creo que hubo algo en la paciente que fue más definitivo para que me decidiera a aceptarla para un psicoanálisis.

Al examinar las primeras entrevistas creo que pude abstraerme de la información sobre su larga historia psiquiátrica y sus anteriores tratamientos para limitarme a lo recogido por la información directa brindada por ella y lo observado en la relación conmigo durante esas entrevistas. Eso me permitió apreciar su sufrimiento y su interés, al menos en parte de ella, para que yo intentara modificarlo, a fin de que ella también aprendiera algo distinto de lo que había hecho hasta ese momento. Existía un interés en aspirar a una vida más autónoma, aunque eso supusiera experimentar el dolor necesario para conseguirlo. Aunque mostraba limitadas capacidades para tolerarlo, pedía con desesperación ayuda en ese sentido, incluso a pesar de la parte psicótica de su personalidad. Creo que esa fue la clave del porqué la acepté en análisis.

Según mi propuesta de «indicadores psicodinámicos» (Pérez-Sánchez 2006), en el caso de la Sra. B el relato que me ofrece sobre sus datos biográficos tiene una coherencia y comprensibilidad que converge con el tipo de relación que establece conmigo en las entrevistas, en particular en las últimas, donde lo psicótico no interfiere la comunicación. Y los datos biográficos que me hablan de su tendencia a establecer una relación dependiente, coinciden con lo que me explica respecto de sus dificultades para separarse de sus tratamientos anteriores, así como de la hermana. Creo que todo ello contribuye a dar consistencia al indicador sinceridad/mentira con un predominio de la primera.

No obstante todo lo anterior, me gustaría destacar dos indicadores que me resultaron básicos para que estableciera la indicación de análisis: la capacidad para el dolor/placer y la capacidad para el amor/odio en la búsqueda de la verdad psíquica, por limitados que fuesen. Entre uno y otro indicador existe una correlación inversa: a menor capacidad para la tolerancia del dolor/placer, mayor odio a la realidad. Por ello, resulta paradójico que en una paciente psicótica hablemos del amor a la verdad psíquica —aunque sea en pequeña medida— cuando uno de los rasgos predominantes es el odio contra dicha verdad. Y me sorprendió aún más que en la Sra. B persistiera la curiosidad en saber qué generaba su sufrimiento, a pesar de los veinte años de evolución de la enfermedad, e incluso de

haberle advertido de las enormes dificultades que suponía un tratamiento psicoanalítico. Creo que esa curiosidad en saber de sí misma, de su dolor, para ser capaz de «sufrirlo» y no solo «sentirlo» fue una de las razones principales por las que no se había producido un deterioro cognitivo y de sus facultades yoicas, lo que acabó por decidirme a tomarla en análisis.

PROPUESTA DE ENCUADRE

Ahora me estoy dando cuenta
de todo el dolor que ha habido en mi vida,
y me resulta imposible de aguantar.
SRA. B, SESIÓN S-63

He descubierto una verdad dolorosa,
y que por más que llore está ahí:
que estoy sola y lo estaré.
SRA. B, SESIÓN S-87

Contexto analítico de las citas: la primera cita procede de un momento en que ha comenzado a ver su realidad psíquica, con la ayuda que el análisis le proporciona; ha resultado tan difícil para ella que no puede mirar hacia atrás ni hacia adelante, solo vivir el momento presente.

La segunda cita es un extracto de cuando comienza a tomar conciencia de que la relación analítica no cumple con las expectativas de una relación de fusión. Por lo tanto, la dolorosa verdad que descubre es que está «sola», en el sentido de que el analista no forma parte de ella, ni ella de él, y por más que llore no cambiará esa realidad.

Las condiciones de tratamiento que le ofrecí fueron las que suelo proponer para un psicoanálisis: alta frecuencia de sesiones (cinco en este caso) a la semana, uso del diván y su colaboración mediante la asociación libre. En cuanto a mi tarea: tratar de comprender y explicar lo que pudiera ayudarle, en especial lo observado en la relación analítica, en la transferencia. Dada la gravedad de la paciente, consideré necesario tener en cuenta otros elementos a los que ya me referí: la continuidad del tratamiento psicofarmacológico a cargo de un psiquiatra y, atendiendo a los antecedentes de internamientos, admitir la posibilidad de recurrir a la hospitalización breve, en el caso de que no pudiéramos evitarlo. Decisión que deberíamos tomar entre ella y yo, junto con el psiquiatra.

Inicio del proceso analítico

En este apartado describiré los primeros momentos del proceso analítico siguiendo un orden cronológico. Tomo como referencia de la evolución el tipo de transferencia predominante en cada momento, el *vértice* transferencial prioritario, en términos bionianos, que considero en función del dolor concomitante.

Durante los primeros meses, tras el alta del hospital psiquiátrico, la paciente acepta las condiciones del tratamiento: acude puntual, se echa en el diván y asocia. Esa actitud aparentemente adulta se acompaña de una voluntad por mudarse a un piso e independizarse de los padres, con quien vive todavía. Durante esta etapa, la Sra. B se esfuerza por encontrar en la relación analítica indicios que confirmen que su decisión de iniciar esta experiencia es acertada. El mismo día que lo decidió, después de las entrevistas, soñó que era liberada de una cárcel. Le parece que este tratamiento es diferente de todos los anteriores, y aunque siente cierto alivio y esperanza, al mismo tiempo supone para ella más exigencia. Encuentra la luz natural del despacho agradable y le recuerda a un rincón de luz serena de la casa familiar (el tema de la luz aparecerá en contextos diferentes en el curso del tratamiento).

El esfuerzo inicial parecía provenir de una doble fuente: negar la extrema necesidad del objeto (el analista), y procurar no cargarlo demasiado con sus necesidades más intensas. En las sesiones aporta material, asocia, recuerda sueños, se esfuerza en reflexionar sobre lo que el analista le dice, al mismo tiempo que acepta sumisa la frustración que en cierta medida suponía una experiencia que no se adecuaba a las expectativas mágicas que había imaginado. Existe una gran dificultad en reconocer los niveles más infantiles, pues está convencida de que vivirlos en la transferencia le haría más difícil la separación de los fines de semana y sobre todo la más larga de las vacaciones de verano que se aproximan. En la realidad externa del análisis esto se traducía en una actividad urgente por conseguir la independencia fuera de la vivienda familiar.

Muy pronto se evidencia que aún no tiene capacidad para soportar tales esfuerzos y que los objetivos que se ha propuesto la superan, por lo que comienza a quejarse y llora en casi cada sesión, un llanto que ella misma cataloga de «epidérmico». Mis interpretaciones empiezan a ser recibidas con un predominio de ansiedades paranoides, siente que le digo que hace mal el análisis, es decir, que no lo hace como supone yo le estoy exigiendo. Un sueño en el que la familia le da latigazos es un ejemplo de ello; le muestro entonces que tal vez es así como a veces recibe mis interpretaciones. Que el analista no apruebe de manera explícita el esfuerzo que ella realiza lo toma como un esfuerzo insuficiente o erróneo.

Manifiesta sensación de cansancio físico, junto al sentimiento de haber fracasado en la vida. Se queja de que no ha tenido infancia. Con la idea de que no hace bien el análisis, se siente como una «maquinaria que no funciona», lo que la deprime. Poco a poco, ese estado de sumisión se transforma en sentimientos de odio hacia el análisis y el analista que la han colocado en esta situación. La paciente se encuentra sumida en una tremenda contradicción: puesto que no tuvo infancia, desearía vivirla en la relación analítica, pero eso supondría reconocer que aún no es tan adulta, lo que le resulta muy humillante.

La Sra. B espera que yo la anime a conseguir logros en la realidad externa, y que me haga por completo cargo de su vida psíquica. Tras el fracaso de esa actitud pseudoadulta

inicial, se manifiesta aún más una transferencia infantil «regresiva», muy primitiva en la que ella es como una niña desprovista de recursos, incapaz de hacer ningún esfuerzo, porque no tiene nada en su personalidad, solo vacío, pues ha depositado todas sus capacidades en el analista. Me esfuerzo por ayudarla a comprender lo que está ocurriendo en la relación conmigo, en especial durante las separaciones de los fines de semana, que acusa especialmente. Es entonces cuando se acentúa el sentimiento de vacío, como un recurso para evitar el dolor por la ausencia del analista; vacío que le genera más dolor, al sentirse sin referencias internas; asimismo se manifiesta el riesgo de que aparezcan las ideas delirantes para llenar su vida mental.

Aunque tiene estudios universitarios, hace tiempo que solo realiza trabajos de nivel administrativo, y con dificultad. En cambio, desde siempre tuvo cierta capacidad para escribir, aunque de manera aislada y fragmentada, que ahora no puede llevar a cabo. En las sesiones se queja de cuán difícil le resulta todo en su vida, y parece que las sesiones solo sirvieran de continente evacuatorio, lo que tampoco la satisface.

En una sesión de esta época, se queja de que la madre es tan protectora que la «devora», y luego siente sueño. Interpreto su voracidad proyectada en la madre y el analista: mientras está adormilada no necesita del analista, mientras él espera ávido que ella le proporcione «material analítico». Vemos aquí otra situación en la que el paciente psicótico utiliza una parte de la realidad que sobredimensiona y le permite construir otra.

En otra sesión está contenta porque la noche anterior pudo escribir un cuento. La historia trata de unos personajes misteriosos que son acusados de asesinato, por lo cual son objeto de investigación por parte de un detective privado. Parece que mediante el escrito dramatiza una situación interna que en otros momentos se transforma en delirio. El relato está pleno de sentido: un detective (el analista) investiga un asesinato cometido por esos personajes que ella crea, quizá los aspectos asesinos de su *self* psicótico. El yo observador y creativo de la paciente ha podido mirar dentro de sí misma y construir ese texto que refleja su situación interna. Ella está interesada en que el analista descubra ese asesinato.

A medida que se acercan las primeras vacaciones de verano, la paciente muestra que sus intentos por funcionar según el tipo de personalidad pseudoadulta, pseudoneurótica, fracasa porque no existen las suficientes capacidades yoicas ni la fortaleza necesaria para ello. Por más que se esfuerza en el análisis, la realidad sobre las posibilidades de crear cambios en ella es lenta y limitada. Al ver los escasos resultados de sus esfuerzos, la Sra. B considera completamente insuficientes los del analista. Su «maquinaria»-mente no funciona cuando no actúa la parte psicótica («la maquinita») al carecer de la omnipotencia que le proporciona. Y la «maquinaria»-mente del analista, con todo el aparato del *setting*, solo consigue producir limitadas y a veces dolorosas interpretaciones.

Al quedar desvalorizada la relación analítica, se siente aún más sola y desesperada. Esto se expresa en su fracaso en la realidad externa: no encuentra un piso para tener su espacio donde vivir fuera de la familia, de manera autónoma; este hecho la hace sentirse mal, vacía, sola. También es la expresión de no haber podido construir todavía un espacio mental propio separado del analista. Se siente «sin consistencia, como si fuera de

arena» y «lloraría las veinticuatro horas del día». En efecto, en las sesiones se muestra débil, llora con mucha frecuencia, es imposible mantener el grado de colaboración que había hasta ese momento del análisis; solo puede quejarse de su incapacidad e impotencia y de lo mal que lo hace todo. Afuera, ha dejado de buscar piso y se ha refugiado en los padres para llorar en su compañía. Por ello se siente culpable, y siente que no merece ni a los padres ni al analista que tiene, a quienes reconoce la ayuda, la compañía y tolerancia en esos momentos de desesperación. En este escenario aparecen señales de funcionamiento de la parte psicótica.

En efecto, por esa época, al cabo de un par de meses de análisis, y cuando falta uno para las vacaciones de verano, relata con inquietud un sueño «de la maquinita»:

> Los extraterrestres, que no se veían en el sueño, me enviaban mensajes de que podría llegar el fin del mundo. Y ellos me convertían en su líder. Pero a la vez todo era persecutorio. Yo decía: «Han desaparecido los yos, es decir, aquello por lo que tienes conciencia de las cosas». Y yo aparecía como la salvadora.

La paciente está alarmada al darse cuenta de que esas ideas correspondían a los delirios de los episodios psicóticos, aunque ahora aparezcan en sueños; le aterra que comenzara un nuevo brote que acabara en internamiento. Le digo que ante la situación de gran necesidad que está viviendo, la inminencia de las vacaciones se presenta como una gran limitación de la realidad de la relación con el analista, de manera que siente que no puede esperar nada de aquí; de ahí que en el sueño se alíe con los «extraterrestres», es decir, con esa parte de su funcionamiento mental que utiliza «mecanismos extraterrestres» de comunicación, con promesas de salvación, para lo cual deben desaparecer los yos, con el fin de, precisamente, no tener conciencia de la mentira que hay detrás de todo eso. Y añado: «Sin embargo, ahora aquí conmigo no han desaparecido todos los yos, pues alguno de ellos puede comunicar el sueño» para poner al descubierto el funcionamiento engañoso de la parte de ella en complicidad con «la maquinita».

Otros indicios de dicho funcionamiento psicótico aparecieron mientras estaba despierta. Así, cuando en una ocasión el padre le pregunta si iba a salir a pasear, «el aparatito» interpretaba el sentido real de tales palabras: «Tu padre quiere decir que tienes que salir». En ese momento no capté que ese tipo de comunicación también existía en la relación analítica, y no me percaté de ello hasta más adelante. Junto a tales destellos del funcionamiento psicótico, la paciente inicia otras formas de actuación para alterar el encuadre y transformar así la relación analítica en otra en la que no tenga cabida la separación, y comienzan a plantearse problemas para mantener el encuadre adecuado, como ya describí en el capítulo 6, sobre técnica.

Vemos pues que ante el fracaso de pretender una evolución rápida pseudoadulta, aparece un estado de profunda decepción, al toparse con la realidad, muy difícil de soportar, promoviendo la aparición del funcionamiento psicótico que poco a poco gana terreno hasta predominar en la fase siguiente, que yo denomino «vértice de transferencia psicótica», aunque en conflicto con la parte no psicótica.

VÉRTICE DE LA TRANSFERENCIA PSICÓTICA

En una sesión de *miércoles (s-22)*, comienza diciendo que se siente *vacía.* Después de un silencio en el que yo no intervengo, aporta vivencias recientes: la frustración porque ya han alquilado el piso en el que tenía ciertas expectativas; el hermano que le explica sus cosas; un amigo que siente distante; y sobre todo habla de la madre, quien le relata su visita al médico como si hiciera literatura, lo que despierta en la paciente un sentimiento de enamoramiento hacia ella. Le digo que cuando dice sentirse vacía, no significa que dentro de ella no haya nada, al contrario, todo lo que me ha explicado implica emociones de diferente tipo, pero quizá difíciles de tolerar. Por eso ha de sentir vacío como defensa para deshacerse del impacto emocional de todo ello.

Un *mes más tarde (s-37)*, habla de la relación con Mi, una amiga que admira y envidia, con la que busca una relación fusional, quien sí tiene una vida propia y una historia, lo que motiva la queja de la paciente. En una ocasión Mi le dijo que si le gustaba la poesía (a la paciente) era porque no tenía límites (la poesía), lo que le hizo pensar que Mi hacía de psicoanalista que le interpreta, como si Mi pudiera manejar la «maquinita» y controlar lo que le pasaba emocionalmente. Le interpreto que en una relación fusional, como ella pretende, es la otra persona quien dentro de ella puede decidir, quizá con la ayuda de la «maquinita», qué sentimientos existen en su interior, pero si la otra persona, como el analista, tiene su vida y no se presta a esa fusión, entonces se siente sola (y vacía). Contesta que es cierto, que no es «capaz de estar sola… pero ni de estar acompañada». La paciente muestra una capacidad de *insight*: tiene conciencia que estar con otro, si no hay fusión, implica un componente de soledad que no puede tolerar.

Pocos *días más tarde (s-41)*, siente que empeora porque el asunto de la «maquinita» la invade poco a poco. Cuando un amigo le da su opinión sobre ella, piensa que es para manejarla mediante la maquinita. Está perdiendo fuerza la ilusión por buscar piso, lo hace de manera mecánica, y además se han juntado varias cosas: la relación con Mi se ha debilitado; en el bar adonde iba para encontrar amigos, se siente rechazada… Entonces *se siente vacía.* En este momento la sensación de vacío cumple funciones diferentes: para no vivir los sentimientos de una relación sin fusión o para no vivir los sentimientos producidos por la pérdida de la fusión. Aunque no puede soportar el dolor de tales pérdidas, el sentimiento de vacío es aún más doloroso. Es entonces cuando comienza a predominar la organización psicótica, mediante la «invasión» del funcionamiento de la «maquinita»: los mensajes le indican lo que debe sentir; de esta manera se llena el vacío, pero no de vida emocional propia, y puede tolerarlo. No obstante, su preocupación por sentirse «invadida» indica que su parte sana todavía puede observar que se trata de algo peligroso, que la aleja de la realidad y que por último la conduce al hospital psiquiátrico.

Antes de las primeras vacaciones de verano explica preocupada que ha despertado varias veces con la sensación de que «alguien me decía que iba a producirse una crisis mundial». Le hablo del temor a una crisis interna por la proximidad de las vacaciones analíticas. Para que pudiera sentirse más contenida, organizamos el *setting* externo tanto conmigo como con el psiquiatra que controla la medicación neuroléptica. Durante las vacaciones me llamó por teléfono regularmente cada dos días; decía encontrarse sin

fuerza, sin memoria y con cierta pérdida de visión. Dicha interrupción puso de manifiesto el tipo de relación con el analista, con un predominio de la identificación proyectiva omnipotente, de manera que la no presencia del analista supone la pérdida de sus capacidades yoicas, como la memoria y la «visión», depositadas en él.

A la vuelta de las primeras vacaciones analíticas largas se encuentra cansada, le parece que no podrá seguir con las cosas de su vida. Teme que haya de ingresar en el hospital psiquiátrico. Por esa época tiene un *sueño en el que los extraterrestres le piden que trate de convencer a la gente de que ellos no son malos, aunque lo parezcan.* Es decir, la parte psicótica de la paciente intenta la complicidad de la parte sana y dependiente. Sin embargo, como se encuentra en análisis puede comunicar esta situación interna para que el analista la apoye en no ceder, no dejarse seducir por la propaganda del funcionamiento psicótico de que este no es perjudicial; si bien el analista no tiene respuestas omnipotentes —como le digo—, sí puede ayudarle a que aprenda a tolerar mejor lo doloroso de la experiencia, al facilitar que exprese con palabras sus sentimientos, dar sentido a sus pensamientos y acompañarla en ese proceso. Durante estas sesiones dice que me está utilizando como coartada; al venir al análisis los padres piensan que está tratando de normalizarse y así no la internan. Estoy de acuerdo que acude a las sesiones para que evitemos que la internen, pero no como coartada, sino para que de verdad consigamos que no sea necesario.

Relata un *sueño* en el que aparece una «luz tenue, suave, muy agradable mientras estoy con un niño, mi sobrino». Le digo que ese sueño tal vez indica su necesidad de que yo le muestre sus aspectos infantiles con suavidad para que pueda soportarlos. Me dice que la luz del sueño era mucho mejor que la de mi despacho, aunque pudo recordar lo que hablamos en la sesión del viernes (es lunes), cosa que no es frecuente, según ella misma reconoce, pues tiende a borrarlo. Esta idea es similar a la que conocemos de su historia infantil: de pequeña solo podía comer a cucharaditas, y reafirma que solo se le pueden mostrar las cosas poco a poco.

Una semana después, un martes, trae un sueño en el que ella se encuentra entre gente que la aceptaba a pesar de que iba vestida muy informal con unos tejanos y una camisa. Aunque a la vez estaba inquieta. En esta sesión advierte por *primera vez* que, junto a mí, detrás del diván, hay una lámpara que siempre está encendida. Entiendo, como le digo, que quizá tiene más confianza en sentirse aceptada si acude con su «ropa», es decir, con su personalidad, tal y como ella es, sin tener que aparentar; que también puede reconocer la *luz* de lo que le digo sin que resulte insoportable, aunque al mismo tiempo existe una cierta inquietud, quizá porque no deja de ser una experiencia nueva.

Luego asocia que estuvo con un amigo que le hablaba de lo mucho que ha sufrido, hasta que ella no pudo más. Después se sintió muy cansada y con la sensación de quedarse ciega, aunque aclara que podía ver. Interpreto que quizá se ciega con el sufrimiento del amigo como una manera de no ver el propio. Y acudir a las sesiones es poner luz, para ver su sufrimiento, lo que a veces la alivia, pero otras veces le resulta intolerable. Dice que se encuentra mal y se queja de que después de las vacaciones yo estoy más exigente con ella. En esta sesión aparecen también elementos depresivos

sanos, pues dice que la nueva experiencia del psicoanálisis le muestra que, personalmente, ella está como hace quince o veinte años, que no ha progresado, algo muy doloroso para ella. Por ello, le digo, ha necesitado hablarme del amigo que sufre mucho, y responde que preferiría estar en el sitio del amigo para «no verlo sufrir». Es decir, preferiría *sentir* el dolor, pero no tener *conciencia* del dolor, no experimentarlo.

Unas *sesiones más adelante* se encuentra mal y la gente la ve deprimida. Sigue quejándose de que después de las vacaciones yo soy más exigente con ella. Le digo que entiendo que le cueste tolerar la «luz» de mis palabras para ver su sufrimiento, por lo que piensa que tendría que cegarse. Protesta, dice que los psiquiatras proyectan en sus pacientes. En una sesión de *viernes*, se queja de frío en el despacho. Ha tenido una sensación extraña mientras venía hacia aquí, porque hace muchos años que ha recibido tratamientos de psiquiatras, pero «esto del psicoanálisis es nuevo»; también que se encuentra igual que hace quince o veinte años cuando empezó a estar mal, como si no hubiera pasado el tiempo. Dice que *ahora se está dando cuenta de todo el dolor que ha habido en su vida*, y le resulta imposible de aguantar. No puede mirar hacia atrás ni hacia adelante, solo vivir el momento presente. La sesión siguiente dice que ha podido salir del pozo, gracias a que le dije que podríamos mirar las cosas dolorosas no de golpe, sino acorde con el ritmo que pueda tolerar. Responde que debería estar contenta porque *hay algo nuevo en ella* y es que puede relacionarse con la gente de manera más directa, en función de lo que está presente en la relación, y no de lo que ella piensa o espera, lo que puede ser enriquecedor. Sin embargo, está de *mal humor*. Quizá, afirma, porque siente que no puede «proyectarse» en los demás, en el sentido de compartir con los otros *todo* lo que siente y vive. Creo, como le digo, que el mal humor ante este logro de vivir las relaciones tendría que ver con el hecho de verse diferenciada de los demás; y esto implica que no puede «proyectarse», como ella dice, dejarse seducir por la propaganda del funcionamiento psicótico de que este no es perjudicial que cabe entender como una renuncia a una relación de fusión con el otro. Pero esta conciencia de relacionarse sin el funcionamiento psicótico es muy dolorosa, como lo es darse cuenta de que haber estado dominada por dicho funcionamiento ha supuesto la pérdida de muchos años de su vida. Por lo tanto, nos encontramos en un momento delicado, en el que la organización psicótica puede activarse frente a lo insoportable de este dolor.

En ese momento comienza a considerar que estamos en un punto de estancamiento, algo que ella ya sabía desde el principio, pues toda relación terapéutica es limitada: «Usted no es una máquina, como me dice a veces, entonces si las cosas que le digo le afectan, ¿cómo se puede seguir el tratamiento sin saber en qué manera y medida le afectan?». Puesto que yo no le hablo de ello, lo toma como expresión de un rechazo categórico hacia ella, o que van a parar en el vacío.

El *sábado* de esa semana, llama para decirme que quiere pagarme las sesiones que me debe porque ha decidido interrumpir el tratamiento. Le propongo que venga para hablar del asunto. Acude el *lunes (s-73)*, pero mantiene su decisión de interrumpir el tratamiento. Al mostrar mi disponibilidad para seguir hablando, me paga un talón correspondiente al mes pasado, pero no las sesiones del mes en curso. La semana

siguiente no acude ni llama. Los padres, preocupados, se ponen en contacto telefónico conmigo. Los remito a que le pregunten a la paciente sobre el tratamiento y mantengo mi disponibilidad de atenderla.

El *lunes (s-74)*, una semana después, acude al minuto 45 de su hora para pagarme las sesiones del mes e interrumpir definitivamente el tratamiento. Insiste en el asunto de que soy yo el que tiene problemas y necesita ayuda, que tal vez ella misma podría proporcionarme. Como está sentada en el diván, mirándome fijamente, me dice, medio sonriendo, «está usted preocupado». Y le contesto: «Bueno, ¿y usted no?». Y sonriendo dice: «Sí que lo estoy, pero los problemas que tengo, no es aquí donde he de resolverlos. Aquí hay una relación de poder». No vuelve lo que queda del mes.

