Luis Fernando Crespo

Pensamiento vivo

En la obra de Luis Fernando Crespo



Pensamiento Vivo

APM

BIBLIOTECA NUEVA

Índice

Prólogo

PSICOANÁLISIS Y SOCIEDAD

Psicoterapia analítica de grupo
- Introducción y concepto
- Clínica y técnica de la psicoterapia grupal
- Setting
- Selección de pacientes
- «Cómo se hace la selección y sus fines»
- «Agrupamiento»
- «Tipo de personalidad o de patología más indicada para el tratamiento de una psicoterapia analítica de grupo»
- Interpretación-transferencia-resistencia
- Interpretación
- a) Las preguntas
- b) El señalamiento
- Transferencia
- Resistencia
- Iniciación y etapas en la evolución de los grupos terapéuticos
- El terapeuta, el observador, la coterapia
- El terapeuta
- El observador
- La coterapia
- Bibliografía

Resistencias al psicoanálisis, hoy
- Introducción
- Puritanismo
- Narcisismo psicológico herido
- Convencionalismo
- Odio a la libertad
- Intolerancia al dolor mental, al conocimiento y a la verdad sobre uno mismo
- Bibliografía

PSICOANÁLISIS Y CULTURA

La folie à deux de don Quijote y Sancho
- Introducción
- «Folie à deux»
- Don Quijote y Sancho
- Bibliografía

La obra plástica de un esquizofrénico
- Bibliografía

Pulsión de muerte y creatividad en la obra de Ramón Gómez de la Serna
- Bibliografía

Una Gorgona en casa. Nuevas reflexiones psicoanalíticas sobre el mito de Medusa
- Introducción
- El mito de Medusa
- Interpretación de Ferenczi y de Freud sobre la cabeza de Medusa
- Los conceptos de «contención» y de «vínculo paradójico» en psicoanálisis
- Mi interpretación del mito de Medusa
- El mito de Medusa en la literatura del siglo XX
- Bibliografía

PSICOANÁLISIS EN LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS

Falso Self Institucional
- Introducción
- Falso Self Institucional: su aplicación a los nuevos modelos asistenciales de las psicosis clínicas
- Bibliografía

La identidad psicoanalítica en las instituciones de salud mental
- De la institución pública
- El psicoanalista ante la institución
- Encuadre
- Sobre la identidad
- El trabajo de la institución: funciones y disfunciones de la identidad analítica
- Bibliografía

Escucha psiquiátrica, escucha psicoanalítica
- Relaciones entre el psicoanálisis y la psiquiatría
- Escucha psiquiátrica frente a escucha psicoanalítica
- Bibliografía

PSICOANÁLISIS CLÍNICO

Lo paradójico en la esquizofrenia. Introducción a las ideas de Racamier
- Introducción
- Paradoja, anticonflictualidad, antiambivalencia
- Paradoja y descalificación
- Paradoja del esquizofrénico. Lo paradójico
- Bibliografía

Ser Psicótico: estar psicótico
- Psicosis y organización «borderline»
- Psicosis y locura
- Bibliografía

La transferencia en pacientes severamente perturbados
- Algunas referencias históricas
- Las Transferencias
- Neurosis de transferencia
- Transferencia del Psicótico y/o Psicosis de Transferencia
- La parte no psicótica de los pacientes severamente perturbados en la obra de Freud
- Transferencia y diferenciación de la parte psicótica y neurótica en pacientes severamente perturbados. Aportaciones de Bion
- Bibliografía

La metamorfosis del aparato de influir
- Preámbulo
- Historial médico
- Evolución clínica
- Fundamentos teóricos y aportaciones
- Epílogo etimológico
- Bibliografía

Interacciones de las partes psicótica y neurótica de la personalidad en los procesos «borderline»
- Introducción
- El cuadro borderline desde el psicoanálisis
- Terminología y situación nosológica
- Punto de vista genético
- Concepto y delimitación del proceso borderline
- Refugios psíquicos y paradojas de los borderline

Borderline y psicosis maníaco-depresiva
La difusión de la identidad
Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA DEL AUTOR

PENSAMIENTO VIVO

En la obra de Luis Fernando Crespo

Colección Psicoanálisis
Editorial Biblioteca Nueva
y
Asociación Psicoanalítica de Madrid

Serie «Pensamiento vivo»

Comisión de publicaciones
Directora: Teresa Olmos
Secretaría: Elizabeth Palacios

Comité editorial
Paloma Araoz
José Luis Gallego
Ariel Liberman
Beatriz Rolán
Petra Rodríguez