El último día del mes se presenta el padre para pagar las sesiones por encargo de la paciente. Justifica el haberse prestado a ello porque la vio «muy cansada y mal. Y me dijo que le trasmitiera que quiere mucho al doctor PS». Le explico al padre la ambivalencia de la paciente, mi determinación de mantener las horas de sesión y que prefiero que sea ella quien me pague. El día siguiente se presenta la paciente, mientras el padre la espera abajo del despacho. Viene a traer el talón. Dice que ya ha acabado el tratamiento. Porque está curada. Yo la he curado. En tono claramente maníaco dice sentirse tocada por una gracia divina. Habla del despacho como un espacio casi celestial: lo bien que se está en él, «tan calentito», que es el despacho más bonito que ha visto, «y eso que he visitado muchos». Le digo que también es la primera vez que hace un psicoanálisis. Me dice que sí, y que por eso ya está curada. «Qué bonito es este despacho. La primera vez que lo vi creí que *alucinaba*». Encuentra en mí semejanzas con el padre idealizado, por mi figura, mis maneras, mi generosidad. Señala los libros de mi librería, lo que le hace decir que lo debo saber todo, y que por eso hemos podido «acabar el tratamiento en tan poco tiempo… [trata de calcular cuántos meses]. Desde abril… [Unos siete meses]. Me dice que desde la primera visita le caí bien. Sin embargo, el fin de semana siguiente se encuentra muy mal y necesita contactar conmigo para hablarme de sus angustias, y con el psiquiatra para que le prescriba *más medicación*. En el transcurso de las semanas siguientes, más tranquila, reanuda el ritmo de las cinco sesiones.

VÉRTICE DE LA TRANSFERENCIA PSICÓTICA EROTIZADA

La fuente del dolor se halla en no aceptar la realidad de que la relación analítica, que quiere y aprecia, no es más (ni menos) que una relación profesional de ayuda. Al ser muy importante en su vida no puede aceptar que quede limitada a las sesiones. Ya no es la niña desvalida que quiere fusionarse con el analista-madre, tampoco la adulta que reivindica un trato de igualdad en la comunicación y no una relación desigual, sino la mujer que espera tener una relación adulta completa con el analista varón, porque es lo que corresponde entre un hombre y una mujer. La razón de base para sustentar ese porqué es de índole psicótica, pues confunde una relación de proximidad y aprecio por la

ayuda recibida con la convicción de una relación erótica. Además, está convencida de que yo albergo sentimientos de afecto hacia ella equiparables a los suyos, pero me siento cohibido y sin libertad para expresarlos, por lo que está dispuesta a ayudarme para que, sin miedo, poco a poco, me permita manifestarlos. En alguna ocasión le digo que no me deja libertad para relacionarme con ella de acuerdo con el compromiso que establecí de pensar a fin de comprender qué sucede en su interior y explicárselo.

Un *lunes (s-81)*, llega contenta a la sesión. Durante la primera parte insiste en que no acepta una relación en la que yo soy el médico y ella la paciente, sino una en la que yo también le hable de mis cosas. Porque «usted, sabe todo de mí y yo casi nada de usted. Parece que usted tiene bastante con su mundo interior, sus libros, su música… con usted mismo… y eso no es». Interpreto la envidia, en el sentido de apuntar como posibilidad el hecho de que le cuesta aceptar que yo tenga mi mundo interior, mis libros, mi música, es decir, mi vida. Responde con enfado que *me prohíbe que la interprete* porque eso es proyectar en ella mis problemas. Venía contenta, y ahora su ánimo ha cambiado, se siente fea y agresiva, con un vacío, «*porque usted me proyecta el vacío de su soledad*... Y me siento anulada, subnormal…». Tras una pausa en silencio, añade: «¡Menos mal que tiene usted un buen sillón en el que apoyarse, porque con las cosas que le digo y le suelto!». Le respondo que puede valorar que tolere sus ataques. Me prohíbe de nuevo que le interprete, pero a continuación pasa a hablar de ella. Anoche tuvo insomnio y necesitó de una pastilla. Luego soñó

> que estaba en la cama, que la madre la había cambiado de sitio, como si fuera una niña; pero al mismo tiempo era como si estuviera en el hospital, porque estaba embarazada de un hijo que había tenido con X, un anterior terapeuta. El ginecólogo iba a visitarla, pero ella temía que quisiera hacer el amor con ella.

Interpreto su deseo de sentirse atendida por el médico-analista en sus niveles infantiles, lo que a veces confunde con formar pareja con él y tener un hijo juntos. Me pregunta si yo puedo reconocer mis propios sentimientos infantiles. Le digo que le parece imprescindible que yo contacte con mis niveles infantiles para poder ayudarla a reconocer los suyos.

Esta sesión es importante por varias cosas. En primer lugar, la resistencia de la paciente a aceptar la relación analítica médico-paciente. Pero aquí no es tanto la intolerancia hacia la diferenciación con el objeto; si lo siente humillante es porque no acepta el objeto de quien depender, uno al que le reconoce valores y riquezas internas que detalla. De ahí el aspecto *envidioso* por todo lo que tiene el analista y ella no tiene. Luego pretende prohibirme que interprete. Y cuando mantengo mi actitud, sin entrar en el tipo de relación que ella propone, sino reivindicando mi libertad de interpretar para hacer mi trabajo, entonces se siente rechazada y *vacía*. Es como si al rechazar la relación con el analista que trata de ayudarla solo ve a la no-persona con quien ella querría relacionarse.

Es curioso que diga que yo «le proyecto el vacío de mi soledad». No le cabe en su mente pensar que yo pueda contener mi vida emocional, en soledad, sin necesidad de contársela a ella. O, por el contrario, sí puede ver lo que estoy haciendo, y de ahí la envidia y su reacción de atribuirme que soy yo el que proyecta la soledad. Creo que

cuando valora la capacidad de mi sillón (y lo que este representa de mi método de trabajo), no está tan confundida con la parte psicótica. La paciente lo aprecia, no solo por tolerar sus ataques, sino por contener mi propio mundo interior sin cargarla, a pesar de su presión para hacerlo y confundirme con ella. Justo después de esta intervención la paciente puede hablar de sí misma, de su malestar, del insomnio y de un sueño. Aunque se trata de un sueño en el que se confunde la niña necesitada de cuidados con tener un hijo con el médico. Puesto que la madre-analista la trata como si fuera una niña, es difícil tratar los aspectos infantiles porque considera que, como la madre, la infantilizo para «dominarla sádicamente mejor».

Si bien, por una parte, la solidez de mi postura (el sillón sólido) de no moverme ante la presión de la transferencia erotizada la tranquiliza, por otra, la entristece y la llena de dolor. En otra sesión dice: «Viniendo hacia aquí he descubierto que, por más que llore, la verdad dolorosa sigue estando ahí: que estoy sola, y que lo estaré». Cuando señalo la posibilidad de que esté compartiendo ese malestar aquí, me dice que no quiere una relación terapéutica, que aceptará las reglas del juego (del tratamiento) pero se resistirá a aceptarlas. Aquí vemos un tipo de *dolor nuevo*, derivado del reconocimiento de una realidad muy penosa: estar sola quiere decir no estar fusionada al objeto (analista), primer paso en la elaboración de la posición depresiva, con el dolor concomitante; aunque ciertamente este dolor se acentúa en la medida que la parte psicótica ofrece resistencia para aceptar la dependencia terapéutica y sentir el alivio de esta compañía, lo que la hace estar más sola.

Días después, un *lunes (s-86)*, insiste en que no acepta la relación terapéutica, que solo espera que yo le hable de mí, porque solo si yo me siento libre hablándole de lo que tengo oculto dentro de mí, lo que no le dejo ver, solo entonces ella podrá ser libre. Por otra parte, me habla de situaciones que expresan su extrema necesidad. El día anterior, en un programa de televisión sobre Angola, vio una niña en un hospital, desnutrida, conectada a muchos tubos y con el vientre hinchado. Al comienzo de la sesión dijo que se sentía fea y con el vientre hinchado. Pero cuando interpreto ese aspecto, de ella como niña desnutrida, necesitada de comprensión emocional, insiste en que es una proyección mía, que no es lo que quiere.

Trae un texto sobre mí que escribió el sábado y quiere saber mi opinión. Intenta dármelo, pero le sugiero que ella misma me diga en qué consiste. Lo lee. El texto trata sobre la ausencia del Sr. Antonio, «y que no están sus manos para hacer la labor [de ocuparme de ella]… porque sus manos deben estar ocupándose de otros niños…». Le pidió a los padres que leyeran el escrito. Me pregunta qué me parece. Le digo que quizá mi ausencia del fin de semana no fue sentida como soledad sino como estímulo para el diálogo dentro de ella. Tal vez sintió la sesión del viernes cálida a pesar de que se quejaba de que yo estaba frío. Responde que donde digo «tú» debo decir «yo», para no proyectar. Querría que yo le mostrara mi parte oculta para tenerla ella, y no ser únicamente ella la que siempre está dando, al hablar de sus cosas. Recuerda una canción de Brassens sobre una niña de 13 años que le pide besos, y él le dice que es mayor y está casado. Termina diciendo que quiere hacerme un regalo para Navidad.

En esta sesión es llamativa la coexistencia de, por un lado, el aspecto infantil necesitado (desnutrido y feo), a causa del predominio de la locura que impide la dependencia nutricia del análisis, y por otro, la arrogancia de la propia locura, al pretender ser ella, la paciente, quien alimente al analista. Como este se niega, queda vacío; un vacío que luego ha de proyectar en ella, según la «lógica» de su locura.

El día siguiente, *martes (s-87)*, llega deprimida, muy triste por la sesión del día anterior. Insiste en lo mucho que me da, mientras no recibe nada de mí. Se despertó de madrugada llena de dolor. Escribió una carta al padre, que me trae y lee, donde habla de la distancia entre ambos, de su desamparo a pesar del abrigo que él le proporciona. Ha estado llorando sin parar mientras escribía la carta, y también cuando venía hacia la sesión, porque *ha descubierto una verdad dolorosa que, por más que llore, ahí permanece: que está sola y lo seguirá estando.* También dice que a pesar suyo está adquiriendo dependencia del analista, lo siente como si se hubiera resignado, y reitera su postura de que si bien acepta las reglas del juego de una relación terapéutica se resistirá a aceptarlas. Me entrega unos dibujos que ha hecho. Piensa regalarme un casete con su voz y música de fondo.

Vemos aquí un tipo de dolor ligado al reconocimiento de una realidad, diferente del dolor psicótico. Sería más bien expresión de la limitación del paciente psicótico para tolerar el dolor del contacto con la realidad, diferente del dolor ocasionado por el funcionamiento psicótico. La realidad dolorosa es el reconocimiento de la necesidad del objeto, y no poseerlo.

Al *día siguiente (s-88)*, me trae un libro de regalo. Le interpreto que quizá es expresión de su agradecimiento. Se enfada, me dice que no, que simplemente es un regalo que ella me quiere hacer a mí, a mi persona, no al terapeuta, pues hemos acordado (no lo hemos hecho) que esto no es una relación terapéutica. Llega contenta a la sesión siguiente. Me explica que el libro que me regaló es un epistolario entre un escritor y un filósofo. Yo sería el filósofo y ella la poetisa.

VÉRTICE DE LA TRANSFERENCIA PSICÓTICA DELIRANTE

Días después, deja de acudir unas sesiones, aunque llama por teléfono. Los padres me contactan, preocupados. Los remito al psiquiatra que controla la medicación, como ya habíamos acordado desde el principio. La paciente vuelve con pensamientos delirantes. Ella es una vidente, una de las varias personalidades que existen dentro de ella. Interpreto primero que quizá ella es yo, con lo cual no necesita del Dr. PS, y luego le digo que entiendo que en su personalidad hay distintos aspectos diferentes. Responde que ha perdido su identidad, que su identidad está en mí, y habla de mí en términos maníacos, identificándome con personajes notables. «Usted es Federico García Lorca, Antonio Vivaldi… aunque más bien es san Francisco de Asís». Le hablo de la preocupación de los padres y las personas de su entorno. «Usted también parece preocupado». Le respondo: «¿Usted no?». Y con una sonrisa contesta que sí está preocupada, de manera

que le pidió a los padres que la lleven al hospital psiquiátrico. Le digo que parece que no basta con venir aquí para frenar el malestar y el sufrimiento que vive.

El *sábado* la veo en sesión extra. Llega muy angustiada, me revela que ha perdido capacidad de visión. Le digo que el jueves se sentía vidente y hoy, por el contrario, ha perdido visión. Quizá el hecho de la separación del fin de semana en este momento tan difícil hace que no le sirva el recurso de considerarse vidente. Le ofrezco sesión también el domingo. El miércoles me llama para decirme que *ingresará en el hospital*, pues «la única manera de salvar la paz del mundo es siendo obediente» y por eso acata la decisión del padre, internándose en el hospital. Este me dirá luego que fue ella quien pidió el internamiento, siendo la primera vez que ingresa por voluntad propia.

Afortunadamente, el hospital acepta mi colaboración y permiten programar allí mismo algunas sesiones conmigo, que pronto alternamos con visitas en mi despacho, a las que acude acompañada. En una de las sesiones en el hospital me dice dos cosas importantes. Una, que por *primera vez* puede hablarme del odio hacia el padre; un hombre hasta entonces tan bondadoso que parece que toda la maldad debería estar fuera, en los hijos y especialmente en la paciente, una de las más vulnerables psíquicamente. Reconoce también que la agresividad que desató en el hospital se debía a que «fuerzas enemigas» la empujaron a ello, por lo que necesitaron contenerla físicamente. Se sintió omnipotente, aunque la omnipotencia tiene sus límites, pues hasta «Dios no puede evitar que exista la agresión y la violencia del mundo», me dice. No recuerda que ingresara voluntariamente, como le comentan, o en todo caso considera que esas palabras no eran suyas. Deberían ser mías, le digo. Quizá sí, contesta. Por lo tanto, añado, estuvo agresiva contra los padres para no estarlo contra mí y preservar esta relación. Tiene el sentimiento, continúa, de que ella ha de redimir al planeta de tanto sufrimiento y guerras, como dicen los versos de un poeta: «Y la voz de la doncella habrá de redimir a la humanidad».

En la sesión siguiente, ya en el despacho, aunque sigue ingresada en el hospital, me dice que hizo el esfuerzo de hablarme de su locura porque valoró mi trabajo de desplazarme al hospital a visitarla. Y que tiene ilusión de poder seguir hablando de estas cosas de su locura, pero despacio. «Cada vez que salgo del hospital para venir aquí es como atravesar una barrera que me oprime y reprime hasta llegar aquí, un espacio de libertad». Me lee unos textos en los que habla de la soledad y de que «las madres no abandonan a sus hijos», lo que le permite decir que ahora ve a los padres diferentes, ni tan buenos ni tan malos.

> En el escrito [me aclara, cuando se enteran de que las madres no abandonan a sus hijos] estos dejaron de estar solos… La soledad disminuye cuando la puedes poner en palabras, y explicar lo que sientes… Es como si por *primera vez* pudiera sentir que tengo madre.

Dice también que ha aprendido de mí que el amor nunca es perfecto. No obstante, en otro momento me confiesa con esfuerzo que sigue presente la idea de que algo de realidad debe haber en la «maquinita» que envía mensajes que la tranquilizan. Le hablo de su temor a traer estas ideas porque teme que entonces la rechace. Llora y dice que son sus defensas y que no puede estar sin ellas. Y si lo trae yo se lo voy a destruir, se

lamenta.

En la *sesión siguiente (s-105)*, todavía está ingresada en el hospital. La veo más tranquila y se disculpa por haberse comportado agresiva conmigo (más bien despectiva), pero reconoce que está muy metida en ella la idea de que algunos pensamientos suyos pueden estar influenciados por otros a través de la «maquinita»; que así es desde hace unos veinte años. «Y ahora es como que no pudiera imaginarme pensar "normalmente"». Ha *soñado* conmigo: «Teníamos una sesión, en una habitación que podía ser el hospital o aquí, en su despacho, y había una vista muy bonita».

Hablamos de integrar el hospital y mi despacho, como dos aspectos de la relación conmigo, que hasta ese momento habían quedado disociados: el analista que la ayuda y el que no evita el internamiento. Al hablar de los padres, dice que le cuesta no verlos en términos «absolutos» como a mí, aunque está aprendiendo de mí a ver las cosas en términos relativos. También manifiesta que hasta ahora no había tomado conciencia de estar haciendo el psicoanálisis. No sabe cómo fue posible. Reconoce que es un momento importante, pues está tocando cosas de ella que no se había atrevido a tratar con nadie.

Comentario. La paciente ha necesitado del internamiento, es decir, de que vuelva a dominar el funcionamiento psicótico de manera manifiesta para hacerlo explícito ante mí. Es como si hasta ahora hubiera existido un pacto silencioso entre la parte psicótica y las partes dependientes de ella para no denunciar el funcionamiento psicótico. De ahí su sensación de no haber tenido conciencia de estar en psicoanálisis hasta este momento.

El *viernes (s-106)*, viene desde el hospital. La visitaron los padres y se queja de que la madre habla para ella misma y no deja sitio para los demás. Luego le escribió unas notas, y como suele hacer últimamente, las trajo para leerlas en sesión. Dice algo del dique grande azul que contiene y contenta. Hago referencia a la contención que yo he podido ejercer durante este tiempo (mi diván es azul), para limitar a las «fuerzas enemigas y a la maquinita», aunque no fue suficiente, puesto que se produjo el internamiento; sin embargo, puede ser útil ahora. Dice que ha aprendido de mí a relativizar lo de la «maquinita» por el afecto que hay en esta relación. Pero que entonces tiene nostalgia de la magia perdida. Interpreto la mentira que puede haber en esa nostalgia. Se queja, pues aunque tengo razón entonces ella se queda desnuda, desvalida, sin sus defensas. Reconoce que durante el primer tiempo del psicoanálisis había funcionado lo de los mensajes con relación a mí, aunque no lo decía, quizá porque ni se daba cuenta. Muestra también lo doloroso de reconocer lo que le digo, pues cuando interpreto le hace sentir inferior.

El *sábado (s-107)*, llega muy triste porque se ha enterado de la muerte de un antiguo amigo, al parecer atropellado por un coche, que conoció en un hospital psiquiátrico, de quien sabía que llevaba una vida marginal. Hace unos meses se lo encontró en la calle y lo vio tan mal que le ofreció hacer el amor con ella para darle algo, pero él no quiso. Me pide no volver al hospital, porque no lo soportará. Tiene prevista el alta para el jueves próximo. Mantengo el compromiso con ella y con el hospital, y no cedo a su presión.

El *lunes (s-108)*, me explica que después de la sesión pudo volver al hospital. Me dice que ha estado revisando escritos antiguos, que al releerlos se ha sorprendido del autobombo que se daba, y «de cómo recurría a los mensajes de los extraterrestres y la maquinita»; pero ha pensado en la posibilidad de revisarlos y publicarlos. No quiere estar en la marginalidad y quiere integrarse en la familia. Me explica una historia de los extraterrestres que vivió antes del internamiento y que no me comentó porque pensaba que no era necesario, pues yo ya lo sabría por telepatía. Me lo explica como expresión de confianza y para que yo esté avisado por si volviera a ocurrirle algo similar. Me agradece que yo haya mantenido el contacto con ella desde el primer día que ingresó en el hospital, que ella pudo llamarme y luego tener sesiones durante su estancia allí.

Comentario. Cuando está a punto de ser dada de alta del hospital, ocurre la muerte de un «amigo», paciente psicótico, que se había convertido en un mendigo y que murió atropellado por un coche, «como un perro», decía ella. El incidente la entristece y a la vez supone una alarma de cómo podría acabar ella misma. Pero el hecho de que yo me mantenga firme en no interceder para que salga del hospital antes de lo previsto (faltaban cuatro días) creo que contribuyó a que pudiera contener el sentimiento de tristeza sin desbordarla y sin recurrir al funcionamiento psicótico. Así pues, reconoce y valora el tratamiento y puede sentir más confianza para explicarme sus historias delirantes de extraterrestres ocurridas antes del internamiento, para que yo esté avisado. Aunque esto es posible también como respuesta agradecida a mi esfuerzo por no haber interrumpido el contacto con ella durante el internamiento. Esto le permitió seguir en contacto con los aspectos dependientes, no psicóticos, y con la fuerza suficiente para denunciar el desastre de las consecuencias del funcionamiento psicótico. Además, ha sido capaz de releer sus escritos ligados a épocas de delirio, y retocarlos para que puedan transformarse en algo publicable.

En sesiones anteriores, en algún momento reconoció que el asunto de los extraterrestres era como una excesiva imaginación. Ahí se vislumbra la posibilidad de que el delirio pueda transformarse en texto literario, si ella toma la distancia necesaria y puede contener sus angustias de muerte de otras formas. Ha permanecido en el hospital poco más de un mes. Habitualmente en sus ingresos suele estar entre cuatro y seis meses. Ahora vuelve a las sesiones preocupada por cómo va a funcionar sin la «maquinita», sin la energía que esta le proporcionaba.

En la medida que los intentos de erotizar la relación analítica no tuvieron éxito y como no puede renunciar a obtener una relación de fusión placentera, la paciente recurre al funcionamiento psicótico, es decir, el vértice de transferencia psicótica delirante que estamos analizando. Al mismo tiempo hubo una repercusión en el ámbito corporal, en forma de hipocondría, manifestada en la convicción de haber contraído un cáncer; en algún momento, tras presionar a la familia y a los médicos, consiguió que la ingresaran en una clínica para someterse a chequeos médicos. Los resultados descartaban, según ella para desgracia suya, cualquier enfermedad orgánica, más aún de cáncer, con lo cual perdía la «magnífica oportunidad de tener, de poseer algo», aunque fuera un cáncer. Quedaba así vacía, pues tampoco tenía el mundo delirante, del cual comenzó a ver su

falsedad, ni el afecto completo, en términos absolutos, del analista. Tras la experiencia analítica tenía pruebas suficientes del interés del analista en ayudarla, aunque para ella faltaba el afecto erotizado y encarnado para que fuera completo. En la medida que yo no se lo ofrecía, se daba la situación paradójica, concluía ella, de que si bien yo curaba su mente, le enfermaba su cuerpo.

Un día, en un momento de mayor reconocimiento de la realidad, me dice que se sintió mal conmigo por pensar que yo consideraba que hacía mal el análisis, estaba desesperada, llorando, y temía que pudiera estropearse la relación analítica. Al día siguiente jueves estuvo más animada y con más confianza en sí misma. El *viernes (s-115)* se echa en el diván; hacía tiempo que no era capaz de hacerlo. y trae un *sueño* en el que *aparece el analista y ella se sentía mala persona*. Lo asocia con las sesiones anteriores. Reconoce que en los momentos en que ella estaba desesperada podía utilizarlo para hacerme sentir mal a mí, como una forma de agresión. Habla del sentimiento de pérdida del funcionamiento de la «maquinita», porque eso le permitía ser el centro de todo, del planeta. «Y ahora es una más». Podemos diferenciar entre sus partes *malas* que recurren a la maquinita y las que quieren venir a la sesión.

Unos días después llega de nuevo con sentimiento de vacío. Estuvo leyendo algunos textos suyos de siete u ocho años antes y en ellos ya estaba presente el sentimiento de vacío. Lee uno sobre una niña, pero teme invadirme con sus escritos y lo deja para explicarme un sueño:

> Estoy en el hospital psiquiátrico o en una sala de la universidad donde estudié, y de pronto aparece un pez volador metálico que se dirige hacia mí para atacarme. Entonces salgo corriendo hacia una habitación con luz y el pez se hace más pequeño y ya es inofensivo.

Vemos el «pez» como la representación del funcionamiento psicótico (de la maquinita) que ahora es sentido como algo persecutorio, y al refugiarse en la luz del análisis, esa amenaza empequeñece. Es curioso que el lugar es una mezcla de hospital psiquiátrico, donde la encierran, y universidad donde le enseñan. Creo que es una imagen doble también válida para el análisis. Entonces no advertí el primer aspecto, pues seguramente me resultaba más tranquilizador ver solo el segundo, el del análisis-universidad que aporta «luz»-conocimiento. Poco tiempo después, cuando estaba hablando de un tema literario que hacía referencia a la luz necesaria para ver, y volví a relacionarlo con la luz que le aporta el análisis, quedó sorprendida al percibir por «primera vez» que detrás del diván, junto a mí, había una lámpara que siempre ha estado encendida desde el inicio del tratamiento.