Luis Fernando Crespo

PENSAMIENTO VIVO
En la obra de Luis Fernando Crespo

Asociación Psicoanalítica de Madrid
BIBLIOTECA NUEVA

Cubierta: Gracia Fernández

© Luis Fernando Crespo, 2016
© Editorial Biblioteca Nueva, S. L., Madrid, 2016
Almagro, 38
28010 Madrid
www.bibliotecanueva.es
editorial@bibliotecanueva.es

ISBN: 978-84-16938-11-7

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y siguientes, Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Prólogo

Luis Fernando Crespo es médico especialista en Neurología y en Psiquiatría, entre otros méritos académicos.

Antes de finalizar sus estudios de medicina, se orientó tempranamente hacia el campo de la salud mental, como alumno interno en el Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital Provincial de Madrid, durante los años 1956 y 1957. Sin embargo, sus intereses cubrían otros campos de la medicina, como lo demuestra su pertenencia al Cuerpo Médico de la Marina Civil o su trayectoria como médico de urgencias de la Seguridad Social.

Parte de su formación como joven médico la llevó a cabo en Francia, donde pudo seguir las enseñanzas de ilustres profesores. Así, ha sido médico asistente extranjero en el Servicio de Enfermedades del Sistema Nervioso del profesor Castaigne, en el Hospital de la Salpétrière de París, centro en el que también trabajó en la Clínica de Neuropsiquiatría Infantil del profesor Michaux. Trabajó igualmente en el Centro Psiquiátrico de Sainte Anne, Clínica de Enfermedades Mentales y del Encéfalo, dirigida por el profesor Jean Delay.

Aun contando desde un principio con un sólido bagaje y experiencia en el campo de la psiquiatría, su interés por el psicoanálisis fue determinante en el desarrollo de sus múltiples y diferentes actividades desde sus inicios. En este sentido L. F. Crespo considera que su análisis con María Teresa Ruiz, aparte de sus connotaciones personales, fue fundamental y definitorio.

Sus primeros artículos a lo largo de los años sesenta versan más sobre temas de la psiquiatría y la psicología aplicada (por ejemplo sobre el alcoholismo crónico, el comportamiento inteligente para el que obtuvo la ayuda «Manuel Aguilar» de Investigación mediante concurso público...) pero desde los inicios de los setenta lleva a cabo toda una serie de publicaciones que contribuyen a la difusión del psicoanálisis en España. Uno de los ejemplos de dicha labor es el artículo «Manipulación y liberación sexual desde la perspectiva del psicoanálisis de Freud» o bien el artículo «Falso Self Institucional» publicado en el núm. 2 de lo que entonces era el Boletín del Grupo de Psicoanálisis de Madrid, incipiente precursor de la Revista de la Asociación Psicoanalítica de Madrid.

Esta labor de reflexión y comunicación sobre diversos temas en relación con el Psicoanálisis la ha continuado de forma ininterrumpida hasta la fecha de diferentes maneras.

Una de ellas, a través de la presentación de ponencias o comunicaciones a Congresos Nacionales e Internacionales, la participación en cursos, seminarios y actividades científicas varias.

Ha desarrollado una labor importante en el campo de la docencia y de la formación como jefe de la Unidad Didáctica de los MIR del Hospital Psiquiátrico Nacional «Santa Teresa» de Leganés. Asimismo, a través del hospital, colaboró con la Escuela Nacional de A.T.S. Psiquiátricos y la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional en la formación teórico-práctica de sus alumnos.

Ha sido igualmente profesor de Psicología de la Escuela Superior de Dirección de Empresas (actual ICADE), profesor del Instituto de Interacción Humana y Dinámica Personal, profesor de Técnicas Psicoanalíticas del Centro de Estudios Universitarios (CEU) y psiquiatra consultor del Centro de Psicología Infantil.

Ha sido miembro fundador y de la Junta Directiva del Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica (IEPPM), de la Federación Internacional de Psicoterapias Médicas, miembro fundador y de la Junta Directiva de la Sociedad de Psicopatología Evolutiva.

Fue igualmente designado miembro asesor del Consejo Superior de Protección de menores, dependiente del Ministerio de Justicia.