En estas sesiones muestra su agradecimiento por la ayuda que le presto al tolerar sus momentos regresivos y por sentirse comprendida. «Si hubiera tenido estas sesiones hace veinte años. Porque han sido veinte años de locura», afirma. Agradece que la experiencia analítica contenga su funcionamiento psicótico de maneras diferentes: en la formación de sueños que puede retener, comunicar y compartir con el analista, en lugar de transformarse en un delirio; también mediante los escritos, cuyos contenidos literarios son formas de «metabolizar» lo que en otros momentos hubieran sido delirios, que luego

verbaliza en la sesión y comparte con el analista. Lo mismo ocurre con los dibujos que alguna vez trajo. Ya vimos en el capítulo 7 los problemas derivados de traer a la sesión sus producciones. En esa época aparece también, con relativa frecuencia, el hecho curioso para ella de experimentar *sentimientos nuevos*, que hasta entonces no había reconocido como propios. Por ejemplo: sufrir al estar sola sin verse en la necesidad de tener que «hacer» algo para neutralizar esa vivencia, es decir, tolerándola, sin recurrir al funcionamiento psicótico.

VÉRTICE DE LA TRANSFERENCIA «PLURAL» CONFLICTIVA

En esta etapa, el dolor procede de varias fuentes. Una muy importante sigue siendo la ausencia del predominio del funcionamiento psicótico. Se queja de que no puede encerrarse en su habitación y delirar. Surge así una nueva manera de funcionamiento mental que se expresa de formas diversas. Por ejemplo, dice que puede experimentar una actitud más «plural» respecto de la relación de aquí, en el sentido de que, aunque sigue siendo importante, no invalida otras relaciones de fuera; también se manifiesta en la manera de escribir: antes le bastaba con ponerse a escribir automáticamente lo que le salía (tal vez dictado por los «mensajes») y consideraba válido lo que así escribía; ahora lee, relee y corrige lo que ha escrito.

Otro aspecto nuevo es dar sentido a lo que vive, reconociendo sus sentimientos como propios. No obstante, todo eso es muy difícil para ella, y se lamenta de que muchas veces desearía volver a la «maquinita» porque le permitía tener una relación de fusión con los demás. Todo eso se reactiva en un *sueño* en el que tiene mi complicidad. En el sueño *aparece un analista que le dice que está enamorado de ella y que debería recurrir a la maquinita y a los mensajes para salvar el mundo.* El sueño es revelador de que la erotización de la relación analítica, manifiesta en los momentos en que predominaba la parte psicótica, está al servicio de esta. Sin embargo, como ella misma recuerda, antes del internamiento los mensajes le aseguraban que el analista estaba enamorado de ella, ahora ese deseo adquiere la forma de un sueño. En la sesión s-126, cuando esto se revela la paciente acaba llorando y dice: «No entraba en mis cálculos llorar hoy. No es solo por tristeza sino por *agradecimiento* al ver el esfuerzo que usted está haciendo por mí». Y en la sesión s-136 lamenta de nuevo no haber tenido estas sesiones veinte años antes, el tiempo que «llevo de locura», y vuelve a expresar agradecimiento por la ayuda y el apoyo que le presto.

La depresión que presenta la paciente durante esta época tiene que ver con varias cosas. En primer lugar, siente como la más penosa, por inmediata, la pérdida del funcionamiento psicótico de la maquinita: «No sé vivir sin la maquinita»; «daría todo el oro del mundo por estar muerta o tener los mensajes»; en segundo lugar, con la tristeza por los años perdidos, por haberse visto sometida a la mentira de la locura. Renunciar al funcionamiento psicótico trae consigo la pérdida del tipo de relaciones que este le proporcionaba, en particular, con el analista.

Otras consecuencias de esa renuncia son experimentar sentimientos «malos» de

manera que cuando se mira al espejo, se ve fea. Antes, con la «maquinita», se miraba al espejo y se decía: «Tú eres guapa». El reconocimiento de la coexistencia de las diferentes transferencias con el analista también produce dolor, por lo que supone de renuncia de la relación exclusiva de la transferencia libidinal erotizada y admitir otras relaciones libidinales tanto maternas como paternas, además de las de odio y rabia. Aceptar la pluralidad de relaciones con sus seres queridos implica reconocer que no es la única en cada una de estas relaciones.

«Siento *dolor de recordar el pasado*. De ver que he estado tantos años con la maquinita, y que ahora todo eso es falso», dice poco después (s-150). Y al día siguiente añade: «No puedo tolerar que las relaciones tengan que ser sin fusionarse», lo que la lleva a desprestigiar el trabajo de la sesión y convirtiéndome a mí en una *máquina de interpretar* y a ella en una *máquina de asociar*, porque es lo que, dice, yo espero de ella (s-151). Llora y se siente «un desastre, fea». Nadie puede quererla, no se lo merece, «porque he vivido muchos años en un *narcisismo infantil exagerado*: a través de los mensajes, todo el mundo me quería, pero en realidad era una manera de quererme a mí misma y a nadie más» (s-158). Se encuentra en un estado de cierta desesperación, con ideas de suicidio; no le ayudo, dice, porque no soy Dios, y entonces me explica un sueño en el que ella *lideraba una revolución, porque era omnipotente*. Dice que antes tenía estas ideas mientras estaba despierta (s-163). En una sesión de esta época en la que siente que la ayudo dice que me ve como «el pocero de la angustia» (s-167).

La Sra. B insiste en la idea de que ahora tiene conmigo una relación más plural, en el sentido de que puede hacerla compatible con otras relaciones. Creo que también se refiere, como le digo con otras palabras, a la posibilidad de que me vea como un objeto analista polimorfo en el que puede proyectar diferentes objetos internos y aspectos de ella misma, por lo que, en consecuencia, surgen diferentes tipos de transferencias.

Por esa época relata un sueño muy revelador de esta modificación interna: «El mundo del bien y el mundo del mal se juntan, mientras la figura de un hombre está presente». Denomino este momento como «vértice con predominio de la transferencia "plural"», por el conflicto que representa, pues implica una tendencia a la integración de aspectos diferentes de su vida mental y mayor contacto con la realidad. Reconoce este «nuevo método de funcionamiento mental» que consiste en la existencia de sentimientos nuevos, «por primera vez», suele añadir, como si no los hubiera vivido nunca, entre ellos la tristeza, la envidia o el odio que puede aceptar como propios y contenerlos, aunque sean dolorosos.

En una *sesión de esa época (s-181)* expresa su deseo de tener una enfermedad, un cáncer, y que la internaran en una clínica. Y luego aporta el siguiente sueño:

> Un bebé está en la cuna de una sala para bebés de un hospital. Unos hombres con un cuchillo amenazan al bebé y dicen: «Vamos a hacerle la prueba» o «tendrá que pasar la prueba». Luego aparece un ginecólogo con instrumentos que utilizó en un parto y un bebé que acaba de nacer.

Entiendo que la paciente está viviendo que en el análisis ha nacido una nueva vida mental en ella, que siente amenazada, por la prueba que ha de pasar (¿quizá la prueba de realidad o de la tentación de la locura que ataca a la realidad?). Sin embargo, en

situaciones en las que debería sentirse contenta porque comienza a obtener logros con sus escritos y el trabajo que realiza en la realidad externa, aparecen angustias de muerte, de que podría padecer un cáncer (que ya no es algo egosintónico, que responda a un deseo, sino un temor): «Es como si al estar más viva, se acrecentara la vivencia de muerte». Una evidencia del conflicto agudo entre la parte psicótica destructiva y la parte no psicótica deseosa de vida.

Sesiones después (s-195, s-196, s-197), se aprecia un cambio en la percepción de su mundo interno, más plural. Así, un día dice que la sesión anterior (s-194) fue buena, se sintió viva, en cambio, hoy se siente con un yo pequeño. Le resulta difícil no tener la relación como la de antes con un yo que se expande y se confunde con la naturaleza, o que a través de los mensajes estaba en contacto con los demás (s-195). Siente como una especie de «enamoramiento por la madre», por sus cualidades. Ha pensado que es incesto y ha asociado esta palabra con «in-cesta», meterse dentro de la cesta, o canasta del baloncesto. Le comento que el deseo de estar dentro del cuerpo de la madre, así como dentro del analista, aparece por cuanto ya no existe esa relación de fusión (s-197).

Poco después (s-200 y s-201), dice que se le hizo larga la espera desde la sesión anterior (en la que intervine poco) y ha tenido la sensación de haber pasado de (crecido) ser una niña pequeña de dos años a tener… tres. Estas son sesiones en las que se siente mayor, asumiendo sus responsabilidades, pero querría estar mal, porque si no al venir aquí es tan solo una paciente más, como otra de las que yo tenga. Antes, con los mensajes y la maquinita, se escribía a sí misma cartas de amor como si se las enviaran otra gente. Ciertamente se evidencian progresos en este análisis. El más importante es que viniera a este mundo de la realidad una nueva (niña)-vida mental; un mundo donde en efecto ha de aprenderlo casi todo. De ahí que su crecimiento sea muy lento y que considere un progreso que la niña haya «crecido de dos… a tres años», aunque al mismo tiempo le es difícil de tolerar tanto para ella como probablemente para mí.

Dice la paciente: «Ahora me doy cuenta de qué significa vivir el sufrimiento, pero en contacto con la realidad». Este sentimiento es muy diferente al de la locura, que sin experimentarlo, es a lo que estaba acostumbrada. El sufrimiento de la locura está ligado al mundo delirante, y en consecuencia no procede de la realidad, sea la interna o la externa; lo recibe de alguien de fuera que intencionalmente genera esa realidad y de quien depende que sea buena o mala: los perseguidores, los extraterrestres (unas veces buenos, otras veces malos), el padre, la madre y analista (idealizados o sádicos).

En *una sesión posterior (s-207)* sigue predominando el vértice plural e integrador. Habla tan bajo que casi no la oigo. Le pregunto si puede subir el tono de voz. Silencio. Señalo que algo ha pasado. Responde que ha tenido una imagen en la que ella mataba a alguien con un puñal. Le digo que debe ser a mí, porque he interrumpido la relación de fusión que teníamos en la que casi no necesitaba hablarme. «Me quiero morir», responde. Le digo que está convencida de que eso significa que yo la rechazo. Tras una pausa, habla del amigo con quien sale (un hombre un poco marginal y a quien de vez en cuando ayuda económicamente), que él le tiene envidia por su mejor situación económica y

social. (Pienso en la transferencia, en la envidia de ella hacia el analista, pero no intervengo, espero). Anoche, mientras escribía, sigue la Sra. B, vio la foto de la abuela sobre la mesa, una imagen agradable que asoció al analista. En cambio, ella se siente mediocre. Le digo que quizá entendemos mejor que si me apuñala debe ser por envidia, porque ella está mal y a mí me ve bien. «Me gustaría tener su capacidad para estar con el sufrimiento ajeno —contesta—. Una de las cosas que se me hace más difícil soportar es que me cueste tanto tolerar el dolor. Porque veo que la vida es también sufrimiento». Le digo que al recordar a la abuela bondadosa que asocia conmigo ha podido tolerar entonces el sentimiento de envidia, reconocerlo y expresarlo. Termina la sesión y mientras se pone el abrigo para marcharse, dice: «Qué vergüenza, los bolsillos rotos».

Comentarios a s-207

Al principio de esta sesión, la paciente trata de establecer una relación de fusión con el analista que yo interrumpo, al apelar a la diferenciación entre los dos, implícita en la demanda de que hable más alto. Queda claro que la persona que apuñala en su fantasía es el analista, a lo que contesta con el deseo de morirse. Como no puede soportar la soledad de la diferenciación, preferiría morirse; de manera que soy yo quien la rechaza y abandona; en última instancia, el culpable de su desesperación. Mi interpretación es que su deseo de muerte se da porque ha sentido mi intervención como un rechazo, estoy mostrando mi interés en ella, aunque no esté en una relación de fusión con ella. Quizá eso le permite tranquilizarse y seguir asociando. Y lo que asocia es el tema de la envidia del amigo. En un primer momento pienso en la transferencia, pero espero. Y a continuación trae la imagen de la abuela agradable asociada al analista, imagen que tuvo presente justo en un momento de escritura (textos literarios), una actividad creativa; pero que al compararse con la abuela/analista, se siente mediocre, y es entonces cuando interpreto el sentimiento de envidia en la transferencia, que confirma el comentario final: se siente pobre, con los bolsillos del abrigo rotos.

He expuesto diferentes momentos del proceso analítico, destacando los vértices transferenciales predominantes en él. Esto implica el inicio y la evolución de un movimiento que parte desde la situación infantil regresiva para, tras un breve período de aparente «pseudoadultez» que no puede sostener mucho tiempo, superar esa tendencia a la fusión infantil primitiva a través de diferentes vías de la organización psicótica —los mecanismos psicóticos, erotizar la relación analítica para eliminar toda diferencia e incluso la actividad abiertamente delirante—, y llegar a un momento de «transferencia plural» en que renunciar a la relación exclusiva la aboca a enfrentar la complejidad de las relaciones —con el analista, con la familia, con otras personas, con ella misma—, así como la complejidad de la realidad. Se trata de un proceso doloroso tanto de reconocer como de tratar de integrarlo.

Tales modificaciones internas se reflejaron en el *orden externo* de manera significativa en sus escritos. Cuando presentó a los editores algunos de sus textos anteriores al inicio

del análisis, objetaron que el contenido remitía demasiado a su vida interior y que podrían resultar oscuros para el lector; además, el resultado sería una publicación fragmentada, pues no existía continuidad entre ellos por lo que tendría que seleccionar los mejores, corregirlos y articularlos para darles unidad.

A partir del segundo año de análisis se esforzó en esta tarea: releyó los textos, con el consiguiente dolor de reconocer que algunos eran ininteligibles, pues fueron escritos por mediación de la «maquinita». Sintió como auténticas mutilaciones de su *self* aquellas partes que tuvo que eliminar, aunque asignar un título a cada una de las restantes posibilitó articularlas con un resultado más organizado y unitario que permitió la publicación. Esta tarea se desarrolló paralela al proceso analítico, mientras lograba más tolerancia al dolor de aceptar la diferenciación del analista (y de las partes de su *self*), así como de la integración de su vida mental. ¿Qué decir de la implícita capacidad de una simbolización más evolucionada al escribir de manera creativa? Lo que anticipé en el capítulo sobre simbolización.

9. SALIDAS DE LA ORGANIZACIÓN PSICÓTICA

Siento dolor de recordar el pasado.
De ver que he estado tantos años con la locura,
y que ahora todo eso es falso.
SRA. B, SESIÓN S-150

El regazo del mar y el fluir del río,
que se juntan en el delta.
SRA. B, SESIÓN S-156

Nuestro lento aprendizaje de la existencia debe continuar…
explorando los pequeños espacios de alumbramiento…
los cotidianos gustos de generosidad de unos para otros,
tan hermosos, tan llenos de sentido…
SRA. B, SESIÓN S-268

Contexto analítico de las citas: la primera cita se enmarca en un momento de salida de la organización psicótica, representado en la toma de conciencia de un pasado cimentado en la falsedad de la locura, lo que es doloroso. A ello se suma el dolor que produce reconocer que el afecto que siente por el analista no es por la persona que desearía que fuera: una posible pareja sentimental, sino por él en cuanto médico. Al día siguiente dice: «No puedo tolerar que las relaciones tengan que ser sin fusionarse. Las relaciones sin fusión son incompletas, son relaciones de carencia», lo que constituye el preámbulo para la segunda cita, en la que expresaría esa forma de fusión, pero transformada en creación literaria.

La tercera cita procede de un texto que escribió tras un fin de semana en el que ocurrieron muchas cosas: «Aburrimiento, soledad, cosas bonitas, dolor, compromisos, haber empezado unas clases», para evitar que la inundara el dolor fruto de tener que seleccionarlas. A pesar del uso defensivo de los escritos, existe un componente de transformación de la experiencia dolorosa en algo menos nocivo para ella hasta el punto de que ella misma lo denomina «escritura terapéutica». A fin de cuentas, habla de un «aprendizaje lento» como efectivamente lo es el análisis.

En este capítulo trato de ilustrar el conflicto permanente entre la organización patológica de la personalidad con predominio de lo psicótico y la organización patológica en la que predomina lo no psicótico, es decir, entre las tendencias de vida y las de muerte. He

escogido aquellos momentos en que la paciente emerge de la organización psicótica y se aproxima a la posición depresiva, con las dificultades para soportarla y de mantenerse allí durante el tiempo suficiente, necesitando volver a la organización psicótica, para intentar de nuevo salir de ella. Debiendo repetir este proceso una y mil veces.

La exposición del material no sigue un orden cronológico, aunque procede de una etapa avanzada del análisis. En cuanto a la descripción de la interacción entre paciente y analista, he procurado realizar algunos ajustes: a la manera del uso del *zoom*, a veces me acerco lo máximo posible para mostrar un momento tras otro de dicha interacción en una sesión determinada o en varias consecutivas; otras veces tomo cierta distancia y resumo lo ocurrido en la relación durante varias sesiones; por último, alterno una y otra estrategia, cuando me parece que así se entiende mejor el proceso. He escogido varios temas, en función de la característica del proceso analítico que me parece más destacable del momento descrito.

Cuando predomina el progreso analítico, la Sra. B acepta que la relación terapéutica no es una relación de «reciprocidad», como ella pretende, ni de fusión. A veces, este nuevo estado genera un dolor intenso por la pérdida del funcionamiento psicótico, con el consiguiente sentimiento de vacío y falta de identidad; en otras ocasiones, dicha pérdida genera un estado depresivo (tema 1).

La nueva situación pone de manifiesto en otros momentos ansiedades de índole catastrófica derivadas de enfrentar la realidad sin el recurso habitual de esta organización psicótica, «a pelo, lo que me resulta durísimo», según palabras de la Sra. B. Además, el proceso de aprender a reconocer al analista como un objeto diferenciado y, en consecuencia, con una introyección más realista del mismo, se acompaña de una percepción de nuevos sentimientos nunca admitidos en ella, lo que la lleva a decir que los siente «por primera vez» (tema 4). Hasta ahora, tales sentimientos eran proyectados o bien inducidos en ella por *mediación delirante*.

Cuando esa nueva experiencia emocional se le hacía insoportable, debía congelarla, y proyectar esta defensa en el analista, tachándolo de «frío como el hielo». Al mismo tiempo, si bien puede aceptar su propia vida psíquica, con las tendencias de vida en conflicto con las de muerte, a veces se le hace tan insoportable que necesita proyectar en el analista las primeras (tema 2). Estos avances, aunque pasajeros, al mismo tiempo generan ansiedad por un presente que ofrece una realidad limitada, no omnipotente, así como ante la componente de incertidumbre del futuro; una realidad ajena a su concepción del horizonte temporal como algo siempre sabido y controlado por un estado delirante. El conflicto entre la parte psicótica y la parte no psicótica, aun a pesar de la mediación del analista, lleva a la Sra. B a situarse a veces en una experiencia entre la realidad y la locura (tema 3).

Tema 1. Aceptación conflictiva

Este material incluye también temas relativos al vacío por pérdida del funcionamiento psicótico, la ansiedad por el futuro incierto y un presente no omnipotente. Un *lunes*, la paciente expresa malestar de sentirse a disgusto en su propia piel ante la nueva realidad de vivir sin el funcionamiento psicótico y su temor a no ser un continente capaz de tolerar sus nuevos sentimientos. El *martes* me explica que no sabe si matar a la hermana en el cuento que está escribiendo, aunque no sería de forma violenta, sino dulce. A continuación describiré con más detalle las tres sesiones seguidas (s-360, s-361, s-362) posteriores.

En la sesión del *miércoles (s-360)*, durante un rato explica que ha estado en casa angustiada, llorando; la madre, que estaba animada y contenta lo ha tolerado bien al principio, pero como la Sra. B seguía llorando, se ha enfadado con ella y le ha pedido que se aguantara un poco. La paciente se sentía perdida, sin horizontes, a pesar de los esfuerzos hechos por la mañana de ocuparse de sus cosas, arreglando su armario. Luego, tras pensar en la situación tan dura y difícil que tiene A (una señora que les ayuda en casa y de nombre asociado al analista) se ha ido calmando.

La paciente dice que «se siente en la locura», que el estado en el que se encuentra *es* la locura; está perdida porque, le explicaba a su madre, no sabe cómo continuar el relato de su cuento. Eso es para ella la auténtica locura: estar sin horizonte y, por lo tanto, en el vacío. Además, si ha de borrar lo anterior, la locura de antes, supone tener que borrar su pasado. Así que se ve sin pasado y sin futuro. Llora angustiada, sentada en el diván.

Trato de explicarle que seguramente sus dudas sobre cómo continuar el relato estriban también en cómo continuar la relación de aquí, al ser diferente a lo que ella creía; que no ve horizonte si es una relación distinta de la que ella imaginaba. Responde que lo que le acabo de decir es como si le clavara un puñal. Le digo que una parte de ella cree que, si no hay ese tipo de relación, de fusión, no hay ninguna; que al hablarle de que no hay horizonte con una relación no analítica, según ella lo vive, cree que estoy afirmando que no hay horizontes para ninguna relación conmigo, que no puede reconocer la relación que sí puedo aportarle, la analítica.

Dice que me siente frío y distante y que yo hablo de lo que yo puedo aportar. Que no la entiendo, porque *ella se está dando toda entera, su cuerpo, su alma y su sangre, mientras que yo le doy tan solo los tres cuartitos de hora*, y lo que en ese tiempo le pueda aportar; además, como s*i yo fuera el único que sabe, el que aporta,* como si ella no contribuyera nada, por ser la enferma. En cierto momento dice darse cuenta de que intentar sacarme de la relación terapéutica hace que la relación se vaya a pique. Insiste, mientras llora desconsoladamente, en que yo estoy muy bien en mi sillón, creyendo que soy el que sabe mientras ella no sabe nada, y se siente perdida. No sabe qué hacer. Respondo que el hecho de que yo pueda saber algo tal vez permita que junto con lo que ella sabe, en alguna parte de ella, admita como válida esta relación.

Desesperada, dice que ese tipo de relación lo que hace es causarle más dolor, que ya

no puede aguantar más. Parece que yo no me diera cuenta. Me pide si yo pudiera ir expresando, poco a poco, lo que pienso, mis sentimientos, sin salirnos de la relación terapéutica… Recuerda que el día anterior, A, una amiga también enferma a quien conoció en un hospital psiquiátrico, para animarla le decía que no se preocupara, que el Dr. PS se casaría con ella. Le digo que hay una parte de ella que cree que la única manera de relacionarse conmigo es que exista una entrega mutua, que nos casemos (esboza una sonrisa). Si no es así, entonces imposibilita la relación analítica que está necesitando, quedando más desolada y desamparada.

Reitera la idea sobre si no me doy cuenta de lo importante que soy para ella. Y que entiende que hay una desigualdad aquí, que ella trata de aceptar, pero en la medida que yo exprese mis sentimientos, de lo contrario ella es nada, se quiere morir, no sabe qué hará, no tiene pasado ni futuro (la parte psicótica está empeñada en hacerme sentir cuán cruel y malvado soy, por colocarla y dejarla en esa situación tan dolorosa).

Le digo que ante lo doloroso de ver el horizonte de una relación diferente, una parte de ella se impone tratando de sacarme del marco de la relación terapéutica cuando, por otra parte, sabe que eso lleva a pique la relación para la que yo me comprometí a ayudarle.

Sesión del jueves (s-361). Llega más de cinco minutos antes de tiempo. Le abro con el interruptor automático y cuando es su hora voy a buscarla a la sala de espera. Pasa y se sienta en el diván. Ayer salió de aquí *llorando*. Argumenta que como le dije que estaba viviendo la locura de manera descarnada, por la vivencia de vacío (no recuerdo haberlo dicho), esta se tornó en vivencia de dolor y en la necesidad de llorar. Su padre le hizo compañía. Le dijo que le preocupaba que él pudiera ponerse triste a causa de ella. Él le contestó que, aunque le entristezca verla así, sabe que ella saldrá de la situación, lo que le dio ánimos.

Como no veía solución a la relación de aquí, estuvo pensando y finalmente llegó a un planteamiento que me quiere proponer para ver qué me parece. Está dispuesta a aceptar que esta relación sea una relación terapéutica, es decir, bajo las condiciones que yo propongo, pero me pide que yo tenga una relación más dialéctica, de manera que pudiera entrar y salir de ese marco, aún dentro de la misma sesión, de forma tal que de vez en cuando pudiera hablar de mis sentimientos. Como no respondo, recuerda que, para animarla, el padre le leyó un artículo sobre arte y ciencia. Me pregunta si conozco al autor, de quien ya me había hablado en otras ocasiones. Le digo que quizá me lo pregunta para averiguar si me intereso por lo científico y saber así si recuerdo lo que me dice.