En otro campo de actividad, favoreció la introducción y aplicación en España de las herramientas psicoanalíticas en el área asistencial e institucional, utilizando y apoyando el uso de la Psicoterapia Analítica de grupo, la Psicoterapia Analítica Breve, la Psicoterapia Analítica en Pacientes con Psicosis Clínicas o de la Comunidad Terapéutica de Orientación Analítica, particularmente cuando ocupó la dirección médica del Hospital Psiquiátrico Nacional Santa Teresa de Leganés o como subdirector médico del Instituto Psiquiátrico-Servicios de salud mental «José Germain» de la Comunidad de Madrid.

Fue concretamente a través de la Dirección del Hospital «Santa Teresa» de Leganés, en Madrid, que favoreció un proceso a partir de los años setenta para la transformación de la organización custodial del hospital en un Centro Psiquiátrico, con un funcionamiento más dinámico, terapéutico y rehabilitador. La experiencia es importante porque su duración en el tiempo supera la década. Fueron hitos importantes en su desarrollo: las puertas abiertas y las relaciones con la comunidad de Leganés, la transformación de un servicio exclusivamente de hombres en un centro mixto sin control de personal religioso, las relaciones con el equipo psiquiátrico del Hospital «Santa Isabel» ubicado en la misma área geográfica, la función psicoterapéutica que asumieron los psicólogos clínicos integrándose en el equipo terapéutico dejando atrás su función de meros colaboradores en los diagnósticos psiquiátricos institucionales.

El Hospital de «Santa Teresa», en su calidad de instrumento terapéutico, no fue el resultado de una mera acumulación de factores: psicoterapia individual, psicofármacos, terapia de ocupación, terapia de grupo, etc., ni tampoco ponía énfasis en ningún aspecto único o privilegiado de su programa. Actuaba siempre como una unidad total que puede ser entendida desde una perspectiva de «comprensión dinámica». La necesidad de hacerse cargo del paciente era compartida con el equipo terapéutico que debía trabajar de forma integrada para asegurar la máxima coherencia en la conducción del tratamiento, generalmente amenazado por la tendencia a disociar del paciente y de su familia. E igualmente por la propia higiene mental del equipo, ya que los intensos mecanismos de transferencia masiva y las frecuentes actuaciones psicopáticas, donde muy a menudo se expresaban los conflictos psicóticos más intensos, hacían necesario un continente que superaba las posibilidades individuales y que no podía ser otro que el trabajo en equipo, muchos de cuyos componentes iniciaron una formación psicoanalítica.

Basándose en su práctica hospitalaria, Luis Fernando Crespo y su equipo pudieron

constatar cómo las necesidades en la asistencia psiquiátrica no han de ser únicamente de tipo hospitalario, sino que han de ir justamente acompañadas de una asistencia extrahospitalaria enmarcada en la propia comunidad, que facilite la reinserción del paciente en la sociedad. Esto se articuló con el desarrollo más ambicioso de la llamada psiquiatría de sector, cuya difusión fue posible gracias al impulso sectorial realizado en el distrito XIII de París por psicoanalistas como Diatkine, Lebovici y los Kestemberg, para lo cual la asistencia psiquiátrica debe salir de los límites del hospital y extenderse por la comunidad donde dicho hospital se encuentre.

Siguiendo esta línea de pensamiento, en los primeros años de la década de los ochenta fue creado por el Hospital Santa Teresa el Centro Psicosocial de Móstoles para asumir las tareas de prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos y asistenciales de los pacientes locales, complementado por la hospitalización en Santa Teresa si la atención ambulatoria era insuficiente. En la misma dinámica se creó al poco tiempo el Centro Psicosocial de Alcorcón cuyo funcionamiento siguió el mismo esquema que el de Móstoles.

En los mismos centros psicosociales y en el propio hospital se favoreció igualmente la formación de los equipos como seminarios, supervisiones, sesiones clínicas, etc.

Pero la actividad profesional y teórica de Luis Fernando Crespo no se circunscribe únicamente al ámbito de la docencia y al sector público sino que en paralelo ha desplegado una gran actividad en el campo del psicoanálisis, en una doble vertiente clínica y científica, como pone de manifiesto su participación en numerosos congresos y simposios. Ha impartido numerosas conferencias en relación con el psicoanálisis en muy diversos foros, algunas de las cuales aparecen recogidas en el presente libro; también ha participado en mesas redondas, ponencias, programas de radio y de televisión, en una labor de difusión del psicoanálisis, en los cuales el rigor no estaba reñido con la amenidad.

Es miembro titular con Función Didáctica de la APM, de cuya Junta Directiva fue vocal (1986/87), secretario (1988/1991) y vicepresidente (1992/1995).

Ha sido igualmente miembro de la Comisión de Enseñanza del Instituto de Psicoanálisis de la APM, instituto del que ha sido igualmente profesor y ha formado parte de diversas comisiones, como la Comisión de Entrevistas, el Comité de Ética y ha sido igualmente cofundador y director del CACI así como coordinador de la sección de Psicosis y Patologías Límite.

La biografía profesional de Luis Fernando Crespo se ha visto jalonada y refrendada a través de numerosas publicaciones bajo forma de artículos, libros, colaboraciones, monografías o reseñas. Resulta imposible plasmar en un solo volumen la variedad y diversidad de temas por él tratados, por lo que he debido realizar una selección, tarea nada fácil en cuanto implica dejar fuera del presente libro temas sumamente interesantes. Sin embargo, si el lector desea poder profundizar y ampliar determinados temas, encontrará una bibliografía exhaustiva de las obras del autor que le permitirá seguir de forma más pormenorizada el desarrollo del pensamiento de Luis Fernando Crespo.

En la selección y ordenación de los textos escogidos se han seguido dos vértices: por

un lado aparecen agrupados por temas y, a su vez, en el interior de cada uno de ellos se sigue un orden cronológico.

Esta agrupación tiene una doble función: por un lado permite al lector el seguir la evolución a lo largo del tiempo de la teorización de Luis Fernando Crespo, con un primer artículo que data del año 1982 hasta el último seleccionado fechado en el 2006.

Por otro lado, la agrupación temática refleja la variedad y la diversidad de los intereses del autor, teniendo siempre como telón de fondo el psicoanálisis desde el punto de vista clínico, teórico y aplicado.

Los grandes temas son Psicoanálisis y Sociedad, Psicoanálisis y Cultura, Psicoanálisis en las instituciones psiquiátricas y por último Psicoanálisis clínico.

Los artículos recogidos en Psicoanálisis y Sociedad reflejan de forma interesante una época de desarrollo y expansión del psicoanálisis en España a finales de los años ochenta con planteamientos que podemos considerar que siguen siendo vigentes en la actualidad y nos pueden ayudar a pensar sobre el presente y futuro del psicoanálisis contando con una perspectiva histórica muy enriquecedora y que contribuye a nutrir la reflexión.

El segundo apartado, Psicoanálisis y Cultura, pone de manifiesto la manera en que el autor articula el arte y la creatividad con el pensamiento psicoanalítico.

Sus fuentes son muy variadas. En la literatura, parte del estudio de personajes universales como son Don Quijote y Sancho Panza o bien creaciones de autores del siglo XX como Agatha Christie o Ramón Gómez de la Serna entre otros. Toma igualmente sus fuentes de la mitología clásica pero encuentra también material para la reflexión a través de la obra plástica de un esquizofrénico hecha con materiales de derribo.

A través de esta articulación Luis Fernando Crespo ha desarrollado y profundizado en temas como la locura compartida, la pulsión de muerte y el mito de Medusa, enriqueciendo y complementando perspectivas anteriores con sus propios puntos de vista.

El tema de Psicoanálisis en las instituciones psiquiátricas resulta sumamente útil pues recoge su dilatada experiencia en la institución psiquiátrica, apuntalada siempre en un marco referencial psicoanalítico. Es interesante constatar a través de estas lecturas cómo consigue que estas dos áreas a menudo en conflicto abierto cuando no en franca oposición puedan ser articuladas e integradas en beneficio de la institución, del trabajo con los pacientes y de los propios profesionales, todo ello sin confundir ni solapar el modelo psiquiátrico con el psicoanalítico.

En el cuarto y último apartado queda reflejado el interés de Luis Fernando Crespo por las patologías graves desde los inicios de su carrera profesional, interés que le ha llevado a una reflexión sobre la teoría y la técnica en el abordaje de estos pacientes, con una revisión y profundización permanente de sus planteamientos.

A través de una sólida formación teórica de diferentes enfoques psicoanalíticos, especialmente de M. Klein, Fairbairn, Winnicott y Bion por un lado y de las aportaciones de Racamier sobre el funcionamiento paradójico en los esquizofrénicos, Luis Fernando Crespo realiza un valioso trabajo de integración que, junto con su dilatada experiencia en el tratamiento de pacientes psicóticos y borderline, desemboca en una

fecunda y original teorización propia. El otro eje que maneja es el mecanismo de la identificación proyectiva descrito por M. Klein y ampliado por Bion para la comprensión del funcionamiento mental del psicótico y sobre todo su gran utilidad para facilitar su abordaje y tratamiento.