En el artículo argumentaba que tanto en la ciencia como en el arte hay una tradición a la que se pertenece, pero que hay que ir más allá. La Sra. B pensaba que *lo científico tendría que ver conmigo*, inserto además en una tradición, mientras que el arte tendría que ver con ella, aunque ella, en cambio, no se ve inserta en el tejido social. Después de que el padre le leyera el artículo, ella quiso escribir otro. Redactó un par de páginas, se las dio a leer a la madre, quien lo alabó, pero ella misma considera que son cosas muy simples. Pensaba también en la envidia como un sentimiento que se tiene cuando uno

hace mal las cosas y ve que otros lo hacen bien, como con el artículo. Todo esto lo explica con una actitud tranquila, mucho más de lo que yo me esperaba después de la sesión de ayer.

Tras una pausa, dice que mientras estaba en la sala de espera (durante unos tres minutos) ha tenido la vivencia de dolor, de que *toda la habitación se llenaba de dolor.* Y ha recordado una película de terror en la que dos hermanas se encontraban en una habitación que poco a poco se iba llenando de sangre. A continuación, recuerda situaciones de locura en una época que *veía en mi cara mucho sufrimiento* y que ella lo relacionaba con la situación de locura que yo estaba viviendo. «¡Sí, sí, ya verá cuando se lo explique…!», dice sonriendo. (Probablemente yo no he podido evitar alguna ligera expresión de sorpresa, que la paciente detecta enseguida): «Resulta que a través de los mensajes de los extraterrestres yo sabía que usted estaba casado con su hermana, ¡imagínese!, que además era ciega. Usted la hacía trabajar mucho por la noche y a veces le pegaba porque no hacía bien las cosas. Además sus hijos eran adoptivos. Y cuando yo venía a la sesión trataba de ayudarle, darle ánimos en su sufrimiento». Me pregunta si recuerdo cuando ella me hablaba de que estaba dispuesta a ayudarme.

Le digo que, mientras la escuchaba, pensaba en su vivencia en la sala de espera llenándose de dolor asociado a la locura terrorífica de una habitación que se inunda de sangre. Y me pregunto por la conexión con el sufrimiento y la locura que veía en mí: «Pienso si no será el hecho de haber esperado, aunque todavía no era la hora. (Trata de aclararme que en su reloj sí era la hora). Con mayor razón —añado— porque debía tener el convencimiento de que yo la hacía esperar intencionalmente, quizá como una venganza; la dejo sola, inundada por el dolor, quizá porque a veces me ha tratado mal, como al convertirme en esa persona de conducta cruel y loca. Locura de transgresión en forma de incesto y de ser un maltratador de personas››. Quizá también preferiría verme como el analista que sufre su locura, a quien ella habría de ayudar, tal vez movida por la envidia respecto de mi funcionamiento científico en un sentido que, por otra parte, ella puede valorar. Aunque ahora puede hacer un esfuerzo de sinceridad, al recordar aquellas vivencias relacionadas conmigo, en un intento por alcanzar más comprensión.

Dice que, en un momento, cuando yo le he hablado de la envidia, volvía a sentir rabia contra mí, pero luego se ha mitigado a medida que le hablaba. Tras una pausa, vuelve a plantear la cuestión sobre el hecho de que yo pueda entrar y salir del marco terapéutico. Le respondo que necesitaría replantear esta cuestión, quizá por lo que estamos hablando. Aunque una parte de ella reconoce y valora esta relación dentro de un marco «científico», otra parte (la psicótica) siente rabia, de manera que pretende creerse y hacerme creer que si yo cedo un poquito en salir del marco terapéutico estaré más cerca de ella. Además, quizá cuando ella me pide que le hable de mis pensamientos y sentimientos, también me está reclamando que le diga lo que entiendo de ella basándome en lo que yo pienso y siento acerca de esta experiencia y no en teorías e interpretaciones ya hechas.

Dice que ella ya sabe que yo le hablo de ella a través de mí, aunque en alguna ocasión le diga alguna «parida de teorías y cosas aprendidas» (¡he de reconocer su sinceridad y

admitir, que defensivamente a veces ha sido así!), aunque en general le hablo desde mí. Pero que lo que ella me está pidiendo es una relación de reciprocidad. No entiende que pueda ser de otra manera. Para ella, en la sesión estamos dos personas, dice, y si solo le hablo desde mi papel de profesional, resulta una relación parcial, y queda mutilada una parte de mi realidad. Le digo que parece que si me muestro desde mi función de lo que yo puedo hacer aquí, en ese sentido de lo científico, es como si yo le negara a ella también su participación «científica». Como si le negara a ella su colaboración y solo viera a la enferma.

La paciente muestra una actitud cada vez más endurecida y agresiva, diría casi cruel. Me dice que tengo el corazón de piedra, que soy rígido, que lo que pasa con mi actitud es que me estoy empobreciendo (su tono es de desprecio, que siento muy hiriente, al mismo tiempo creo que una parte de ella lamenta agredirme de esa manera). Termina la sesión.

Comentarios a la sesión del jueves (s-361)

En esta sesión la paciente explica bien la evolución que se produjo en la anterior. Llegó con la vivencia descarnada de la «locura», del vacío originado por la ausencia del funcionamiento psicótico, sin «pasado» ni «horizonte», y salió con dolor, llorando. El hecho de que no predomine la parte psicótica constituye una pérdida para ella, pues aún no tiene herramientas sanas suficientes para sustituirla en su manejo con la realidad. Que no haya presente quiere decir que no quiere que lo haya, porque sí existe uno: el presente de una relación terapéutica, aunque supone el dolor de una realidad nueva no omnipotente. La dificultad para aceptar la relación analítica, si bien es dolorosa, no le impide admitirla en alguna medida. Al contrario, el martes pudo aceptar que la madre le dijera que se contuviera un poco, al verla llorar tanto, así como pudo tener en cuenta todo lo que el «analista-sirvienta» estaba soportando; y el miércoles, tras terminar la sesión con el dolor de ver que el analista se mantiene en su relación terapéutica, tampoco la condujo a actuación alguna, sino que encontró apoyo en el padre.

No obstante, la parte psicótica insiste en presionarme para sacarme de mi función con la propuesta de que yo «salga y entre» sin «salirme» del todo del marco terapéutico; propuesta claramente perversa. Mi respuesta se dirige a su percepción de mi actitud «científica» en mi manera de llevar el análisis, aunque a otra parte de ella no le gusta e incluso me tacha de cruel. Resulta significativa la asociación posterior del recuerdo de su delirio sobre la locura que vio en mí, tratando entonces de invertir la relación de ayuda: será ella la que entonces me dé su apoyo. Puede explicarlo, pues ahora no se identifica con la parte psicótica. Pero la fantasía en la sala de espera que se llena de dolor-sangre evidencia su temor a mi represalia por el carácter destructivo de aquel delirio. La diferencia respecto de cuando surgió es que ahora pone al descubierto el aspecto psicótico y nos permite ver toda su capacidad destructiva. No obstante, persiste una actividad psicótica más sutil, al calificar de dureza cruel mi decisión firme de mantener mi función analítica, que está en conflicto con la parte no psicótica que acaba de reconocer

la validez científica de mi método.

Al día siguiente, *viernes (s-362),* se sienta en el diván. Está más tranquila. Adopta una actitud de buena relación conmigo, como para «deshacer» el mal clima del final de la sesión pasada. Anoche le sucedió *algo nuevo*: reconocer que ella *tiene malos sentimientos*, a partir de lo que pudo ver en la sesión de ayer respecto al tema de la envidia: «Bueno, esa es la realidad…», dice. También le hizo gracia que yo recordara el nombre del autor del artículo que había mencionado en otra ocasión, hacía ya tiempo, lo que valora con admiración: «¡Qué memoria, qué capacidad de guardar y retener tantas cosas…!». Está activa en su vida externa, dice, como para no enterarse mucho de la nueva situación en la relación conmigo. Aunque en realidad son cuestiones que a ella le interesan también, como las gestiones que ha de hacer para conseguir una ayuda económica por su situación de enfermedad, llamar a otra persona para explorar una posibilidad de trabajo a tiempo parcial o hacer otras gestiones para la familia. Luego me explica un cuento que está escribiendo del que lee algunos párrafos:

> Una niña acude con su profesor a comprar un sombrero de plumas que necesitaba para ser mayor, pero no lo tienen en la tienda. Se dirigen a casa del profesor y los recibe una señora, su esposa, quien lleva un sombrero de plumas. La señora se lo ofrece a la niña, esta se lo pone, y ella le dice: «Puedes quedártelo, te lo regalo, para que vayas a pasear con él y seas libre», pero le advierte que no deberá ponérselo para ir a la escuela.

Comentarios a toda la semana

Cada una de las piezas (sesiones) que componen la semana destaca algún aspecto particular de la relación analítica; si las juntamos apreciaremos la configuración de un trozo de proceso analítico más amplio. O dicho de otra manera, si alejamos el *zoom* para ver no cada sesión por separado, sino la semana en conjunto, obtendremos una imagen más completa.

Así pues, el *lunes* la paciente se siente a disgusto en su propia piel ante la nueva realidad de vivir sin el funcionamiento psicótico y su temor a no ser un continente capaz de tolerar la nueva realidad con sus nuevos sentimientos; *el martes* surge la idea de eliminar radicalmente, aunque de «forma dulce», a la parte psicótica, pues no ve otra manera de convivencia con ella; *el miércoles* la parte psicótica reacciona con la propaganda de que ese malestar de incertidumbre y dolor por la nueva situación *es* la auténtica locura, aunque para ello ha debido borrar todo el pasado, atribuyendo al analista tal descalificación, además de minimizar las posibilidades del presente al no contar con lo que sí le ofrece el analista, de manera que solo queda el vacío por lo que presiona al analista a que salga de su función analítica para «sacarla» a ella de esa «realidad-locura». El *jueves* la paciente insiste en esa tendencia, pero ahora pone al descubierto el conflicto entre la parte psicótica y la no psicótica al comunicarlo al analista, recordando incluso el delirio de tiempo atrás de un analista enloquecido y la consecuencia vengativa de mi parte: dejarla en la sala de espera llena de dolor; *el viernes* muestra un intento de reconciliación con el analista, y habla de los nuevos sentimientos que está descubriendo, entre ellos la envidia, también que ha podido continuar escribiendo; a

diferencia de días atrás que no sabía cómo seguir el relato, en cuanto a matar o no a la parte psicótica, ahora trae otro distinto, y vemos que el escrito del que me habla es una forma de sustituir al delirio: la idea delirante de una *situación edípica psicótica* (Bion los denomina *pecios edípicos* para referirse al desastroso resultado de la conflictiva edípica en pacientes psicóticos) proyectada en el analista a quien ella, la niña, omnipotentemente ayudaría, se transforma en un texto con una historia que expresa una configuración edípica más neurótica, donde el analista es reconocido como el profesor, casado con una mujer que tiene algo (el sombrero) que ella desea.

Por lo tanto, la ausencia del funcionamiento psicótico coloca a la Sra. B en un trance difícil en el que el conflicto entre la parte psicótica y la no psicótica luchan para evitar o aceptar la dependencia analítica, con un predominio, de momento, de la segunda. Para ello ha sido necesaria la firmeza del analista en no ceder frente a su demanda de que si ella renuncia a lo psicótico, es a cambio de que él acceda a salir y entrar del marco terapéutico incluso en la sesión. A lo largo de la semana se ha construido una nueva configuración edípica, que se manifiesta también en la realidad externa. Después de la sesión del *lunes*, lleva a casa el llanto consiguiente al dolor de la relación analítica no psicótica, a lo que la madre responde con un «has de aguantar más», que la paciente no rechaza, sino que asocia con lo que otra figura materna, la señora de la limpieza de casa (asociada al analista), está soportando. En este sentido, tras la sesión del miércoles en la que se sintió viviendo el dolor de la nueva relación analítica, encontró consuelo en el padre. Es decir, pudo llevar a los padres externos lo que internamente estaba empezando a vivir en la relación analítica, un analista como figura firme a la vez que receptiva.

Tema 2. Introyección de aspectos de vida del analista y posterior proyección en él

Semanas antes de la sesión que comentaré, la paciente dijo en tono de queja: «Desde que estoy en análisis no ha habido intentos ni deseos serios de suicidio». La vinculación al tratamiento no le ha permitido esa posibilidad que en otras ocasiones de desesperación la aliviaba, con tan solo pensar que existía esa salida para su sufrimiento. En muchos momentos ha expresado de manera clara el doble sentido de las vivencias de muerte: como algo deseado y a la vez temido. En la sesión anterior a la que expondré en detalle explica que estuvo considerando seriamente la posibilidad del suicidio.

Viernes (s-490). Poco antes de su hora, llama por teléfono para decirme que ha tenido una «caída de tensión» y se ha desmayado, por lo que no podrá venir. Le digo que, teniendo en cuenta la sesión de ayer, en la que hablamos de las ideas de suicidio y que ahora llega el fin de semana, me parecería importante mantener la sesión si ella pudiera hacer el esfuerzo de venir. Acepta enseguida y contesta que se viste y coge un taxi.

P: *(Llega a la hora. Hace algún comentario positivo sobre la corbata que llevo)*. Ayer salí mal de aquí… Sí. Y luego he dormido mal, de manera superficial *(no comprendo a qué se refiere exactamente con superficial)*. Sí, he soñado, aunque no recuerdo bien qué. Bueno, había algo de que yo estaba con N *(un amigo)* al aire libre, él tenía una hoja de papel con un dibujo, que al mismo tiempo era una partitura de música… No sé. *(Se me queda mirando. Está sentada en el diván)*. Esta mañana no tenía ganas de levantarme… Se me hacía difícil, empezar el día, y vivir. Y luego he estado con la idea de tener una enfermedad, de encontrarme mal físicamente. Al fumar un cigarrillo me he desmayado. Resulta que tenía la tensión baja. Mi madre se ha enfadado conmigo por fumar. Luego ella ha hecho un esfuerzo y ha estado bien. Hemos hablado. Me decía que si estaba mal físicamente eso influía en el estado psíquico y que al revés también pasaba lo mismo. Y yo pensaba: «¡Si tú supieras…!». Y es que estoy con la idea de que tengo un cáncer, por esta pequeña pupa en la nariz. He pedido hora para el médico. Al venir para aquí mi madre me decía: «dile al Dr. PS que te ha bajado la presión, aunque sea psiquiatra, tú se lo dices…» *(Me mira fijamente)*. Y es que con todo este malestar he pensado, bueno… estaba con la impresión como si estuviera recibiendo quimioterapia para curar el cáncer que tengo *(Tiempo atrás, esto fue tema de una convicción delirante en la que era yo quien, a distancia, controlaba ese tratamiento de quimioterapia).*

A: Usted misma se dice «si tú supieras cómo lo psíquico y lo físico pueden influir entre sí». De manera que la depresión, la caída de ánimo de ayer, es menos tolerable que la caída de presión sanguínea, el desmayo. Y también el tratamiento de lo psíquico, el análisis, con sus efectos secundarios, es más difícil de tolerar que los efectos secundarios si estuviera recibiendo quimioterapia para el cáncer, por lo que preferiría este segundo tratamiento.

P: Pero no me hable de lo psíquico *(llorando, y un poco enfadada)*. Es que lo que también debe pasar es que como estoy haciendo esfuerzos de supervivencia, entonces todo lo negativo se ha concentrado en la enfermedad, en el cáncer, en la caída de tensión… *(pausa)*. Esta mañana me ha llamado el chico que me está enseñando el funcionamiento del ordenador y me ha explicado cómo arreglar el problema que tuve ayer *(que ella misma borró lo que había escrito)*. Él me ha enseñado la manera de recuperar lo que había perdido, y luego he escrito una página más. De manera que estaba con una actitud positiva. Y en la comida con la familia, he estado bien. He comido con ganas. Tenía hambre. Hablábamos de regalarle algo a mi padre. Él me decía que podía ser una corbata. Y he explicado que conocía un sitio que las tenían baratas… O sea que estaba positiva. *(Se detiene, hace una pausa y se pone a llorar desconsoladamente)*. Pero no quiero estar bien, no quiero estar sana, quiero estar enferma… no quiero vivir… *(interrumpiéndose por el llanto)*. No sé vivir. Es una vida de mediocridad…

A: Si me explica que ha estado positiva, pero llega un momento en que estando aquí se ve incapaz de vivir, es como si esta mañana podía estar positiva, si lo negativo, como usted dice, estaba en la enfermedad, en el cáncer. Pero una vez aquí, lo físico y

lo psíquico parece que no están tan separados, se unen lo negativo y lo positivo. Por eso había llamado, prefiriendo no venir. Pero si como yo estaba dispuesto a hacer la sesión, enseguida ha aceptado; esto sería lo positivo de usted, lo que la empuja a hacer los esfuerzos para sobrevivir, lo que hace que tenga ganas de comer, de venir a la sesión, de compartir la mesa con la familia. Pero una vez aquí, parece que todo lo positivo, de vida, solo está en el analista, como que desaparece de usted. Y usted queda con lo negativo, con la enfermedad.

P: Pero es que vivir… ¿para qué? ¿Qué sentido tiene? Si no tengo nada, tan solo esos buenos momentos como el de la comida, pero son tan poca cosa, que no es nada, porque no está vertebrado, es algo aislado. Porque luego ¿qué? Luego, solo vacío… Esta mañana pensaba: «¿Para qué seguir con el asunto del piso, para estar yo sola, sin nadie, con nada en mi cabeza?». No lo quiero… *(llora con más intensidad).* Es que no quiero ir a casa de mis padres. Me quiero quedar aquí… No sé vivir…

A: Parece que hay momentos en que borra de su mente sus capacidades de vivir, como con el ordenador, pero parece que puede encontrar el analista que le ayude a recuperarlas; sin embargo, preferiría que sigan estando en mí esas capacidades y usted quedarse a vivir aquí, junto a mí.

P: *(Llora un poco enfadada)* Pero es que no quiero estar bien. No quiero vivir *(hace una pausa, poco a poco se calma, se levanta y toma de la mesa un pañuelo desechable para limpiarse. Vuelve y se sienta. Calla durante unos minutos. Yo también mantengo el silencio. Faltan unos diez minutos para acabar la sesión).* Me voy a ir porque no tengo nada que decir.

A: Quizá para mantener viva la sesión de hoy solo depende de lo que yo hable, usted siente que no tendrá nada positivo, de vida, porque todo eso está en mí, y por eso prefiere marcharse, si yo no hablo.

P: Pero es que no tengo nada *(llanto y enfado)*, no tengo relaciones, no tengo afecto, no tengo amistades, no tengo protagonismo, no tengo escritura, no tengo las cosas de manera absoluta… No quiero vivir. Lo único que tengo es vacío, o mediocridad, o todo eso junto…

A: Por lo tanto, la cuestión es que si no tiene todas las cosas en absoluto, entonces no tiene nada. Esas ganas de venir a la sesión, de comer, de aceptar compartir con otros y sentir que usted da y colabora, todo eso se vuelve a borrar, si no es en términos absolutos…

P: ¡Sí! *(grita con todas sus fuerzas)*. No quiero la relatividad de las cosas, no quiero, no quiero… ¡no quiero! *(Sigue gritando, como para acallar y silenciar lo que yo le acabo de decir, cuando trataba de apoyar lo sano de ella)*.

Me mantengo en silencio. Ella calla también. Me mira. Comprueba el reloj. Más tranquila, ha cesado la violencia. Con su mirada me da a entender que ya es la hora. Le digo que así es. Me despido. La Sra. B responde de buenas maneras.

Comentarios a la sesión del viernes (s-490)

Entiendo la negativa inicial de la paciente a venir a la sesión para que yo recoja el aspecto de vida proyectado en mí en favor de la sesión. Cuando doy muestras de estar interesado en mantener viva la relación analítica, enseguida ella responde positivamente. Después de las serias ideas de suicidio en las que por unos momentos había borrado las tendencias de vida, ha podido recuperarlas, tras la sesión anterior, y sentirse bien con la familia, aceptar la comida, compartirla; haber «comido» de la sesión anterior, incluso haber recuperado parte de su actividad creativa, escribiendo. Días atrás había estado muy preocupada porque había perdido sus capacidades, con la convicción de que el analista la había anulado con sus intervenciones y se las había apropiado. Ahora el analista le ha permitido arreglar su mente para recuperar los deseos de vida; ha comido con ganas, con hambre, y está agradecida al analista-padre, a quien desea hacerle un regalo. Es significativo que su primer comentario de la sesión sea alabar la corbata del analista. Precisamente, el regalo que pensaba hacerle al padre. ¿Tal vez como una expresión de aprecio por el analista?

Al mismo tiempo, como ella dice, parece que todo lo negativo se ha concentrado en el cáncer que desea tener, localizado en un lugar concreto del cuerpo (su nariz). Pero alcanzado el momento en que ella se siente «positiva», rompe a llorar y dice que no quiere estar bien, no quiere estar sana, desea estar enferma. Creo que la sesión la obliga de nuevo a poner en contacto todo lo negativo —depositado en el cáncer— con lo positivo, que estaban escindidos; es decir, los aspectos de muerte con los de vida, lo cual le resulta intolerable, por lo que necesita proyectar los últimos en el analista. Cuando dice que no quiere vivir porque no sabe vivir, en un nivel más profundo se refiere a que no sabe unir ese abismo que durante toda su vida ha mantenido separados los aspectos de vida con los de muerte (o, lo que es peor, en fusiones dominadas por los aspectos de muerte). Muestra su impotencia e incapacidad para tolerar el dolor por la amenaza de que todo lo positivo y asociado con vida pueda verse afectado por las ansiedades de aniquilación, si junta ambos aspectos.

La paciente responde preguntando para qué tener su piso, para qué vivir. Para qué su piso-mente, si «no tengo nada en mi cabeza». Y no hay nada, porque se vacía de todo lo negativo que provisionalmente deposita en el cáncer, así como de lo positivo que coloca en el analista. Aunque no tener nada es, al mismo tiempo, expresión de la misma idea de muerte.

En la sesión se aprecia el intento de la paciente de proyectar los aspectos de vida en el analista, cuando afirma que se quedaría a vivir aquí junto a él. Porque ¿cómo se irá, si las capacidades de vida están depositadas en él? Pero luego, al quedarse aquí y ver que no es una relación «de absoluto», es decir de fusión, entonces no querría nada de la relación, preferiría marcharse. Y cuando el analista le habla de que ha depositado en él sus aspectos de vida, la paciente insiste que en ella no hay nada. Cuando el analista trata de recuperar los aspectos sanos de vida en ella, entonces surge la rabia y la violencia de la parte psicótica que odia la vida.

Su reacción es clara, pero imposible: solo podría hacer la sesión si fuera omnipotente, como la única manera de contener lo negativo junto a lo positivo sin que este quede destruido. Pero la experiencia analítica le ha enseñado que la omnipotencia es

incompatible con la realidad. De ahí la rabia y el odio momentáneo de la parte psicótica al final de la sesión. No obstante, y para sorpresa mía, la despedida puso de manifiesto la presencia de la parte no psicótica que podía entender al analista, y aceptar los límites de la realidad: ella misma señala que es la hora de marcharse.

En la sesión de lunes, siguiente a la descrita, observa que la planta del despacho sigue creciendo, recuerda la época en que se sentía enamorada del analista y lo doloroso de que fuera una relación imposible. Le digo que la relación analítica, como la planta, crece en un clima de trabajo y no de enamoramiento. Describiré en detalle la sesión del *martes (s-491)*.

P: Estoy desorientada y cansada *(se* echa *en el diván, después de encender un cigarrillo)*. Ayer estuve en el médico y me dijo que el malestar que tenía era por algo de aquí *(señala desde la garganta)* hacia arriba *(hasta el ápex de la cabeza)*. Que tengo faringitis por un constipado, y al fumar, no se me ha curado. Me preguntó si tenía síntomas de cansancio. Ayer no, pero hoy sí que los siento. Me ha mandado unos antibióticos y unos medicamentos… *(tono de voz cansino y lloroso)*. Luego he ido a casa y se lo he explicado a mi madre. Ella se ha enfadado porque piensa que el problema es que fumo mucho *(fuente de enfrentamientos repetidos con la madre)*. Le he dicho que los médicos no me han comentado que sea el tabaco el origen de este malestar. Ella dice que tendrían que hablarme más claro.Y sí, yo también creo que tendrían que hablarme más claro, en el sentido de que me digan si tengo un cáncer *(vuelve a llorar)*.

A: Decía que se siente desorientada. Tal vez es que ayer usted había desechado la idea del cáncer, al desparecer la lesión de la nariz y sentirse mejor con lo que hablamos. Pero ahora vuelve a pensar que los comentarios de los médicos apuntan a que debe tener un cáncer, pero no se lo dicen con claridad.

P: No, no había desechado del todo la idea del cáncer. Pero sí, lo que quiero es que me lo digan *(llorando)*. Y es que no puedo más *(pausa por el llanto)*. Es que no puedo con el silencio, de no tener el afecto que necesito. No tener el afecto de mi madre, que se ha enfadado conmigo… Ahora recordaba una conversación telefónica que le oí a mi madre con un médico, hace años, en la que hablaron por un momento de algo de cáncer, referido a mí.

A: Quizá me pide que yo también le hable claro. Está cansada, dice, lo que podríamos relacionar con estar baja de ánimo. Creo que el cáncer del que me habla puede que tenga que ver con que en su mente hay algo que siente que funciona como podría hacerlo el cáncer en el cuerpo. Es decir, algo que gasta mucha energía y actividad para disminuir la vida, lo vivo dentro de usted… algo en contra de la vida. Y es importante que lo sepamos.

P: *(Llanto silencioso, al mismo tiempo que muestra atención mientras hablo. Inquieta. Creo que en ese momento se incorpora y se sienta en el diván)*. Es que no puedo más, ya no puedo más. Es que no tengo nada, solo tengo el vacío, el silencio, la soledad… Y no puedo aguantar más.

A: Habla de soledad, creo que debe de ser que a pesar de los esfuerzos que en este

momento estamos poniendo aquí, ahora, sin embargo siente que no es suficiente porque no tiene un apoyo «absoluto» de mí, del que hemos hablado días atrás.

P: Claro, pero es que no es suficiente. Es que no tengo nada, solo tengo silencio, no tengo ningún afecto, nadie me quiere…

A: Ahora yo le estoy hablando, pero dice que eso es nada, que no hay afecto, sino solo silencio. Este debe ser el aspecto canceroso de su mente que ahora actúa, al convertir en silencio todo lo que yo estoy tratando de escuchar, de entender y de explicarle. El aspecto canceroso que actúa porque no tiene toda la relación absolutamente.

P: Pero es que yo no puedo vivir con ese afecto que recibo aquí durante tres cuartos de hora. Eso no es suficiente… *(se levanta, quejosa, lloriqueando, camina de un lado a otro).* Yo no puedo más, no puedo vivir así *(se queda en el otro extremo de la habitación de espaldas a mí).*

A: Parece que ahora prefiere que yo no la vea, porque no sabe si voy a tolerar que usted esté mal, quejándose, llorando y rechazando lo que le digo *(en otras ocasiones se había referido a lo fea que se sentía así, llorando y en actitud de rechazo).*

P: *(Vuelve. Se sienta en el diván. Deja de llorar. Continua hablando con tono quejoso)* Es que mi madre se ha enfadado conmigo porque fumo, y es que a ella le sabe mal que fume… *(enciende un cigarrillo)* no lo puede tolerar. Y no entiende que yo no puedo controlar lo del fumar.

A: De manera que el problema desesperante es que usted se da cuenta de que fumar es algo en contra de la madre, pero que usted no puede controlar esa necesidad.

P: ¿Entonces resulta que yo soy la culpable de todo? *(llorando de nuevo).*

A: Yo no digo que usted sea responsable de todo, pero le hablo de una realidad que podemos ver en lo que me dice, de no poder controlar el fumar que a la vez está en la relación con la madre; como tampoco se ve capaz de controlar la tendencia a convertir en silencio lo que yo le aporto.

P: Usted me habla de la realidad que vemos, pero es que yo no puedo con la realidad… *(se levanta, pasea por la habitación, llorando de nuevo).* Es que yo no puedo más… *(Se sienta. Pausa. Silencio).* Es que no puedo con el silencio… Me marcho *(se levanta se pone la chaqueta).*

A: Es casi la hora, pero falta un poco aún *(sigo sentado. Ella se sienta también. Quedamos en silencio hasta el final. Algo más tranquila. Se despide bien).*

Comentarios a la sesión del martes (s-491)

Una vez más la paciente se empeña en localizar en el cáncer todo lo que siente como negativo, según habíamos visto dos sesiones antes. No ser diagnosticada de cáncer la decepciona primero, aunque queda claro que el asunto que tiene es de la «garganta hacia arriba››, es decir, de cabeza, de su mente. Pero luego surge la sospecha de que el médico-analista debe saber más cosas de lo que le dice, de que en ella hay un cáncer, algo destructivo en su «cabeza-mente» y que espera que le hable claro.

Primero examino con ella el asunto de la fantasía del cáncer somático, para no dirigirme directamente a su vida mental, que podría sentir como intrusivo. Pero ella misma responde en términos emocionales: no puede con el silencio, quiere decir la ausencia del afecto del otro: la madre y el analista. En la sesión del viernes veíamos que no podía juntar lo que sentía de positivo en ella, proyectado en el analista, con lo negativo proyectado en el cuerpo canceroso. Hoy, no puede juntar el afecto del objeto con el odio hacia este, así que debe provocar en el primero sentimientos de rechazo, lo que resulta muy claro en fumar ante la madre, planteándolo como un dilema sin salida, que corresponde al que se plantea en la relación analítica: ella necesita, una y otra vez, convertir en nada, en humo, en silencio, lo que le proporciona el analista, y entonces este se sentirá enojado, la odiará y le retirará el afecto. De esta manera el analista quedará como depositario de todos esos malos sentimientos que ella no puede tolerar, ni contener, si no están depositados en el cáncer.

Cuando le interpreto que su «cáncer mental» está consumiendo su vitalidad, la Sra. B responde como lo haría frente a la madre con el asunto de fumar: que no puede más, que no puede evitarlo; no tiene nada, solo tiene el vacío, el silencio, la soledad. De manera que el cáncer no solo es el depositario de todo lo negativo, y con esa disociación salvaguarda lo positivo que necesita proyectar en el analista, como ocurría en la sesión del viernes; ahora el cáncer es la fuerza mortífera, lo destructivo que ella no puede contener y que se manifiesta en la actuación en la misma sesión.

Cualquier intento mío para ayudarla, pero que exige de ella esfuerzo, lo siente como imposible, pues no puede controlar la actividad destructiva. Es más, la única manera de deshacerse de lo destructivo es tratando de anular una y otra vez lo que le aporto, convertir en nada lo que digo, para vaciarme, a pesar de los esfuerzos que estoy haciendo. Es decir, parece que ella necesita proyectar en mí el silencio mortífero insoportable que estaba viviendo, porque solo podría neutralizarlo si tuviera *todo* mi afecto, aspiración tan absoluta que solo sería posible si ella *es* el analista o el analista se funde con ella.

Cuando le indico que se marcha al otro extremo de la habitación para apartarse de mi vista porque no sabe si aguantaré verla mal, responde encendiendo un cigarrillo, al mismo tiempo que se queja de la intolerancia de la madre respecto de que fume. Ahí activa una transferencia materna, en un intento de ponerme a prueba, para ver si toleraré su adicción al tabaco. Pero tiene evidencias de que en ningún momento yo me he referido a ello, a pesar de que consume un cigarrillo tras otro en cada sesión. Conmigo, la prueba a pasar es su tendencia a actuar en la sesión aquello que le perjudica mentalmente y que a la vez tiene una repercusión hostil contra mí; en este caso, no recibir mis interpretaciones, que sabe necesita, convertirlas en silencio, en nada, en humo, y de esa manera liberarse de lo mortífero que siente dentro. Mi interpretación señala el aspecto canceroso psíquico que actúa en ese momento de la sesión.

Cuando estamos terminando la sesión, la paciente se queja de lo insoportable que se le hace la realidad psíquica de la que le estoy hablando. Hace una pausa, como esperando unas palabras de consuelo, es decir, que yo me haga cargo de un trabajo que le

corresponde. Yo no respondo, sino con mi presencia, no digo nada más, porque me parece que si el análisis puede ayudarle en algo es precisamente a que aprenda a tolerar la realidad que vamos desvelando, y eso yo no puedo hacerlo por ella. Así que mi respuesta es un silencio necesario. A lo que añade que no puede con el silencio y trata de marcharse.

Probablemente trata de pervertir la realidad y confundirme. Intenta equiparar el silencio del momento en que yo espero, acompañándola, a que ella pueda digerir la realidad que estamos viendo, con el silencio canceroso, resultado de convertir mis palabras en nada. Cuando intenta marcharse yo rompo mi silencio, no para darle palabras de consuelo falsas (pues el dolor de la realidad que está descubriendo no permite «paños calientes», como dijo en una ocasión), sino para velar por el encuadre y señalar que aún no es la hora, manteniéndome en mi sitio. La paciente lo entiende y vuelve a sentarse, hasta que transcurren los pocos minutos que faltan para el final y puede despedirse más tranquila. Es un momento muy significativo porque muestra que con el paciente psicótico es posible la introyección de la función continente del analista, incluso cuando parece que le es absolutamente insoportable. Y serán necesarias nuevas experiencias como la de hoy para que esa capacidad de contención se fortalezca.

Tema 3. Entre realidad y locura: el fracaso de la lógica de la locura

Seguimos en un momento del proceso analítico en que existe la posibilidad de salir de la organización psicótica. El material muestra de nuevo la lucha entre recurrir a lo psicótico o evitarlo, porque ahora se ha convertido en una amenaza. Es más, comienza a evidenciarse la falacia de la «lógica de la locura».

Sesión de un *lunes (s-477), previo a las vacaciones de Semana Santa.* El sábado por la mañana la Sra. B me llama angustiada por teléfono, con la impresión de sentirse invadida por los «mensajes». Le digo que entiendo que está viviendo un momento difícil por el intento de suicidio de la hermana, haciendo que ella pierda el protagonismo ante la familia. Puede esperar hasta la sesión del lunes que describiré a continuación.

Sentada, con expresión de angustia, busca en el bolso y, con decepción, comprueba que solo tiene un cigarrillo. Dice encontrarse mal por su reacción ante lo que ha sucedido en casa. Se queja de que la obligaron a firmar un papel conforme se compromete a pagar el alquiler del piso, propiedad de la familia. Se enfadó mucho de que no confiaran en ella, sobre todo que el padre sea débil y se haya dejado convencer por la familia. Se sintió engañada.

Dolida por el incidente, fue a buscar a unos amigos con los que pretendía sentirse protagonista, pero encontró una relación de la que sospechó algo sadomasoquista; esta

consiste en hacerla sentir importante, como si necesitaran de ella, y luego rechazarla. Aunque no muy convencida, tiene la impresión de que los extraterrestres intervienen en ello. Se encuentra mal, desorientada y «como fuera de mí».

Le digo que parece que se ha sentido expulsada de la familia. Primero la hermana obtiene la atención familiar y luego le hacen firmar un contrato que considera un engaño. Y cuando busca refugio en los amigos para ser ella protagonista se encuentra con un tipo de relación sadomasoquista.

P: Bueno, es verdad que el intento de suicidio de mi hermana es como que me robaba la posibilidad de hacerlo yo, pues estos días lo estuve pensando. Así que ya no podía conseguir el protagonismo… Entonces me encuentro muy mal, muy desorientada, como fuera de mí, queriendo que me lleven al psiquiátrico… Pero lo que más me ha enfadado ha sido el engaño, la humillación por lo de la firma… Y es que no sé qué hacer ahora, estoy desorientada… Como que no me siento capaz de hacer las cosas que tendría que hacer para mí…

A: Se siente desorientada, fuera de usted misma, porque solamente es posible hacer cosas para usted, si está dentro de la casa de los padres, siendo la protagonista y centro de sus vidas. Y si no es así, habría de buscar alguna otra relación para ser protagonista, aunque sea sadomasoquista, para no quedar fuera de toda relación. Aunque usted misma se da cuenta de lo perjudicial de esta relación.

P: *(Pausa)* Y es que me enfadé mucho con mi padre, porque es como que se aliaba con mi madre y toda la familia. Luego él quiso estar bien conmigo, pero no le hice caso. Aunque me sabe mal haber hecho el numerito esta mañana… llorando, gritando por firmar el papel…

A: Parece muy importante lo de la firma. No solo por dejar de ser la protagonista. Porque si bien está interesada en ir haciendo su vida, si los demás la empujan en ese sentido, siente que la expulsan violentamente fuera. Es demasiado duro lo de vivir sin estar dentro de otros. Tal vez me llamó el sábado porque se sentía fuera de toda relación.

P: Bueno, luego me sentí mal de haber llamado porque no le expliqué bien cómo me encontraba… En realidad, no esperaba encontrarle, porque usted me dijo que sería difícil localizarle…

A: O sea que si no esperaba encontrarme quizá solo esperaba oír mi voz en el contestador automático *(asiente)* y al contestarle yo, no supo qué decirme… *(asiente de nuevo)*.

P: Y es que luego he pensado, «bueno, pues si tienes que pagar lo del piso de tu padre pues tendrás que ponerte a trabajar y pedirle a un amigo que te revise los escritos para su posible publicación…», seguir haciendo mi vida. Pero luego no me veía capaz de hacerlo, es como si estuviera fuera de mí, como si no me encontrara.

A: Es decir, que aún hay una tercera alternativa a las de sentirse o bien protagonista o bien expulsada, que es tener en cuenta los recursos y sentimientos que están a su alcance: pedirle ayuda al amigo, y al analista en las sesiones. Aunque eso implica pedir y esperar a tener la ayuda posible.

P: Pero es que no siento que hoy me ayude usted, salgo igual que he entrado…

A: Quizá se trata del tipo de relación sadomasoquista de la que me hablaba antes. Es decir, yo hago ver que la comprendo pero luego no le ayudo en nada. Tal vez porque lo que yo le aporto no evita lo doloroso de que esta relación se termina hoy con el final de la sesión, y entonces es sentido como que la expulso. Así que prefiere decir que el dolor de la separación es por la relación sadomasoquista que yo estaría interesado en establecer.

P: Pero es que yo me encontraba mal y necesitaba apoyo, afecto, que me consolaran, más que comprender lo que me pasa. Y no he tenido respuesta en ese sentido… *(llora. Es la hora y nos despedimos).*

A lo largo de la sesión, la Sra. B ha podido escuchar mis intervenciones y se ha calmado, incluso ha podido tolerar toda la sesión con un solo cigarrillo.

Comentarios a la sesión s-477

Firmar el contrato del piso del padre significa que la obligan a certificar su expulsión de la vida de ellos, a quienes de alguna manera controla y tiene a su disposición. Además, en un momento en que la hermana menor le resta protagonismo tras un intento de suicidio, que ella misma días atrás había pensado llevar a cabo. Se siente *fuera de sí misma* y desorientada, porque aún le cuesta vivir fuera del objeto. Y se siente engañada porque siente un pacto implícito por el que ella siempre estaría en la vida de los padres, sin necesidad de contrato alguno. Porque estar *en sí misma* implica, como vemos desde hace tiempo, estar en sus «propios zapatos», asumiendo la responsabilidad de su vida psíquica, tan difícil para ella.

Su reacción ante ese hecho humillante y sobre todo desestabilizador para su mente es buscar una relación en la que sea protagonista, pero se encuentra con una relación que sospecha es sadomasoquista. Le recuerdo la llamada del sábado. Y es curioso que no esperaba encontrarme. ¿Qué pretendía entonces? ¿Oír mi voz para calmarse? De hecho, cuando llama y no estoy, suele dejar mensajes que no son nada tranquilizadores. Por lo tanto, es una actuación intrusiva para instalarse dentro de mí, ya que se sentía fuera de sí misma, es decir, perdida sin un espacio que la contenga. También cabe pensar que me llama para pedir ayuda, pero sabiendo que no se la daré porque supone que no estaré; es decir, que así reproduce la relación sadomasoquista de la que habla. Creo que esto es lo que actúa en la sesión al invertir la situación: aparenta estar dispuesta a recibir ayuda del analista, pero luego la invalida cuando este se la ofrece, lo que le interpreto. No obstante, en el curso de la sesión la paciente ha seguido mis intervenciones y poco a poco se calma. Es posible también que al aspecto sádico se sume el que ella más desea, en el sentido de que solo si la acojo «plenamente», sintiéndose dentro de mí, sería satisfactorio. De otra forma, toda ayuda que le proporcione, es insuficiente porque la supone fuera del objeto y, por lo tanto, fuera de sí.

El día siguiente, *martes (s-478)*, se sienta en el diván y busca el paquete de cigarrillos,

que no encuentra. Remueve una y otra vez el interior del bolso, los papeles, alguna caja de medicinas, entre otras cosas, pero no encuentra los cigarrillos. Con decepción, me mira inquieta. En ocasiones similares no dudó en salir un momento a comprar tabaco. Para mi sorpresa, sigue sentada y comienza a hablar. De vez en cuando necesitará volver a rebuscar en el bolso para comprobar contrariada que la realidad sigue siendo la misma: no hay cigarrillos. Recordemos que suele fumar entre cuatro y cinco cigarrillos cada sesión.

Ha estado hablando con una amiga de su preocupación por no ser la protagonista, y del estado en que se encuentra, dice, *«a medio camino entre la locura y la realidad*… Porque no quiero dejar del todo los mensajes; aunque procuro que no me inunden, quiero preservarlos. Porque lo difícil es aceptar la realidad tal cual, o sea, hacer esfuerzos para conseguir las cosas, y aceptar que la realidad no es la fantasía, sino algo que está afuera de mi mente y, sin embargo, existe, y que la realidad también es estar en el anonimato, ser una más, no la protagonista…».

Al mismo tiempo, se ha despertado con cierto malestar, con la sensación de la presencia de los mensajes. Estuvo pensando, preocupada, preocupación en lo de la relación sadomasoquista del fin de semana con los amigos, pero es algo que va y viene, lo que la tranquiliza. Era difícil pensar que tenía todo el día por delante. La noche anterior, después de una pequeña bronca con la madre, le enseñó unos escritos suyos de hacía tiempo, que hablaban de una canción de cuna. A la madre no le gustaron, le parecieron muy tristes… De pronto calla, con la mirada fija en mí y algo preocupada dice: «Tengo la sensación como de irrealidad… sí, sí, ahora mismo».

A: Ni locura, ni realidad, sino irrealidad, un estado que le evita el dolor de la realidad y la inquietud y preocupación de la locura…

P: Cuando habla de locura me resulta tan doloroso…

A: Usted ha utilizado la *palabra*…

P: *(En tono tranquila)* Sí, sí, pero es que al oírsela a usted es como una «piedra», como cuando se arroja una piedra contra alguien… *(pausa)*. Y al mismo tiempo tengo la esperanza de que todo eso de los mensajes sea verdad, que no sea falso, ni locura… *(vuelve a callar).*

A: *(La paciente sabe ya que es una esperanza vana pretender que la locura sea «verdad», y no un falseamiento de la realidad; así que no comento nada. Pero me quedo pensando en el texto de la canción de cuna y el rechazo de la madre).* Antes del sentimiento de irrealidad ha recordado lo del rechazo de la madre por sus escritos…

P: Sí, eran unos escritos que hablaban de una canción de cuna, nostálgicos, tristes y a ella no le gustaron. Bueno, en realidad trataban de una canción de «no-canción-de-cuna»… Aunque después ella me valoró otros escritos… En lugar de sentirse ofendida y agredida como madre… Es que me cuesta mucho eso de la realidad… Como el esfuerzo de tener que aprender del ordenador, porque es aprender para mí, no para ser protagonista, y se me hace duro…

A: Se hace difícil aprender a manejarse con la realidad si eso significa esperar a que

esos esfuerzos den resultados… Aunque ahora puede tolerar estar en sesión sin fumar…

P: Pero es que la realidad supone eso… esfuerzo para conseguir las cosas, luego reconocer que la realidad es realidad, quiero decir que no es fantasía, y después el anonimato, de que yo no soy la protagonista. Y todo eso supone estar sola… Pero, Dr. PS, ¿cómo se consigue el esfuerzo para estar con la realidad? *(pausa)*.

A. Si usted aprende a manejar el ordenador, puede hacer traducciones por su cuenta, por lo que ha explicado, si usted aprende a estar con sus sentimientos y vivencias, como los dolorosos que surgieron con relación a la madre con lo del escrito de la canción de «no-canción-de-cuna» que usted le enseñó y ella rechazó, pues puede sentirse más autónoma. Podría decirle esto…

P: Sí. En este momento me siento como en la postura de la realidad que usted propone, y creo que usted me da argumentos que me convencen. Pero todo eso que entiendo, puede ser bueno para usted, para su vida, para hacer la sesión, pero para mí… yo no me veo capaz, porque supone estar muy sola…

A: Se compara conmigo, y si no puede manejarse con la realidad como yo, entonces no es capaz de nada…

P: Pero es que estar en la realidad es estar sola, completamente sola… *(pausa)*. Esta mañana un chico me ha traído otro proyecto de reforma del piso más barato que los otros. Esta persona pertenece al grupo del bar del juego psicológico sadomasoquista. Parecía un gesto positivo, como un signo de reconciliación o algo así… Pero luego he pensado si no sería una maniobra *(se queda mirándome, como esperando que yo le diga algo)*.

A: De manera que si hay un acercamiento para ayudarle ahora en la sesión, puede pensar que eso se deba a una maniobra…

P: Bueno, es que estando en sesiones con usted me han internado en el psiquiátrico…

A: Sobre todo teniendo en cuenta que la semana próxima interrumpimos unos días por vacaciones de Semana Santa. Entonces mi acercamiento ahora podría ser una maniobra para luego abandonarla…

Tras un silencio, pregunta por las fechas de las vacaciones, ya anunciadas hace tiempo. Se las recuerdo. Es la hora. De pie, pregunta: «¿Qué hago con lo del proyecto?». Me quedo mirándola, como que no sé a qué se refiere. Me aclara que si podrá confiar en esas personas… Le digo que es algo que estamos viendo aquí…

Comentarios a la sesión s-478

El hecho de dejar de ser la protagonista y de firmar la «expulsión» de la vida de los padres trae como consecuencia sentirse en ese estado *a medio camino entre la realidad y la locura*. Por una parte, no quiere renunciar a la locura, quiere preservarla por si la realidad se le hace intolerable; por otra parte, ha despertado con malestar precisamente por la presencia de los mensajes; es decir, no quiere abandonar la locura, pero teme verse

capturada por ella, pues con el análisis ha aprendido que la locura está basada en la mentira. La realidad implica enfrentar la conflictiva relación con la madre; los sentimientos de rechazo de la madre hacia ella y los de odio de ella hacia la madre que rechaza. Tal vez existe una parte de la realidad externa, de una madre más bien distante y fría, que tuvo dificultades para aceptar las intensas identificaciones proyectivas de la paciente. Por esta razón la Sra. B necesita, una y otra vez, actuar la identificación proyectiva en la relación analítica para comprobar que la respuesta no es la negación, sino su receptividad y devolución en las mejores condiciones. De ahí la enorme paciencia necesaria con estos pacientes.

Justo en ese momento de la sesión surge el sentimiento de irrealidad, al parecer como defensa para no aceptar ni la locura ni la realidad, pues entrar en contacto con la realidad «a pelo» —como dijo en una ocasión, es decir, sin mediación de los delirios— es algo nuevo, extraño y muy duro.

Es evidente, asimismo, el *uso concreto de las palabras.* Cuando yo hablo de locura, es *como si arrojara una piedra contra ella*. A veces las palabras no simbolizan los contenidos a los que se refieren, sino que son la materialización física de lo que aluden; queda claro, pues, que aquí no tuve el tacto necesario para formular la interpretación de manera más aceptable para la Sra. B.

Si bien le convencen los argumentos del analista para estar en la realidad, estarán bien para él, pero no para ella, pues su problema es que no puede soportar el dolor que implica la realidad de estar completamente sola. Aunque es cierta esta limitación para el dolor, también trata de delegarlo de manera total en el analista, pues en la misma sesión ha dado muestras de cierta capacidad para tolerarlo, al soportar la frustración de estar sin tabaco, sin necesidad de ir a buscar el antídoto para el dolor, como en otras ocasiones.

Luego intento llevar a la transferencia su dificultad para caminar por la vía de la realidad al considerar mi acercamiento a comprenderla como una maniobra sádica para luego dejarla sola, lo que ella confirma al recordar que a pesar de estar en análisis ha ingresado en el hospital psiquiátrico. Es decir, pervierte la realidad del análisis como situación de ayuda, al convertirla en una relación sadomasoquista, antes que aceptar la pura realidad dolorosa de la separación, así como mis limitaciones y las del análisis. Sin embargo, tras mi respuesta en la que introduzco la realidad de la inminencia de las vacaciones, la paciente puede situarse también en la realidad, la acepta y me pide ayuda para que le recuerde las fechas concretas de las vacaciones.

En la sesión del *miércoles (s-479)*, llega con sentimientos de extrañeza y vacío. Ayer estaba contenta de ver que está saliendo poco a poco de la locura porque habían disminuido los mensajes, pero hoy las cosas han sido diferentes, tras recibir la llamada telefónica de una persona para el proyecto de reforma del piso, porque han surgido unas dudas sobre el presupuesto presentado. Como esa persona está vinculada a la gente del juego psicológico sadomasoquista, ha sospechado de nuevo que podían estar iniciando ese tipo de relación. Ha quedado *expectante, pendiente de que hubiera nuevos mensajes* que le aclarasen la situación… Y como no le llegaban, ha tenido la sensación de vacío y de sorpresa. Se sorprende, pues lo «lógico», como siempre ha sucedido ante situaciones

similares, sería tener mensajes, y como no han llegado se le ha hecho extraño. Sin embargo, al mismo tiempo tiene la vivencia de que cada pequeño gesto, cada acto, es «como que nace de dentro de mí» y no como algo que la atraviesa, porque viene de otro, a lo que está acostumbrada. Esta nueva conciencia de sus actos es sentida como soledad.