Los textos cuya lectura ofrecemos al lector presentan un gran interés tanto para el trabajo profesional como para estimular la propia reflexión teórica sobre el psicoanálisis y su relación con otras disciplinas. Otro de los méritos de Luis Fernando Crespo, y no uno de los menores por cierto, es la calidad y amenidad de la prosa, lo cual añade más valor a estas páginas.

Pilar Crespo Fessart

PSICOANÁLISIS Y SOCIEDAD

Psicoterapia analítica de grupo[1]

Introducción y concepto

Los antecedentes de la psicoterapia analítica grupal se encuentran ya en Freud, quien sin haber practicado la psicoterapia de grupo creó conceptos muy valiosos para aplicarlos al grupo terapéutico que aparecen fundamentalmente en tres de sus obras: *Totem y tabú,* publicada en 1913; *Psicología de las masas y análisis del yo* (1920), y *El malestar de la cultura* (1929). En estos ensayos Freud postula que el comportamiento de los grupos se rige por procesos inconscientes.

El complemento necesario del concepto grupal fue la aparición del concepto de «relaciones objetales» asociado a la obra de Melanie Klein (1955) y las aportaciones de Fairbairn (1962) que describe los esfuerzos del yo en la empresa de alcanzar un objeto en el que pueda apoyarse. Los pioneros en la utilización del esquema referencial psicoanalítico en el grupo fueron Simmel y Schilder (1936).

Foulkes y Anthony describen la «reacción en espejo». Cierto tipo de miedos, conflictos o ansiedades que tiene un paciente, disminuyen al observar que esos mismos elementos están presentes en otros sujetos. Ackerman (1946) lo denomina «fenómeno de lo universal». Wilfred R. Bion (1963) creó los conceptos de «mentalidad grupal» y «cultura de grupo» y describió tres supuestos básicos que irrumpen emocionalmente en la actividad consciente y emocional del grupo: al primero le denomina SB de dependencia, al segundo, SB de emparejamiento o apareamiento, al tercer, SB de lucha-fuga.

Sutherland (1962) y Ezriel (1950) subrayan especialmente la necesidad de interpretaciones de los aspectos del «aquí y ahora» y la relación de transferencia que se establece entre el grupo y el terapeuta. Hay que señalar a Taylor (1963) por su concepto de «chivo emisario» como mecanismo de inducción en el seno del grupo.

Anzieu (1971) ha dado el nombre de «ilusión grupal» al fenómeno de autosatisfacción grupal, que no es sino una tranquilización narcisista.

Dentro de los grupos analíticos existen dos *tendencias extremas:* la psicoterapia analítica «del» grupo y la psicoterapia «en» grupo. En la primera se trata analíticamente al grupo como un todo, el grupo como tal es considerado como paciente, mientras que la psicoterapia analítica «en» grupo es el tratamiento analítico de cada uno de los miembros en el marco grupal. Las dos tendencias han desarrollado concepciones y discusiones sumamente interesantes e importantes para el progreso de los grupos terapéuticos, entre investigadores de grupo ingleses y norteamericanos.

Por eso preciso señalar un tercer punto de vista, que sería el de combinar el análisis individual y la perspectiva total de grupo. En esta perspectiva se interpretan la actitud y las fantasías del grupo hacia el terapeuta y se interpretan en términos de subgrupos como partes complementarias de un todo. Hay que interpretar en la transferencia que se ha establecido directamente con el analista o a través de las transferencias laterales diluidas o fragmentadas, término este último que prefiere Schneider (1963), que los miembros del

grupo establecen entre sí. Asimismo, la interpretación debe entenderse en dos niveles: genética (dirigida a la historia y biografía del paciente grupo) y estructural. Las interpretaciones en el «aquí y ahora» y en función de los roles tenderán a integrar al grupo. Conviene ante todo, y es de sentido común, que el terapeuta pueda hacer interpretaciones que resuelvan los conflictos individuales y grupales, dando salidas más maduras a las situaciones neuróticas que habían quedado bloqueadas hasta entonces. Si bien es cierto que la psicoterapia de grupo ha dado un gran avance en las últimas décadas, aún debe considerarse como en fase de desarrollo y evolución y en un periodo de búsqueda de técnicas y teorías de esas técnicas.

Podemos resumir las alternativas posibles en la psicoterapia de grupo de inspiración analítica en el siguiente cuadro:

— Psicoterapias analíticas «en» grupo: Slavson (1964), Wolf (1962), Schwartz (1962), Foulkes.