Recojo el hecho de que tener conciencia de sus propias emociones sin mediación de los mensajes, la hace sentir sola, pero también es una experiencia *nueva* a la vez que difícil, de ahí el sentimiento de extrañeza.

Asocia que, viniendo en autobús, ha tenido una «referencia» a partir de un libro que leía una chica junto a ella. Al parecer, trataba de ciencias ocultas, «hermetismo, secretismo, o algo así». Lo ha relacionado con el grupo de amigos del juego sadomasoquista, sobre sus maneras secretas de imponer ciertas formas de relación con las personas.

Le digo que tras hablar de lo difícil de tolerar la soledad al reconocer que sus sentimientos y actos nacen en ella, ha necesitado acudir a las referencias, en particular si pensamos en todo aquello que yo no le digo de mí, que permanece oculto para ella, y para conseguirlo debería recurrir también a vías secretas, es decir, las referencias, los mensajes.

Admite que es así. Tras una pausa, habla de que estando en la cama «medio despierta medio dormida», tuvo unas imágenes oníricas, como sueños. En uno, hacía una gran deposición, y en el otro realizaba gestiones para legalizar su situación laboral (para un posible trabajo parcial). Luego explica que ha tenido fantasías eróticas con un amigo, porque necesitaba el *contacto físico con el otro,* pues hace tiempo que no está con un hombre, y así sentir vivo su propio cuerpo. Pero era como si el amigo no respondiera. Y continúa:

P: Es que se me hace difícil tolerar la soledad. Debo ser tonta, porque eso es algo muy elemental. Es algo que se aprende a los 3 o 5 años… ¡Pero a mí se me hace tan difícil!

A: Es así, la realidad es también eso, momentos de dificultad… Como el hecho de que ahora hemos de acabar porque es la hora.

P: *(Medio bromeando)* Usted estaba con ganas de que se acabar la sesión… Porque sabe que estoy pasando un momento difícil y delicado…

No hago ningún comentario, simplemente esbozo una ligera sonrisa.

Comentarios a la sesión s-479

El día anterior estaba contenta de salir poco a poco de la locura y aceptar un mayor contacto con la realidad. Pero como la realidad genera incertidumbre (las dudas sobre el proyecto del piso), ha de vaciarse del desasosiego. Para ocupar el vacío surgen las sospechas —aún no la convicción— de que tiene que ver de nuevo con la relación sadomasoquista; algo que solo los mensajes podrán confirmar; así que queda expectante a que lleguen, como ha sucedido siempre. Lo sorprendente es que los mensajes no

llegan, «que sería lo lógico». De ahí su perplejidad y extrañeza.

Al mismo tiempo, el reconocimiento de que cada pequeño gesto, cada acto que realiza sale de dentro de ella, y no viene de fuera, la hace sentirse sola, algo que constituye una experiencia nueva y difícil. Aunque le resulta hiriente reconocer que es un aprendizaje tan elemental que ya sabe una niña de 3 o 5 años de edad. En consecuencia, necesita creer en las vías secretas que utilizan otras personas, incluido el analista, como le señalo, para hacerle saber lo que este mantiene en secreto, y así no estará sola. (Durante mucho tiempo, la paciente se ha quejado de que yo no le hablo de mis sentimientos). Tras lo doloroso de mi intervención, que admite, asocia la ensoñación doble: la gran defecación y las gestiones para legalizar su situación laboral. La primera procede probablemente de la parte psicótica, que ataca la realidad que no le gusta; la segunda de la parte no psicótica, que quiere legalizar su vinculación con la realidad.

Vemos oscilaciones entre aceptar esa realidad nueva, por una parte, y la expectativa de la *lógica de la locura*, que en este momento comienza a fracasar, por otra. Incluso el recurso de otras defensas como la masturbación, fantaseando con el amigo (en lugar del analista, lo que había ocurrido con cierta frecuencia), no tiene éxito, porque él no «responde»; la fantasía ya no tiene el carácter de sustituto literal de la realidad, es decir, de una auténtica alucinación. Tampoco ahora la lógica psicótica vino en su auxilio.

El sentimiento de irrealidad es, probablemente, una manera de que podamos hablar de cosas que le resultan muy dolorosas. Sería un estado intermedio «entre realidad y locura»: está viviendo algo que sabe es «real», pero sin acabar de aceptarlo del todo, dejando abierta la posibilidad de que en cualquier momento, mediante la intervención de lo psicótico, se transforme en algo más tolerable, «la realidad» delirante. De momento, es la única manera de aproximarse, de manera paulatina, a estas nuevas experiencias del mundo real que le resultan tan novedosas y dolorosas.

Tema 4. Las experiencias de «primera vez» en el proceso analítico

En el curso del proceso analítico me di cuenta de que la paciente mencionaba de vez en cuando la existencia de determinados hechos, percepciones o sentimientos de su vida que ocurrían «por primera vez». Tomé tales fenómenos como indicadores de cambio psíquico. A veces su persistencia era fugaz, pues al cabo de un tiempo reaparecían estos mismos fenómenos como si fueran vividos por primera vez, es decir, que lo ya vivido era borrado; aunque también es probable que algunas de estas experiencias fueran realmente nuevas, porque no había tenido la oportunidad de vivirlas. La «primera vez», pues, representa la toma de conciencia de aspectos nuevos de su vida psíquica que debía borrarlos, cuando llegaban a ser intolerables, hasta la próxima ocasión que surgían como un nuevo descubrimiento, como otra primera vez; debía repetir muchas veces este

proceso para aceptar que tales vivencias ya formaban parte de ella. Cuando dice que «ahora estando en análisis», se está dando cuenta de todo el dolor que ha habido en su vida, el problema es que le resulta insoportable tolerar esa conciencia, por lo que ha de borrarla, o cuando dice que debería estar contenta porque hay algo nuevo en ella, esto es, relacionarse con la gente de manera más directa, en función de lo que está presente en la relación, y no de lo que ella ha pensado y espera que se cumpla. Si bien considera que eso es enriquecedor, al mismo tiempo siente que la pone de mal humor.

Los ejemplos a continuación, algunos ya mencionados en el material clínico relatado en otros capítulos, sirven aquí para enfatizar su importancia y darles el estatus de fenómeno psíquico valioso que abre la posibilidad de salidas de la organización psicótica de la personalidad. Entre paréntesis incluyo el número de la sesión para que se aprecie el momento del proceso en el que surge.

Tras varios meses de tratamiento, un día se dio cuenta por primera vez de que, detrás del diván, junto a mi sillón siempre hay una lámpara encendida. Fue una percepción muy reveladora de la toma de conciencia de que el analista que está detrás y no dentro de ella, le aporta «luz», comprensión, a su mente (s-63). Pero lo curioso es que esta conciencia del análisis como foco de luz que ilumina su mente aparece poco antes en un sueño. Como si a nivel inconsciente anticipara la percepción de ciertas realidades que le cuesta hacer conscientes porque son dolorosas; en este caso, que ella no esté dentro de mí y que la «luz» del analista surja de este y no de ella.

Por esa época (s-101), la Sra. B puede hablarme por primera vez del odio hacia el padre, algo que nunca había podido reconocer. Al mismo tiempo admite que una de las cosas que está aprendiendo del análisis es aceptar su propia agresividad. También por esa época dice: «Es como si por primera vez pudiera sentir que tengo madre». Precisamente, su versión respecto de las figuras paterna y materna hasta ahora habían sido la de un padre todo bondad y generosidad y una madre controladora y fría. En la transferencia pudo empezar a vivir al analista tanto como figura materna receptiva y una figura paterna con sus limitaciones y que no siempre accede a sus deseos.

Al cabo de dos años, en una ocasión acudió a la sesión con unos pendientes, y al final quiso llamar mi atención sobre ello, aclarando que era la primera vez en su vida que se los ponía (s-265). Aquí el reconocimiento y aceptación de su feminidad, si bien indica la diferenciación respecto del analista, abre la cuestión problemática de la erotización de la relación para conseguir reunificar la fusión perdida; no obstante, no deja de ser una aproximación a la aceptación de su identidad femenina. Unas sesiones después valora el hecho de la continuidad de la experiencia analítica que expresa así: «Es la primera experiencia de mi vida en la que consigo una continuidad». En realidad, ya estuvo en una psicoterapia que duró varios años, aunque la frecuencia era de una vez a la semana. Es importante resaltar esta conciencia de una «experiencia de continuidad», algo que probablemente sucede por primera vez; hasta ahora, las experiencias relacionales quedaban aisladas en presentes fugaces, sin pasado ni futuro, que necesitaban renovarse continuamente. Ahora puede reconocer una experiencia continuada en la medida que le es posible aceptar algo que toda relación implica: diferenciación y separación. Es decir,

acepta la experiencia de un proceso analítico.

Entre los sentimientos que surgen «por primera vez», además del de agresividad, ya mencionado, refiere el del afecto, pero en un sentido no absoluto, pues ha aprendido en el análisis que «el amor nunca es perfecto». También puede expresar su sorpresa ante el descubrimiento de que «por primera vez» ha experimentado el sentimiento de envidia tanto respecto del analista como de otras personas. Y cuando surgen estos sentimientos con toda intensidad, dice sentirse «a disgusto dentro de su piel» y perdida, ante la dificultad de reconocerse con tales sentimientos como parte de sí misma (s-358).

Tras una crisis en la relación analítica por la que dejó de acudir a las sesiones varios días, aunque llamaba por teléfono, regresa y me comunica que lo ha hecho «andando desde casa, ¡lo que ocurre por primera vez!», exclama con admiración (s-328). Y poco más tarde, tras una sesión difícil en la que yo tuve que mantener mi firmeza frente a sus intentos de pretender sacarme de mi función analítica, al día siguiente me dice con no menos admiración que había sido capaz «por primera vez» de volver andando a casa (s-396). Asimismo puede decir que es la primera vez que se siente culpable por haber respondido con agresión en una relación que aprecia, tras una actitud hostil contra el analista el día anterior (s-246).

Todas estas vivencias de primera vez quedan englobadas en el hecho de que la experiencia analítica supone una especie de nacimiento. En una ocasión (s-205), en la que se encontraba mal y reconocía su gran necesidad del análisis, dijo sentir claustrofobia, y lo asocia a un hecho que yo había olvidado, si es que lo refirió en algún momento: que ella nació de parto prematuro. Y que si bien vivía tales sentimientos de claustrofobia, al tiempo que la necesidad del análisis, también tuvo la noche anterior una sensación fuerte como si estuviera naciendo, ante lo cual surgió enseguida el sentimiento contrario de no querer nacer. Ya he relatado el sueño en el que nace un bebé y unos hombres amenazan su supervivencia, lo que pudimos conectar con el proceso analítico. Por lo tanto, cada hecho, sentimiento o percepción de la realidad que es vivido «por primera vez» indicaría este proceso lento, penoso, del nacimiento a una nueva vida. Es decir, de la salida, no solo del claustro materno-analítico, sino de la organización psicótica.

10. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES

La experiencia que he tratado de trasmitir con mi paciente, la Sra. B, diagnosticada de psicosis esquizofrénica, según el modelo psiquiátrico clásico, y que aquí la incluimos en una organización psicótica de la personalidad, me permite apuntar algunas conclusiones. En primer lugar, soy consciente de que el estudio clínico de un solo caso tiene limitaciones para establecer generalizaciones. Por otra parte, ofrece la ventaja de que la descripción detallada permite una profundización más convincente de los argumentos en los que se ha sustentado.

Como yo lo entiendo, el objetivo de un psicoanálisis con cualquier paciente estriba en facilitar una experiencia terapéutica en la que sea capaz de afianzar un espacio mental continente de la complejidad de su vida psíquica que se ha evidenciado y desplegado en el curso del proceso analítico. Si es así, el objetivo en el caso del paciente con una organización psicótica de la personalidad consiste, en primer lugar, en ayudarle a crear un espacio mental mínimamente consistente para tolerar parte de la complejidad de su vida psíquica. Es decir, pongo en primer plano la necesidad de generar un espacio psíquico con unos límites más o menos definidos en el que habiten unos contenidos (emociones, pensamientos, etc.) compatibles con la realidad y tolerables para el paciente. De ahí, adelanto ya, la importancia de ser capaces de mantener la estabilidad del espacio del encuadre y el método de trabajo propuesto.

Estamos ya lejos de la concepción freudiana de la esquizofrenia como un narcisismo extremo, es decir, incapaz de desarrollar la transferencia y, por lo tanto, inaccesible al tratamiento psicoanalítico. Y ello es así precisamente por las aportaciones teóricas del mismo Freud así como de la teoría y clínica de toda una serie de autores posteriores, que trataron de abordar la enfermedad mental en general, y la esquizofrenia en particular, como susceptible de comprensibilidad. En este sentido, he citado varias veces a Freud aludiendo a la existencia en el paciente psicótico de aspectos sanos capaces de un contacto con la realidad, incluso en los momentos agudos de la enfermedad. Esta coexistencia de lo enfermo con lo sano ha sido una de las hipótesis en las que he basado mi planteamiento teórico, siguiendo esa tradición psicoanalítica, con sus consecuencias técnicas para el tratamiento de la Sra. B.

He tomado como referencia, y repetido quizá hasta la saciedad, la idea de Bion sobre la personalidad psicótica, o mejor dicho la parte psicótica de la personalidad, que implica la existencia de una parte no psicótica. Pero aunque Bion desarrolló el estudio de esa parte psicótica, dejó abierta la interacción con la parte no psicótica. Es lo que psicoanalistas posteriores han desarrollado, en particular los que han estudiado las

organizaciones narcisistas de la personalidad, que ha conducido al concepto de organización patológica (Steiner). Aquí intento continuar esta línea de estudio con el de la organización psicótica de la personalidad.

También he tratado de mostrar que es posible ofrecer la ayuda del *método psicoanalítico* a pacientes psicóticos, aunque sea en contados casos, sin modificación importante de la técnica clásica. Como consecuencia, creo que no se debería descartar a ningún paciente como subsidiario de tratamiento psicoanalítico, en función de la psicopatología exclusivamente, si reúne unas condiciones mínimas necesarias para llevarlo a cabo. Para ello habrá que valorar la personalidad total del paciente. A pesar de la larga evolución de la enfermedad en la Sra. B, el psicoanálisis fue posible gracias a su necesidad de no limitarse a quejarse del dolor que siente, sino a querer saber, en alguna medida, de la experiencia dolorosa.

Quiero colocar el *dolor psíquico* en un primer plano porque la Sra. B me hizo ver su importancia. Y con la ayuda de Bion he podido ahondar en él. La experiencia del tratamiento con la primera, junto con la experiencia de la lectura del segundo, me han permitido tomar conciencia de la naturaleza y dimensión del dolor psíquico, no solo en el paciente psicótico, sino como fundamento de toda la psicopatología. En la medida que el contacto con la realidad y su progresivo descubrimiento comportan dolor, dependerá de la capacidad para gestionarlo que el desarrollo del individuo esté más o menos presidido por una organización patológica de su personalidad. Frente al dolor psíquico, nos decía Bion, son posibles o bien la actitud de *evitarlo* o bien de *modificarlo*. Si se opta por la segunda opción, ello quiere decir que no basta con *sentir* el dolor, sino que es necesaria la *experiencia* del dolor. Y para ello se requieren de unos recursos personales que cuando son precarios precisan de la intervención terapéutica.

Lo que he aprendido en el tratamiento con la Sra. B es que una condición necesaria para que dicha intervención sea posible con cualquier tipo de paciente es que exista un mínimo de tolerancia en vivir las experiencias dolorosas. Ahora lo considero como un indicador fundamental para evaluar las posibilidades de ayuda psicoanalítica de un paciente. En el caso del paciente psicótico, dados los escasos recursos personales con que cuenta, predomina la tendencia hacia la evitación del dolor. Pero mientras el dolor siga presente, como en la Sra. B, es expresión de que el conflicto interno persiste —conflicto entre la parte psicótica y la no psicótica— y, por lo tanto, persiste la vida emocional, en definitiva. Obviamente, me refiero a la presencia del dolor inevitable y necesario en el contacto con la realidad.

La naturaleza y dimensión del dolor psíquico en el paciente psicótico ha sido el punto de partida de este libro. Se trata de un dolor que tiene una dimensión absoluta, como algo que inunda toda la personalidad, con carácter de irreductibilidad total, pero además con vivencias de muerte intensas, en la medida que las ansiedades catastróficas y de aniquilación no han sido suficientemente «neutralizadas» por los mecanismos esquizoparanoides, o lo son de manera temporal, activándose entonces el mundo delirante. Es un dolor inconmensurable, tanto en el espacio (inunda todo su cuerpo) como en el tiempo (vivencia de ser un dolor «eterno»). Recordemos que uno de los

delirios de mi paciente era la condena a vivir eternamente. En muchas ocasiones que se siente con tanto dolor insufrible, uno de los motivos de sus intentos de suicidio, desea la muerte aunque mientras estuvo en análisis se limitó a expresarlo en deseo. A veces adquiere la forma de ansia de tener un cáncer.

Por su magnitud, el dolor psicótico no puede ser contenido mentalmente debido a su dimensión insoportable. De ahí que además del delirio que «modifica» la realidad dolorosa, necesita de la participación corporal. Y las manifestaciones de esta no son metáforas, como a veces los pacientes neuróticos describen el dolor mental. Así, mi paciente habla de un dolor hondo que inunda todo su cuerpo y que se corresponde con las palabras del poeta, que ella misma citó en una ocasión: «Que, por doler, me duele hasta el aliento», o cuando dice: «Me duele el alma» o «No puedo más de tanto dolor». Parece que estuviera refiriéndose al dolor de una herida que ocupa toda su persona, que casi nada puede calmarlo.

En los momentos de salida de la organización psicótica de la Sra. B, hemos visto también que el dolor está ligado a la experiencia de la posición depresiva, asimismo insoportable. En primer lugar, por la pérdida del mundo delirante, presente en su vida durante tantos años; luego por la experiencia del reconocimiento de la diferenciación del objeto (el analista) y en consecuencia de su propia vida psíquica que ha ido naciendo en el análisis, a través de las vivencias de «primera vez» de sus sentimientos. Incluso el dolor de la integración en su mundo interno escindido y proyectado y ahora reintroyectado.

Hoy parece aceptable para cualquier psicoanalista la coexistencia de una parte no psicótica junto a otra psicótica en el paciente psicótico. Para muchos otros en todo paciente también existe dicho conflicto. El problema radica en cómo se articula una parte con otra, cómo conviven. Los desarrollos posteriores de muchos analistas sobre las «estructuras» o «defensas» narcisistas, que culminan en el concepto de «organización patológica» parecen una solución válida. Basándome en estas premisas, he desarrollado el concepto de organización psicótica de la personalidad. Para ello, he tomado tres elementos de la personalidad en los que se centra el psicoanálisis, de acuerdo con Bion; estos son: el dolor psíquico, la interacción de las posiciones (Ps↔D) y la interacción entre continente y contenido (♀↔♂). Luego planteo que cada una de las partes de la personalidad, la psicótica y la no psicótica, gestionan la relación de los tres elementos entre sí y con la realidad de manera diferente; de modo que será la interacción entre la parte psicótica de la personalidad (PPsP) y la parte no psicótica de la personalidad (PnPsP) respecto de la realidad la que determine el resultado de una organización más o menos patológica; es decir, PPsP↔PnPsP.

Considero que el esquema propuesto es válido para toda organización patológica de la personalidad, tanto las que denomino mayores (OPPM), como las menores (OPPm), aunque me he ocupado de establecer la especificidad para el caso de la organización psicótica. Y destacaría como las características primordiales de la OPsP las siguientes: la escisión patológica, la identificación proyectiva patológica, la limitación de la simbolización y la creación de una realidad alternativa (el mundo delirante).

Una de las características principales de la organización psicótica que quisiera subrayar estriba en los procesos de escisión. Así lo captaron ya los clásicos de la psiquiatría clínica. Es el caso de E. Bleuler, quien simpatizó con Freud en los inicios de su carrera, pero luego se alejó de él, quizá por su dedicación al tratamiento y estudio de pacientes psicóticos que no encontraron en el psicoanálisis de la época las herramientas conceptuales ni técnicas adecuadas. No obstante, algunas de sus ideas están en la base de lo que hoy muchos psicoanalistas sostenemos respecto de la esquizofrenia y la psicosis. Es sabido que Bleuler creó el término «esquizofrenia», cuya etimología indica esa característica esencial que define la enfermedad, «el desdoblamiento de las funciones psíquicas» (Bleuler 1911, p. 14). A todo ello, el psiquiatra suizo suma dos conceptos básicos en su descripción de la esquizofrenia: la ambivalencia —término usado por Freud — y el «autismo», creado por él mismo. Con el último se refiere a una tendencia a apartarse del mundo exterior. Al describir esta última, abunda más en la idea de lo que hoy denominamos «escisión», al decir:

> Con frecuencia las ideas delirantes están separadas de la personalidad de un modo tal que se le aparecen al paciente como el producto, no de su propia actividad mental, sino más bien de la de otra psique. (1911, p.138)

Freud (1940b) también estudió el término en el sentido de la escisión del yo como una defensa en la que al mismo tiempo una parte rechaza la realidad y otra la reconoce, algo que describió tanto para la neurosis como para la psicosis (Freud 1924a). A partir de Melanie Klein (1946), suele describirse como específico de la escisión patológica del funcionamiento psicótico la fragmentación de la realidad —Bion añadió la escisión múltiple de las funciones mentales— por oposición a la escisión binaria propia del desarrollo no patológico.

En el material de mi paciente he tratado de reflejar distintas formas de escisión patológica que pueden apreciarse en niveles diferentes de su personalidad, de su vida psíquica y relacional. Así, considero que el tipo de escisión destacada depende del predominio de una determina *transferencia* sobre otras. Si bien en todo paciente suele suceder que en ciertos momentos de la relación analítica predomina una forma particular de transferencia, la emergencia de otras distintas no está tan alejada, sobre todo si el analista ayuda a conectarlas. En el paciente con una organización psicótica de la personalidad, el predominio de una transferencia es tan absoluto y radical que cualquier otra modalidad queda casi inexistente, y ha de pasar un tiempo hasta que sea posible conectar una con otra, y aún más para que en una o pocas sesiones se alterne un nivel transferencial con otro. Es por ello por lo que en el capítulo 9 describo de manera tan clara formas diversas de transferencias según se manifiestan en distintos momentos del proceso analítico: transferencia infantil regresiva, pseudoadulta, erotizada, psicótica, psicótica delirante y, por último, la que denomino transferencia «plural», en el sentido de que la escisión patológica entre una transferencia y otra haya disminuido de forma que la alternancia entre ellas es posible, indicando una mayor integración.

Podríamos decir que lo específico, lo que confiere el carácter psicótico a la transferencia es la radical escisión con que se produce cada una cuando predomina. De manera que hablarle al paciente de otra transferencia disociada es como si le habláramos

de otra persona. Así, cuando la paciente se siente como una niña pequeña que solo puede llorar, no acepta ni la más mínima referencia a sus aspectos adultos ni a los dependientes sanos, necesitados de recibir alimento para el crecimiento. Venir al análisis como niña quiere decir estar fusionada con el analista, o vivir en su interior. Señalarle en ese momento su aspecto adulto representa pedirle responsabilidades que no puede asumir y es sentido como un rechazo. Sin embargo, cuando acude como pseudoadulta no utiliza el diván, a fin de mantener un cara a cara con el analista, de adulto a adulto, y cualquier referencia a aspectos necesitados es sentido como una humillación que el analista sádico quiere perpetrar; relación frente a la cual ella ha de revelarse con toda violencia.

Otras manifestaciones de la *escisión* radical se han producido en el ámbito *espacial*. Por ejemplo, cuando en una sesión ha vivido un momento doloroso y difícil de soportar, ha necesitado marcharse, cerrar la puerta y volver a llamar al cabo de unos minutos para empezar de nuevo, como si al salir del espacio del despacho borrara la realidad inmediata de lo acontecido hasta entonces. Si antes se había enfrentado con rabia al analista, vuelve como una niña o enferma muy necesitada y dolida de la cual espera que el analista se haga cargo. Al cerrar la puerta ha dejado fuera de ella la relación previa y ha vuelto con otra. Además, el cierre violento de la puerta indicaba el carácter destructivo de la escisión.

También cabe recordar la escisión en el material de los *hermanos gemelos* en sus distintas variedades. Unas veces, respecto del objeto (el analista) otras respecto de ella misma. En cuanto a la escisión del analista, debían existir dos Dres. PS gemelos, el que la ayuda y el otro, el extraterrestre, frío y sádico que la abandona los fines de semana y las vacaciones. O bien podía existir el psicoanalista reconocido, al que valora y admira (está casado, tiene hijos y realiza bien su profesión), y otro, desvalorizado, y dependiente del primero (no está casado, vive con el anterior y depende de él, y es el que necesitaría de la ayuda de la paciente).

Como hemos visto, aún existían otros dos tipos de Dres. PS gemelos: uno, el que la ha ayudado como psicoanalista en su enfermedad psíquica, pero que no puede hacerlo en su «enfermedad» corporal», ya que esta consiste en la carencia de amor físico solo curable con la satisfacción del mimo, lo que no es compatible con el método psicoanalítico; y otro que no es psicoanalista y, por lo tanto, estaría libre de cumplir con dicho método, y podría socorrerla en la enfermedad de su cuerpo consumando la unión física. Otra forma de escisión gemelar es la relación entre paciente y analista. Este último es gemelo de la Sra. B, lo cual permite que ambos experimenten los mismos sentimientos, aunque habiten cuerpos distintos.

Ahora bien, desde una perspectiva más global, creo que una de las escisiones patológicas más importantes es la que tiene lugar entre *la parte psicótica y la no psicótica*, donde la finalidad principal es mantener separadas la realidad delirante y la realidad no delirante, para perpetuar la primera con el consiguiente alejamiento y el debilitamiento de la segunda. Precisamente, en la medida que en mi paciente ello se ha producido de manera menos radical es lo que ha permitido que a pesar de la larga historia psiquiátrica no se encontrara en un estado de deterioro mental más acusado, que pidiera

un psicoanálisis y fuera posible un cierto trabajo analítico.

En cuanto a la *identificación proyectiva patológica*, tan solo quiero mencionarla porque es evidente que la concepción actual de los procesos de escisión patológica que acabo de revisar tienen implícitos el de identificación proyectiva, como se habrá visto en los ejemplos de mi paciente que he recordado. La parte escindida no se anula y desaparece, sino que tiene un destino en alguno u otro objeto externo donde queda alojada, o en alguno u otro de los objetos internos de la paciente.

Otro aspecto que ha centrado mi atención y quiero destacar es la discusión sobre lo que se ha constituido como una especie de axioma: la incapacidad de *simbolización* madura del paciente psicótico al predominar el pensamiento concreto. La discusión que plantea este tema no es puramente académica, pues tiene consecuencias clínicas y técnicas. El trabajo psicoanalítico conlleva la participación de formas de simbolización evolucionadas para la comprensión de una interpretación y para producir material comunicativo significativo (asociaciones y sueños); por lo tanto, de entrada estaría descartada toda ayuda psicoanalítica en el paciente psicótico. Sin embargo, tanto la concepción actual de la simbolización como la experiencia del tratamiento psicoanalítico con tales pacientes, a la que esta obra trata de sumarse, permiten revisar tal afirmación. Así, el mayor conocimiento de los estados primitivos del desarrollo del individuo, en parte también por el trabajo con pacientes psicóticos además de con niños, permite plantear la simbolización no como una capacidad que se tiene o no, o que se adquiere de una vez por todas, sino como un aprendizaje progresivo que requiere un proceso y, por lo tanto, existen niveles diferentes de desarrollo; niveles que una vez superados no desaparecen, sino que coexisten con los más evolucionados.

Si estamos de acuerdo con el principio psicoanalítico, defendido desde Freud, de la coexistencia en todo individuo, incluido el paciente psicótico, de aspectos enfermos y aspectos sanos, o para ser más precisos, de partes psicóticas y partes no psicóticas de la personalidad, esperamos que estas últimas hayan podido alcanzar ciertos niveles de simbolización madura. Otra cosa es la capacidad limitada para su consolidación, dada la precaria tolerancia al dolor psíquico y, en consecuencia, al dolor concomitante al proceso de simbolización. Por lo tanto, en lugar de hablar de incapacidad para la simbolización prefiero hablar de «limitación», y por ello titulo así el capítulo 5 dedicado a ello. Espero que la descripción de mi experiencia con la Sra. B haya mostrado de forma convincente los momentos de auténtico *insight* y comprensión de interpretaciones transferenciales. Asimismo, creo que la producción literaria de la paciente surgida en el curso del análisis es muestra de haber alcanzado esos niveles de simbolización evolucionada.

Ciertamente, esta limitación de la capacidad de simbolización dificulta el trabajo psicoanalítico, pues los logros conseguidos tienen poca consistencia y necesitan renovarse una y mil veces. Lo que requiere una enorme paciencia por parte del analista. Y de ahí los problemas técnicos difíciles de resolver si se pretende utilizar el método psicoanalítico, lo que he intentado reflejar tanto en el capítulo específico sobre «aspectos técnicos» como en la descripción del material clínico de la Sra. B. Me gustaría resaltar algunos de estas cuestiones técnicas: la actitud analítica, el encuadre y la interpretación.

Actitud analítica ante el paciente psicótico

El paciente delirante plantea el problema técnico de cómo restablecer la *verdad de la realidad psíquica*. Interpretar los contenidos delirantes en términos de otra realidad interna diferente de la que el paciente defiende es señalar que en su mundo interno solo hay mentira y falsedad, lo cual es tremendamente doloroso y además, en cierta manera, inexacto. Siempre hay un ápice de verdad en el pensamiento delirante, por ínfimo que sea, y el paciente necesita que así sea reconocido. Por ejemplo, cuando la paciente habla de los mensajes que el analista le enviaba, más allá de lo verbalizado por este en las sesiones, es cierto que hay lo no verbalizado por aquel, lo transmitido «inconscientemente» en la comunicación no verbal. Pero lo que sí me parece importante es que el analista sea capaz de mantener una actitud en la que prioriza en todo momento salvaguardar la coherencia y autenticidad de su posición, lo que implica preservar su realidad psíquica, y a partir de ahí tratar de utilizar su método de tratamiento.

Lo hemos visto en varios momentos del material: cuando la paciente defiende una realidad delirante, yo no la pongo en cuestión, pero sí defiendo mi realidad en la relación con ella. De esta manera procuro evitar entrar en los falsos dilemas en los que la paciente trataba de colocarme: o aceptación absoluta de su realidad o de su demanda, o por el contrario rechazo y abandono. Y otra de las maneras de mostrar la coherencia del analista es defendiendo su método de trabajo con el que se ha comprometido para ayudar a la paciente.

Encuadre

Este es un factor esencial para la contención de tanta turbulencia emocional que moviliza el trabajo con pacientes con una OPsP. Y, por lo tanto, es necesaria la firmeza en mantener el encuadre propuesto. Ahora bien, como hemos visto, no es posible esperar que tales pacientes acepten dicha propuesta de la misma manera que lo haría un paciente no psicótico. ¿Qué hacer entonces? He intentado responder a ello en el capítulo sobre técnica, que en buena parte está dedicado a la difícil tarea de combinar la firmeza con cierta flexibilidad. El principio general sería el método propuesto, es la referencia a tener en cuenta siempre, y cualquier modificación se hace con carácter provisional y con el correspondiente trabajo interpretativo, para volver al estado anterior en cuanto sea posible. Ya vimos que la fuerte presión que ejerció la paciente para alterar el encuadre me llevó a ceder bajo el pretexto de la flexibilidad, hasta que llegó un momento en que la paciente decidió interrumpir porque se sentía deprimida y estaba convencida de que yo no podría tolerarlo y me deprimiría con ella. Así que la tarea de conjugar la firmeza con

la flexibilidad, sabiendo en cada momento cuál debe ser la proporción entre una y otra, es extremadamente difícil.

Interpretación

Dentro del método psicoanalítico estándar considero importante la interpretación transferencial. Como ya dije, mi manera de concebir la simbolización en el paciente psicótico me permite tener en cuenta también este trabajo interpretativo. Como tantos analistas que han trabajado con pacientes psicóticos, la cuestión es encontrar el momento en que veamos la posibilidad de acceder a la parte no psicótica del paciente. Además, me parece importante que la interpretación transferencial «centra» el campo de observación, al limitarlo a la relación analítica, en contraposición con el funcionamiento psicótico tendente a establecer dos únicas alternativas: la fusión con el objeto o la diversificación y fragmentación de las relaciones. En este sentido, la interpretación transferencial se constituye en uno de los fundamentos para la contención del dolor psicótico. Además, la intensidad de la transferencia psicótica hace inevitable referirse a ella.

Ahora bien, precisamente por esa intensidad transferencial se plantea otro problema, que pude observar con mi paciente. Y es que el paciente no puede aceptar que la profunda relación establecida con el analista, necesaria para que sea posible una comunicación inconsciente en la que muestra su mundo interno y su intimidad, no sea correspondida por la comunicación de la intimidad del analista. Si tiene lugar tal intimidad psíquica en la que el paciente se entrega del todo, como dijo la Sra. B en más de una ocasión, no entiende por qué no se acompaña de una intimidad física igualmente profunda.

Hay pues una doble frustración: la intimidad que ofrece el paciente no es correspondida por el analista, en «reciprocidad», y además ese grado de intimidad es parcial, pues solo se limita a lo psíquico, y lo corporal queda excluido. El difícil trabajo de diferenciación con la paciente tiene lugar en distintos niveles: entre sujeto y objeto, fantasía y realidad, externo e interno, y también e*ntre cuerpo* y *psique*. En cuanto a la dificultad entre los últimos, es lo que hace que el paciente psicótico no entienda que se establezca una intimidad psicológica (emocional y cognitiva) entre paciente y analista sin que se acompañe de la intimidad física.

Cabe señalar la imprescindible tarea de la *contratransferencia*, como el lector atento habrá podido deducir, si ha tenido la paciencia de acompañarme hasta aquí en la prolija descripción de mi experiencia con la Sra. B. Ello es así por la intensidad de las proyecciones de los pacientes con este tipo de patología. Y también porque la precaria capacidad del paciente para la elaboración psíquica de lo interpretado por el analista lo lleva a nuevas proyecciones sobre este, para que sea el analista quien asuma dicha elaboración, lo que requerirá de nueva interpretación y así en repetidas ocasiones.

Hoy reconocemos que las respuestas inadecuadas del analista, o *enactments*, son inevitables con cualquier paciente y es parte de nuestra tarea reconocerlas y comprenderlas para extraer de ahí la información que complemente la comprensión del paciente. En consecuencia, en el caso del paciente psicótico, es fácil suponer que los *enactments* serán más habituales y más difíciles de comprender porque movilizan niveles muy primitivos del analista, de donde se desprende la extrema dificultad del análisis con tales pacientes.

Por último, al igual que con la simbolización, se considera que el paciente psicótico tendría dificultades para soñar. No es el caso de mi paciente, opinión compartida con otros analistas respectos de sus pacientes psicóticos (de Masi 2015; D. Rosenfeld, 2006).

Otras consecuencias técnicas

En la patología psicótica, como sostengo, la parte psicótica y la no psicótica se hayan tan escindidas y existe tal abismo entre ellas que todo intento del terapeuta en aproximar al paciente a la realidad es sentido como una agresión violenta. La tarea primordial del paciente psicótico, es decir, con predominio de la organización psicótica, consiste en perpetuar trágicamente ese abismo interno que se abre entre el *self* psicótico y el no psicótico. Cada vez que en un proceso terapéutico crece el *self* no psicótico se exacerban las reacciones violentas en su contra para acallarlo. Eso supone renovar los ataques contra las propias capacidades yoicas, y de ahí el progresivo deterioro de la personalidad que encontramos en los pacientes psicóticos de larga evolución.

Teniendo en mente estas consideraciones se pueden extraer algunas consecuencias para las estrategias terapéuticas de tales pacientes. En primer lugar, resulta evidente que todo intento de abordar frontalmente la parte psicótica, en el sentido de encararla con la «realidad», produce funestos resultados, pues es sentido como algo violento, como lo muestra mi paciente esquizofrénica. Ya describí el dilema ante el que se encuentra el analista, entre colusionar con la paciente aceptando su «realidad» delirante o cuestionarla abiertamente, lo que ella siente como un ataque. Es ahí donde se requiere paciencia y habilidad para intentar conectar con la parte no psicótica. El problema se agrava porque el sufrimiento que padece el paciente crea expectativas mágicas, omnipotentes, sobre lo que podría aliviarle, mientras que las herramientas con que cuenta el terapeuta son limitadas. Si el terapeuta tolera el ataque de la parte psicótica del paciente contra sus limitaciones y defiende con firmeza y convicción la validez de su trabajo, por restringido que sea, creará las bases para un vínculo de confianza con la parte no psicótica.

En el caso de la paciente no psicótica (véase capítulo 2), el problema consiste en descubrir el funcionamiento psicótico, que puede estar camuflado, encubierto por lo no psicótico —que no contenido— y, por lo tanto, actuando. En mi opinión, muchos de los estancamientos de procesos psicoterapéuticos y psicoanalíticos probablemente deben su

fundamento a que no se ha detectado esa parte psicótica, o se ha hecho de manera insuficiente, como para que puedan comprenderse las formas de actuar e influenciar sobre la parte no psicótica.

Cuanto más vivo está el *self* no psicótico en pacientes en los que la parte psicótica es también activa, como es el caso de los *borderline* propiamente —y en casos excepcionales de psicosis, como el de la Sra. B— se plantea una perspectiva terapéutica engañosa. El paciente ofrece, de entrada, ciertos recursos y capacidades que nos hacen pensar en la indicación de una psicoterapia psicoanalítica o un psicoanálisis con un optimismo que muy pronto se ve defraudado. Pues el problema en tales pacientes radica en la precaria capacidad yoica para mantener de forma continuada los logros de los *insights* e integraciones psíquicas conseguidos, con el consiguiente esfuerzo emocional y doloroso; este último debido también, en parte, al tener que dejar los «recursos» o «refugios» que le ha proporcionado la parte psicótica.

Por lo tanto, considero que el estudio de las vinculaciones entre la parte psicótica y la parte no psicótica de la personalidad es de crucial importancia para comprender al paciente. Pero sobre todo porque permite intervenir de manera adecuada, para generar alguna modificación (por pequeña que sea) en el paciente psicótico, así como limitar las consecuencias de deterioro para su vida mental. Y en cuanto a otras organizaciones patológicas no psicóticas, posibilita resolver momentos de *impasse* del proceso terapéutico, al acceder a niveles de la mente (los psicóticos) cuya integración al resto de la personalidad puede proporcionar un mayor desarrollo y riqueza personal.

Decíamos antes, y de acuerdo con Bion, que el conflicto entre la parte psicótica de la personalidad y la parte neurótica es una constante en toda organización de la personalidad. Añadiría que el desarrollo patológico de la organización de la personalidad dependerá de la capacidad de la parte neurótica para contener a la parte psicótica. A menor capacidad de la parte neurótica o no psicótica, mayor tendencia a alejarla del contacto con la realidad y aumentar el abismo con la parte psicótica, así como a establecer vinculaciones cada vez más estrechas con esta última, al servicio del *self* psicótico, con el consiguiente quebranto mental. Por ello, la intervención del analista que busca la alianza con la parte no psicótica no puede enfrentarse a la parte psicótica hasta tanto no se haya fortalecido la primera o el vínculo con el terapeuta. Si el paciente no tiene capacidad, es decir, fortaleza suficiente, para tolerar el dolor psíquico, la alianza con la parte psicótica es inevitable, y es muy difícil la colaboración con el terapeuta.

Por último, por haberlo tratado en otra parte (Pérez Sánchez 1996b) no me ocuparé de las consecuencias de lo dicho en el tratamiento de los pacientes psicóticos en el marco institucional de un hospital o de un equipo asistencial. Solo quiero decir que dadas las características del funcionamiento psicótico en el que destacamos la escisión patológica y la identificación proyectiva patológica deberán tenerse en cuenta las consecuencias de la actuación de tales mecanismos en los miembros del equipo que atienden al paciente.

Es habitual que el paciente haya «asignado» (inconscientemente) un rol a cada uno de los miembros del equipo, con funciones contrarias, de tal manera que el equipo funciona, para el paciente, como un conjunto de personas disgregadas, o «acumuladas», de la

misma manera que él acumula en su mente aspectos de la realidad pero sin integrarlos, pues justo este es el problema que le resulta más difícil: tener conocimiento de una realidad integrada. Tal forma de actuación tiene consecuencias funestas para el equipo, creando entre ellos malentendidos y discrepancias a la hora de hacerse cargo de la atención del paciente, que en realidad corresponden a la dinámica que ha promovido él mismo (aunque también habrá que discriminar aquello que le es estrictamente propio a la dinámica grupal del equipo). En consecuencia, es fundamental trabajar de manera coordinada y con esfuerzo de integración de tales aspectos escindidos y disociados, mediante los espacios comunes para compartir y pensar sobre estos problemas, como reuniones clínicas y supervisiones de equipo.

Corolario

Creo que no se debería descartar a ningún paciente como subsidiario de tratamiento psicoanalítico en función de la psicopatología exclusivamente, si reúne unas condiciones mínimas necesarias para llevarlo a cabo. Para ello habrá que evaluar toda la personalidad del paciente, además de la psicopatología. Una cuestión importante es valorar en qué medida el paciente *no solo siente el dolor sino que es capaz de experimentarlo, en alguna medida.* Otro corolario es que si la parte psicótica y la no psicótica son constitutivas de la personalidad, como aquí se defiende, la comprensión de la interacción entre ambas permite un acceso mayor al paciente psicótico, lo que también será útil para cualquier otro paciente.

BIBLIOGRAFÍA

ABRAHAM, K. (1919). A particular form of neurosis resistance against the psychoanalytic method. En *Selected Papers of Karl Abraham* [pp. 302-311]. Londres: Hogarth Press, 1927.

BASSOLS, R. y BEÁ, J. (1981). *Relació entre estats perversos i psicotics*. iii Symposium internacional sobre psicosis, Martorell.

BICK, E. (1968). The Experience of the Skin in Early Object-Relations. *Int. J. Psycho-Anal.*, 49:484-486.

— (1986). Further Considerations on the Function of the Skin in Early Object Relations. *Brit. J. Psychother*, 2:292-299.

BION, W.R. (1950). The imaginary Twin. En *Second Thougths*. Londres: Karnac Books, 1984.

— (1957). Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas. En *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé-Paidós, 1977.

— (1959). Ataques al vínculo. En *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé-Paidós, 1977.

— (1962a). *Aprendiendo de la experiencia.* Buenos Aires: Paidós, 1966.

— (1962b). Una teoría del pensamiento. En *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé-Paidós, 1977.

— (1963). *Elementos de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1966.

— (1965). *Transformations.* Londres: Karnac Books.

— (1967). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé-Paidós, 1977.

— (1970). *Atención e interpretación*. Buenos Aires: Paidós, 1974.

BLEULER, E. (1911). *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Paidós, 1960.

BRITTON, R. (1997). Making the Private Public. En: Ward, I. (ed.). *The presentation of case material in clinical discourse*. Londres: Freud Museum Publication.

— (1998). *Belief and Imagination*. Londres: Routledge.

— (2015). *Between Mind and Brain*. Londres: Karnac Books.

CAPER, R. (1998). Psychopathology and primitive mental states. *Int. J. Psychoanal.* 79: 539-551.

DE MASI, F. (2010). Some considerations about the psychoanalytic conceptualization and treatment of psychotic disorders. En Williams, P. (ed.). *The Psychoanalytic Therapy*

of Severe Disturbuance. Londres: Karnac Books.
— (2015). Delusion and bi-ocular vision. *Int. J. Psychoanal*. 96:1189-1211.
FEDERN, P. (1952). *Ego Psychology and the Psychosis*. Nueva York: Basic Books.
FREEMAN, T. (1999). The delusions of the non-remitting schizophrenias: parallels with childhood phantasies. En Williams, P. (ed.). *Psychosis*. Londres: The Institute of Psychoanalysis.
FREUD, S. (1894). Las neuropsicosis de defensa. *Obra completa*, t. I. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
—(1895). Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa. *Obra completa*, t. I. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
— (1910). Un recuerdo infantil de Leonardo de Vinci. *Obra completa,* t. V. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
FREUD, S. (1911). Los dos principios del funcionamiento mental. *Obra completa*, t. IV. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
— (1914). Introducción al narcisismo. *Obra completa*, t. VI. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
— (1924a). Neurosis y psicosis. *Obra completa*, t. VII. Madrid: Biblioteca Nueva, 1974.
— (1924b). La pérdida de realidad en la neurosis y psicosis. *Obra completa*, t. VII. Madrid: Biblioteca Nueva, 1974.
— (1925a). Autobiografía. *Obra completa*, t. VII. Madrid: Biblioteca Nueva, 1974.
— (1925b). La pérdida de realidad en la neurosis y psicosis. *Obra completa*, t.VII. Madrid: Biblioteca Nueva, 1974.
— (1937). Construcciones en psicoanálisis. *Obra completa*, t. IX. Madrid: Biblioteca Nueva, 1975.
— [1938] (1940a). Compendio del psicoanálisis. *Obra completa*, t. IX. Madrid: Biblioteca Nueva, 1975.
— [1938] (1940b). Escisión del yo en el proceso de defensa. *Obra completa*, t. IX. Madrid: Biblioteca Nueva, 1975.
GIOVACHINI, P.L. (1974). Impacto del delirio y delirio del impacto. En Grinberg, L. *Prácticas psicoanalíticas comparadas en las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
GREEN, A.(1986). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.
ISAACS, S. (1948). The nature and function of phantasy. *Int. J. Psychoanal*. 29:73-97.
JOSEPH, B. (1989). Equilibrio psíquico y cambio psíquico. Madrid: Julián Yébenes, 1993.
KLEIN, M. (1935). Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos. En *Obras completas de Melanie Klein*. México: Paidós, vol. i, 1976.
— (1940). *Mourning and its Relation to Manic-Depressive States*. Londres: Karnac Books, vol. 1, 1975.
— (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Obras completas de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós, vol. III, 1976.
— (1952). Los orígenes de la transferencia. En *Obras completas de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós, vol. iii, 1976.
LUCAS, R. (2007). Psychotic Process and Psychotic Disorders. Ponencia presentada en

la *Spanish Psychoanalytical Society.*
MELTZER, D. (1968). Terror, Persecution, Dread. A Dissection of Paranoid Anxieties. *Int. J. Psycho-Anal.*, 49:396-400. También en *Sexual States of the Mind*. Strathtay: Clunie Press, 1973, pp. 99-106.
— (1973). *Los estados sexuales de la mente*. Buenos Aires: Kargieman, 1974.
— (1978). The Clinical Significance of the Work of Bion. En *The Kleinian Developments*. Parte III. Perthshire: Clunie Press.
MITRANI, J.L. (2001). Taking the transference: some technical implications from three papers by Wilfred Bion. En *Psychoanalytic technique and theory*. *Taking the transference*. Londres: Karnac Books, 2015.
O'SHAUGHNESSY, E. (1981). A clinical study of defensive organization. *Int J. Psycho-Anal.* 62: 359-369.
PÉREZ-SÁNCHEZ, A. (1991). Estructura perversa de la personalidad y componentes adictivos. *Revista de Psicoanálisis de Madrid*, 14:35-60.
— (1996a). Perspectiva psicoanalítica de los trastornos de la personalidad: organización patológica de la personalidad. *Temas de Psicoanálisis*, vol. I, pp. 145-170.
— (1996b). *Prácticas psicoterapéuticas. Psicoanálisis aplicado a la asistencia pública*. Barcelona: Paidós.
— (1997). *Análisis terminable. Estudio de la terminación del proceso analítico*. Valencia: Promolibro.
— (2003-2004). Comunicación con la parte psicótica de la personalidad. *Temas de Psicoanálisis*, pp. 89-119.
— (2006). *Entrevista e indicadores en psicoterapia y psicoanálisis*. Valencia: Promolibro.
— (2010, septiembre). Transferencia y temporalidad en el proceso analítico. Ponencia presentada en el Congreso de FEPAL, Bogotá, Colombia.
QUINODOZ, J-M. (2008). *Listening to Hanna Segal. Her contribution to psychoanalysis*. Londres y Nueva York: Routledge.
RESNIK, S. (2005). *Glacial Times. A Journey Through the World of Madness*. Londres: Routledge [trad. cast.: *Tiempos de glaciaciones*, Barcelona, Herder, 2009].
— (2016). *The Logics of Madness*. Londres: Karnac Books.
RIVIERE, J. (1936). A contribution to the analysis of the negative therapeutic reaction. En Hughes, A. (ed.). *The Inner World and Joan Riviere. Collected papers 1920-1958*. Londres: Karnac Books, 1991.
ROSENBAUM, B. (2010). First you were an eyebrow and «How do I know that my thoughts are my thoughts?». En Williams, P. (ed.). *The Psychoanalytic Therapy of Severe Disturbance*. Londres: Karnac Books.
ROSENFELD, D. (1992). *Lo psicótico. Aspectos de la personalidad*. Londres: Karnac, 2015.
— (2006). Listening to and interpreting a psychotic patient. En *The soul and the mind and the psychoanalyst*. Londres: Karnac.
ROSENFELD, H. (1965). *Estados psicóticos*. Buenos Aires: Hormé, 1974.

— (1971a). A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism. *Int. J. Psychoanal*. 52:169.
— (1971b). Contributions to the psychopathology of the psychotic patients: the importance or projective identification in the ego structure and object relations of the psychotic patient. En E.B. Spillius (ed.). *Melanie Klein Today*. Londres: Routledge, 1988. También en Steiner, J. (ed.). *Rosenfeld in Retrospect*. Londres: Routledge, 2008.
— (1987). *Impasse and Interpretation*. Londres: Tavistok.
— (1964). Psicopatología del narcisismo: enfoque clínico. En *Estados psicóticos*. Buenos Aires: Paidós, 1974.
SEARLES, H. (1965). *Escritos sobre esquizofrenia*. Barcelona: Gedisa, 1980.
— (1972). Función de las percepciones que el paciente tiene de la realidad del análisis en la transferencia delirante. En Grinberg, L. (ed.). *Prácticas psicoanalíticas comparadas en las psicosis*. Buenos Aires: Paidós, 1977.
— (1979). *Countertransference and related subject*. Nueva York: International University Press.
SEGAL, H. (1950). Algunos aspectos del análisis de un esquizofrénico. En *La obra de Hanna Segal. Un enfoque kleiniano de la práctica clínica*. Buenos Aires: Paidós, 1989.
— (1957). Notas sobre la formación de símbolos. En *La obra de Hanna Segal. Un enfoque kleiniano de la práctica clínica*. Buenos Aires: Paidós, 1989.
— (1972). A delusional system as a defence against the re-emergence of a catastrophic situation. *Int. J. Psychoanal*. 53: 393-401. Reimpreso en *Psychoanalysis, literature and war* (pp. 49-63). Ed. de J. Steiner. Londres y Nueva York, 1997.
— (1978). On symbolism. En Steiner, J. (ed.). *Psychoanalysis, Literature and War. Papers 1973-1995*. Londres: Routledge, 1997.
— (1991). *Sueño, fantasía y arte.* Buenos Aires: Nueva Visión, 1995.
— (1993). On the clinical usefulness of the concept of death instinct. *Int J. Psychoanal*., 74:55-61. También en: Steiner J. (ed.). *Psychoanalysis, literature and war*. Londres: Routledge.
— (1994). Phantasy and reality. En Steiner, J. (ed.). *Psychoanalysis, Literature and War. Papers 1973-1995*. Londres: Routledge, 1997.
SPILLLIUS, E.B. (1988). *Melanie Klein Today. Developments in theory and practice*. Vol. 1. Mainly Theory. Londres: Routledge.
— , MILTON, J., GARVEY, P., COUVE, C. y STEINER, D. (2011). *The New Dictionary of Kleinian Thought*. Londres: Routledge.
STEINER, J. (1993). *Refugios psíquicos. Organizaciones patológicas en pacientes psicóticos, neuróticos y fronterizos*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1997.
— (ed.) (2008). *Rosenfeld in retrospect*. Londres: Routledge.
TIZÓN, J. (2013). *Entender la psicosis. Hacia un enfoque integrador*. Barcelona: Herder.

TUCKETT, D. (1993). Some Thoughts on the Presentation and Discussion of the Clinical Material of Psychoanalysis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 74:1175-1189.
WARD, I. (ed.) (1997). *The Presentation of Case Material in Clinical Discourse*. Londres: Freud Museum Publication.
WILLIAMS, P. (2010). *The psychoanalytic therapy of severe disturbance*. Londres: Karnac.
WINNICOTT, D.W. (1974). Fear of breakdown. *Int Rev. Psycho-anal.* 1:103-107.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Uno de los retos que encontramos con los pacientes psicóticos, especialmente en los denominados «esquizofrénicos», es cómo ayudarles a que las experiencias que sienten como inefables las reconozcan como propias, puedan tolerarlas y verbalizarlas. El presente libro, en la estela de la tradición psicoanalítica, enfatiza la comprensibilidad psicológica de tales pacientes en su particular manera de defenderse frente al sufrimiento psíquico, para que profesionales y público en general no se limiten a considerarlos «alienados».

Los desarrollos teóricos de la obra toman como hitos de referencia a Freud, Klein y Bion, junto a autores del pensamiento kleiniano contemporáneo. Se confiere un importante papel al dolor psíquico como piedra angular de la psicopatología y en particular para comprender y tratar a pacientes psicóticos. En este sentido, Antonio Pérez-Sánchez reconsidera las ideas de Bion sobre la «personalidad psicótica» y las de Steiner sobre la «organización patológica» para hacer una propuesta de definición de la «organización psicótica de la personalidad» (OPsP).

Organización psicótica de la personalidad aborda de manera novedosa la psicología del paciente psicótico a partir del relato detallado de la experiencia del autor en el tratamiento psicoanalítico de una paciente esquizofrénica, ofreciendo una comprensión de la dinámica de su relación con el analista desde diversos ángulos: al describir la dinámica de la OPsP, al exponer la técnica psicoanalítica para el tratamiento de tales pacientes y al exponer el desarrollo del proceso analítico con la paciente. Asimismo, demuestra de qué forma el método psicoanalítico puede emplearse en el proceso de la psicosis siempre que concurran unas determinadas condiciones.

ANTONIO PÉREZ-SÁNCHEZ es médico, psiquiatra y psicoanalista. Ha trabajado en hospitales psiquiátricos con pacientes agudos y crónicos, así como en un Centro de Salud Mental como coordinador. Es miembro didáctico y supervisor de la Sociedad Española de Psicoanálisis (SEP), de la cual fue presidente (2008-2011) y profesor del Instituto de Psicoanálisis de Barcelona. En la actualidad trabaja en la práctica privada como psicoanalista y psicoterapeuta. Es director del Grupo de Estudios Psicoanalíticos de Lisboa (Núcleo Portugués de Psicoanálisis, perteneciente a la Asociación Psicoanalítica Internacional) y miembro del equipo europeo de redacción del *IPA-Inter-Regional Encyclopedic Dictionary of Psychoanalysis* (Diccionario Enciclopédico de psicoanálisis

de la IPA).

Es autor de diversos libros sobre los aspectos técnicos de la psicoterapia psicoanalítica y el psicoanálisis, algunos traducidos al inglés y el italiano, así como también de artículos sobre fenómenos psicológicos tales como la envidia, la verdad psíquica, el perdón y la temporalidad, publicados en revistas nacionales e internacionales.

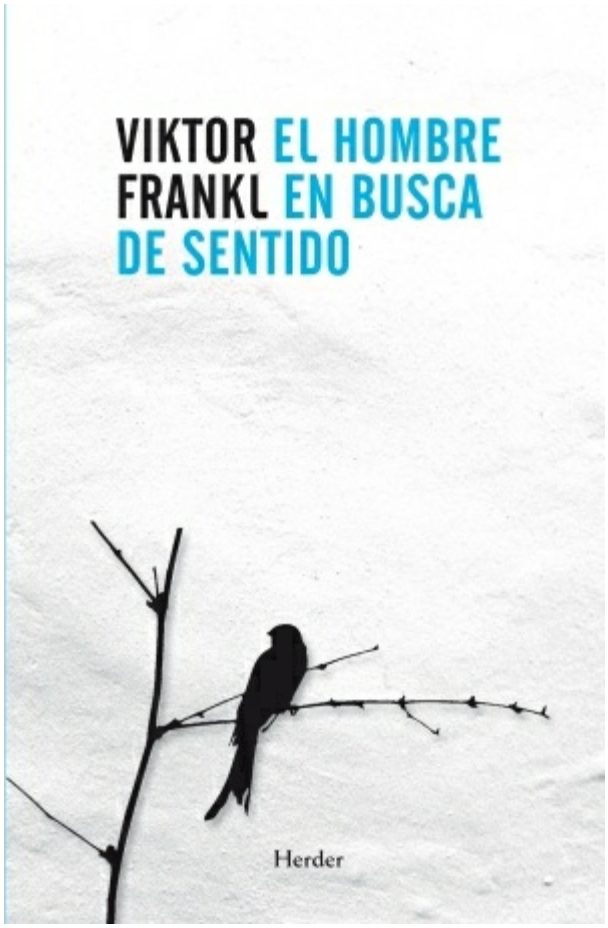
OTROS TÍTULOS

Murray Jackson, Jean Magagna (eds.)
Creatividad y estados psicóticos en personas excepcionales

Jorge L. Tizón García
Familia y psicosis. ¿Cómo ayudar en el tratamiento?
Entender la psicosis. Hacia un enfoque integrador

Joana Moncrieff
Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos

Anthony P. Morrison, Julia C. Renton, Hazel Dunn, Steve Williams, Richard P. Bentall
La terapia cognitiva de la psicosis. Un enfoque basado en la formulación


VIKTOR FRANKL
EL HOMBRE EN BUSCA DE SENTIDO
Herder

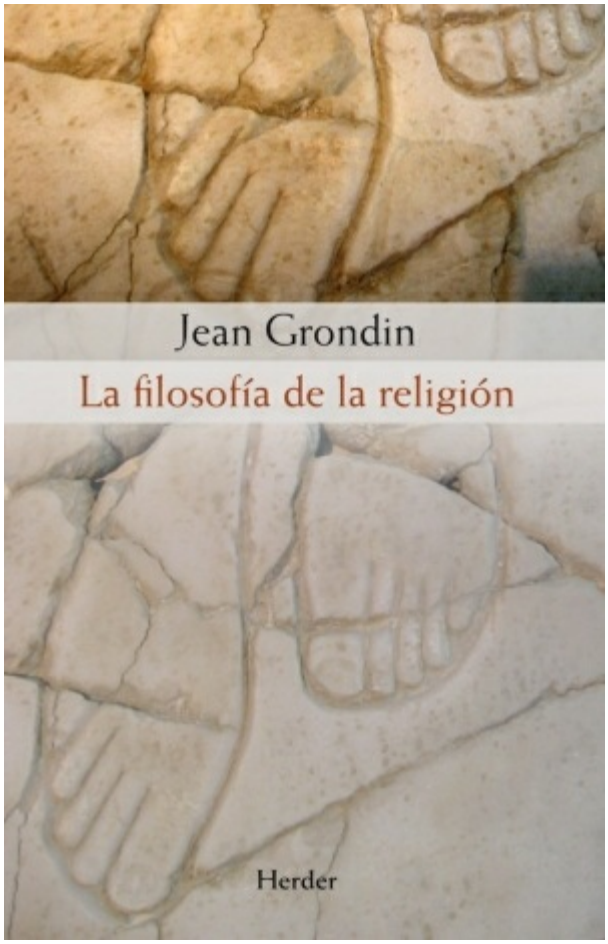
El hombre en busca de sentido

Frankl, Viktor
9788425432033
168 Páginas

Cómpralo y empieza a leer

Nueva traducción"El hombre en busca de sentido" es el estremecedor relato en el que Viktor Frankl nos narra su experiencia en los campos de concentración.Durante todos esos años de sufrimiento, sintió en su propio ser lo que significaba una existencia desnuda, absolutamente desprovista de todo, salvo de la existencia misma. Él, que todo lo había perdido, que padeció hambre, frío y brutalidades, que tantas veces estuvo a punto de ser ejecutado, pudo reconocer que, pese a todo, la vida es digna de ser vivida y que la libertad interior y la dignidad humana son indestructibles. En su condición de psiquiatra y prisionero, Frankl reflexiona con palabras de sorprendente esperanza sobre la capacidad humana de trascender las dificultades y descubrir una verdad profunda que nos orienta y da sentido a nuestras vidas.La logoterapia, método psicoterapéutico creado por el propio Frankl, se centra precisamente en el sentido de la existencia y en la búsqueda de ese sentido por parte del hombre, que asume la responsabilidad ante sí mismo, ante los demás y ante la vida. ¿Qué espera la vida de nosotros?El hombre en busca de sentido es mucho más que el testimonio de un psiquiatra sobre los hechos y los acontecimientos vividos en un campo de concentración, es una lección existencial. Traducido a medio centenar de idiomas, se han vendido millones de ejemplares en todo el mundo. Según la Library of Congress de Washington, es uno de los diez libros de mayor influencia en Estados Unidos.

Cómpralo y empieza a leer


Jean Grondin
La filosofía de la religión
Herder

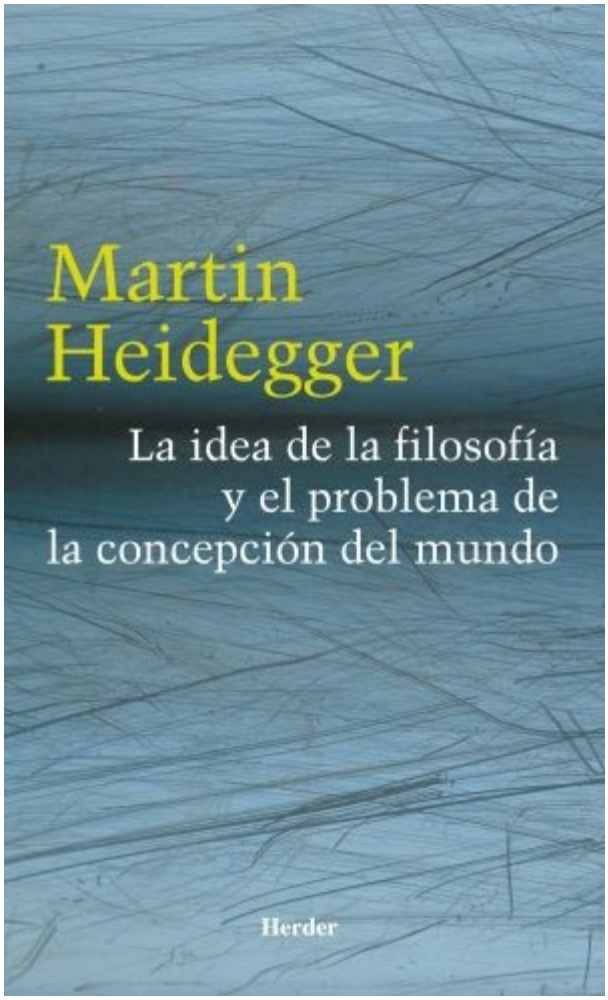
La filosofía de la religión

Grondin, Jean
9788425433511
168 Páginas

Cómpralo y empieza a leer

¿Para qué vivimos? La filosofía nace precisamente de este enigma y no ignora que la religión intenta darle respuesta. La tarea de la filosofía de la religión es meditar sobre el sentido de esta respuesta y el lugar que puede ocupar en la existencia humana, individual o colectiva. La filosofía de la religión se configura así como una reflexión sobre la esencia olvidada de la religión y de sus razones, y hasta de sus sinrazones. ¿A qué se debe, en efecto, esa fuerza de lo religioso que la actualidad, lejos de desmentir, confirma?

Cómpralo y empieza a leer


Martin
Heidegger
La idea de la filosofía
y el problema de
la concepción del mundo
Herder

La idea de la filosofía y el problema de la concepción del mundo

Heidegger, Martin
9788425429880
165 Páginas

Cómpralo y empieza a leer

¿Cuál es la tarea de la filosofía?, se pregunta el joven Heidegger cuando todavía retumba el eco de los morteros de la I Guerra Mundial. ¿Qué novedades aporta en su diálogo con filósofos de la talla de Dilthey, Rickert, Natorp o Husserl? En otras palabras, ¿qué actitud adopta frente a la hermeneútica, al psicologismo, al neokantismo o a la fenomenología? He ahí algunas de las cuestiones fundamentales que se plantean en estas primeras lecciones de Heidegger, mientras éste inicia su prometedora carrera académica en la Universidad de Friburgo (1919- 923) como asistente de Husserl.

Cómpralo y empieza a leer

JESPER JUUL
NO
Decir no, por amor
Padres que hablan claro:
niños seguros de sí mismos
Herder

Decir no, por amor

Juul, Jesper
9788425428845
88 Páginas

Cómpralo y empieza a leer

El presente texto nace del profundo respeto hacia una generación de padres que trata de desarrollar su rol paterno de dentro hacia fuera, partiendo de sus propios pensamientos, sentimientos y valores, porque ya no hay ningún consenso cultural y objetivamente fundado al que recurrir; una generación que al mismo tiempo ha de crear una relación paritaria de pareja que tenga en cuenta tanto las necesidades de cada uno como las exigencias de la vida en común. Jesper Juul nos muestra que, en beneficio de todos, debemos definirnos y delimitarnos a nosotros mismos, y nos indica cómo hacerlo sin ofender o herir a los demás, ya que debemos aprender a hacer todo esto con tranquilidad, sabiendo que así ofrecemos a nuestros hijos modelos válidos de comportamiento. La obra no trata de la necesidad de imponer límites a los hijos, sino que se propone explicar cuán importante es poder decir no, porque debemos decirnos sí a nosotros mismos.

Cómpralo y empieza a leer

APUNTES PARA UNA PSICOPATOLOGÍA BASADA EN LA RELACIÓN
JORGE L. TIZÓN
VOL. 1 | PSICOPATOLOGÍA GENERAL
Herder

Apuntes para una psicopatología basada en la relación

Tizón, Jorge L.
9788425440878
352 Páginas

Cómpralo y empieza a leer

Actualmente la psicopatología se encuentra en una encrucijada. TDAH, TEA, TLP, depresión, esquizofrenia, etc., son conceptos fundamentales de la psicopatología clásica y, al mismo tiempo, muestras de su grave crisis teórica y epistemológica. ¿Hay que entender esos y otros conceptos de la forma habitual o podemos pensar en otras formas de comprender el sufrimiento psicológico y psicosocial humano?¿Existen bases suficientes como para desarrollar una psicopatología basada en las relaciones interpersonales, en las emociones, en la comunidad, en la solidaridad?La presente obra, Apuntes para una psicopatología basada en la relación, es la aplicación al ámbito psicopatológico de los Apuntes para una psicología basada en la relación, que tuvo amplio reconocimiento académico hace algunos años. Este tratado se ha dividido en cuatro volúmenes: 1. Psicopatología general; 2. Relaciones dramatizadas, atemorizadas y racionalizadoras; 3. Relaciones emocionalizadas, intrusivas, actuadoras y "operatorias" y 4. Las relaciones paranoides, la des-integración psicótica y la inestabilidad emocional "límite". En el Volumen 1. Psicopatología general, se resumen los elementos conceptuales y científicos clave para el replanteamiento global de la disciplina: el objeto de la misma, los principios fundamentales, la relación con otras disciplinas y algunas de las consecuencias asistenciales y pragmáticas de tales replanteamientos.

Cómpralo y empieza a leer

Índice

Portada 2
Créditos 3
Índice 4
PRÓLOGO 7
AGRADECIMIENTOS 12
Cita 13
INTRODUCCIÓN 14
PARTE I. TEORÍA (Y CLÍNICA) 24
1. DOLOR PSÍQUICO, PARTE PSICÓTICA DE LA PERSONALIDAD Y ORGANIZACIÓN PATOLÓGICA 25
Consideraciones teóricas sobre el dolor psíquico y el dolor psicótico 25
Sentir y sufrir el dolor psíquico 33
«Personalidad psicótica»: parte psicótica de la personalidad 34
Organización patológica de la personalidad 37
2. COMUNICACIÓN Y PARTE PSICÓTICA DE LA PERSONALIDAD 42
Algunas características generales de la dinámica psicótica 43
La vinculación/escisión entre la parte psicótica y la no psicótica de la personalidad y la interacción Ps↔D 44
La zona limítrofe (borderline) entre la parte psicótica y la no psicótica 45
Desarrollos patológicos del vínculo entre la parte psicótica y la no psicótica de la personalidad 46
Organización psicótica de la personalidad (OPsP) 50
Organización límite de la personalidad (OLP) 51
Organización perversa de la personalidad (OPvP) 51
Organización neurótica de la personalidad (ONP) 52
Paciente psicótica esquizofrénica: acceso a la parte no psicótica 52
Comentario sobre paciente psicótica esquizofrénica 54
Paciente no psicótica: identificación de la parte psicótica 58
Comentario sobre paciente no psicótica 62
Conclusiones 64
3. ORGANIZACIÓN PSICÓTICA DE LA PERSONALIDAD: DINÁMICA Y FUNDAMENTOS PSICOPATOLÓGICOS 65

Bases psicopatológicas de la OPsP 66
Escisión patológica 66
Clínica: una forma particular de escisión/fusión de la relación analítica 69
Escisión del self corporal y reacción terapéutica negativa (RTN) 79
Identificación proyectiva patológica 86
La omnipotencia y omnisciencia de las fantasías 87
4. CONSECUENCIAS DE LA DINÁMICA DE LA ORGANIZACIÓN PSICÓTICA DE LA PERSONALIDAD 89
Descripción general de las consecuencias de la dinámica de la OPsP 89
Consecuencias para la personalidad 89
Consecuencias relacionales y otras consecuencias 90
Pluralidad de vías de expresión: emocional, somática y delirante 91
Reflexiones teóricas sobre la pluralidad de vías de expresión: emocional, somática y delirante 107
Los trastornos somáticos 107
Manifestaciones hipocondríacas 110
La actividad delirante 111
Transferencia psicótica 111
Sueños y fantasías 112
5. SIMBOLIZACIÓN EN LA ORGANIZACIÓN PSICÓTICA DE LA PERSONALIDAD 113
Simbolización limitada y pensamiento concreto 113
Simbolización en la psicosis: paso de la ecuación simbólica a la simbolización evolucionada 118
6. PENSAMIENTO DELIRANTE, VACÍO MENTAL Y OTRAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS 124
Pensamiento delirante: fantasía inconsciente y delirio 124
Realidad y delirio: visión binocular y visión bi-ocular 126
Una síntesis del mundo delirante de la Sra. B 129
Efectos y manifestaciones corporales 131
Consecuencias relacionales: problemas de comunicación interna y externa 132
La comunicación interna del paciente entre la parte psicótica y la no psicótica 132
La comunicación con el analista 133
Transferencia psicótica y contratransferencia 133
Formas de comunicación: la comunicación verbal especial 134

Hipersensibilidad perceptiva 136
Otras consecuencias: el vacío mental 137
7. ASPECTOS TÉCNICOS DEL PSICOANÁLISIS EN PACIENTES CON ORGANIZACIÓN PSICÓTICA DE LA PERSONALIDAD 142
La indicación del psicoanálisis en pacientes con una OPsP 143
El encuadre en el paciente psicótico 145
El encuadre como un elemento organizador de la experiencia analítica 145
Espacio físico y espacio mental 145
La presencia física del analista 147
Vicisitudes con el encuadre: firmeza y flexibilidad 148
¿Cuál es la proporción adecuada entre firmeza y flexibilidad con el paciente psicótico? 150
Intervenciones e interpretaciones del terapeuta 152
Interpretación de la transferencia psicótica: material clínico 154
Factores terapéuticos en intervenciones no interpretativas en pacientes psicóticos 158
PARTE II. CLÍNICA (Y TEORÍA) 159
Cita 160
8. EL MÉTODO PSICOANALÍTICO EN UNA PACIENTE ESQUIZOFRÉNICA: INDICACIÓN Y COMIENZO DEL PROCESO ANALÍTICO. DOLOR PSÍQUICO Y VÉRTICE TRANSFERENCIAL 161
Presentación del caso de la Sra. B 161
Informaciones previas y primeras entrevistas 161
Comentarios a las entrevistas diagnósticas 162
Indicación de análisis y propuesta de método de trabajo a la Sra. B 165
Propuesta de encuadre 167
Inicio del proceso analítico 167
Vértice de la transferencia infantil regresiva con apariencia adulta 168
Vértice de la transferencia psicótica 170
Vértice de la transferencia psicótica erotizada 174
Vértice de la transferencia psicótica delirante 177
Vértice de transferencia «plural» conflictiva 182
9. SALIDAS DE LA ORGANIZACIÓN PSICÓTICA 187
Tema 1. Aceptación conflictiva de la relación analítica terapéutica 188
Tema 2. Introyección de aspectos de vida del analista y posterior proyección en él 194

Tema 3. Entre realidad y locura: el fracaso de la lógica de la locura 201
Tema 4. Las experiencias de «primera vez» en el proceso analítico 208
10. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES 211
Actitud analítica ante el paciente psicótico 217
Encuadre 217
Interpretación 218
Otras consecuencias técnicas 219
Corolario 221
BIBLIOGRAFÍA 222
Información adicional 227