— Psicoterapias analíticas «de» grupo: Bion, Ezriel, Sutherland, Taylor, Pichon-Rivière (1960). Se pueden incluir aquí las psicoterapias «por» el grupo de Foulkes y Anthony.

— Psicoterapias analíticas «en» y «de» grupo, que combinan interpretaciones grupales e individuales.

Finalmente, quiero señalar que la psicoterapia analítica de grupo no es ni pretende ser una mera extrapolación del Psicoanálisis individual y que en ella confluyen enfoques diferentes: el enfoque empírico (Cooley, Newcomb, Deutsch, E. Mayo, Asch, etc.), el modelo médico (Pratt, Chapel, Low Buck, Haden, Lasell, Marsh), el enfoque de la dinámica de grupo (Lewin y su escuela vinculados a la psicología de la forma, teoría de la Gestalt),y el enfoque psicodramático (los aportes de Moreno (1961) con su sociometría y de sus seguidores).

Clínica y técnica de la psicoterapia grupal

Setting

I. Azcorra (1981) lo define como el marco y punto de referencia que sirve de apoyo al proceso dinámico grupal, tanto en el inicio de este proceso como en el desarrollo del mismo.

Está constituido por un conjunto de normas que expresan los deberes y derechos tanto del paciente como del terapeuta y expresa las reglas del juego que permitirán el intercambio, la comunicación y el conocimiento de las personas integrantes del grupo que se han reunido con una finalidad concreta.

Los ítems que Azcorra incluye en el setting son los siguientes:

Reglas básicas:

1. *Asociación libre:* No se propone tema por parte del terapeuta. El intercambio que se establece inmediatamente después a la comunicación de material expresado por un

paciente se convierte en equivalentes de la asociación libre. No agresión física.

2. *Abstinencia:* Se recomienda a los pacientes evitar el intercambio de las relaciones entre ellos fuera del grupo, aun sabiendo que esta regla se va a infringir. Estas trasgresiones miden las resistencias de los pacientes a entrar en el proceso psicoanalítico de grupo.

Esta regla es para no permitir satisfacciones sustitutivas de los síntomas, ya que los impulsos instintivos tratan de buscar satisfacción. El tema de la abstinencia debe ser planteado en forma de conveniencia, no de prohibición; es el propio grupo quien lo exige.

— *Frecuencia y duración:* Una o dos sesiones semanales de una hora y media o de una hora. Uno de los derechos del paciente es no ir a la sesión, llegar tarde o marcharse antes.

— *Honorarios:* Fijación de precio. Uno de los deberes del paciente es pagar todas las sesiones, aunque no haya asistido.

— *Vacaciones:* Explicar el periodo de vacaciones.

— *Dudas y temores:* Se recomienda hablarles de los efectos negativos de las primeras sesiones para evitar abandonos prematuros.

— *Local:* Sala amplia y sin ruidos, cómodo.

— *Disposición:* En círculo y todos sentados. El terapeuta suele sentarse en el mismo sitio siempre.

— *Paciente nuevo:* Grupo abierto, si se admiten pacientes nuevos.

— *Actitud del terapeuta:* Abstinencia, asistencia, puntualidad. No injerencia de terceras personas. Ante un tratamiento farmacológico, derivarlo.

Selección de pacientes

Puesto que el propio grupo es el ámbito terapéutico que vamos a utilizar, su formación reviste una capital importancia. Se pueden distinguir dos niveles de selección: uno más general donde se toma en cuenta la edad, el sexo y el diagnóstico. En lo que respecta a la edad lo que buscamos es que los intereses existenciales básicos sean compartidos, o sea que los integrantes estén interesados en temáticas afines y en ese sentido nos parece inadecuado mezclar los jóvenes con personas próximas a la vejez, aunque otros autores opinan lo contrario, apoyándose en sólidos argumentos como, por ejemplo, que el grupo es el lugar privilegiado para confrontar y resolver situaciones conflictivas generacionales. Pero esto parece limitar la capacidad fantasmática del grupo, o que el terapeuta no crea demasiado en esta capacidad. En cuanto al sexo, es preferible que el número de hombres y mujeres sea aproximadamente igual.

Los grupos llamados homogéneos, por ser similares la patología o personalidad de sus componentes, están contraindicados, ya que en nuestra experiencia se establece el reforzamiento de un mismo tipo de defensa, lo que empobrece la dinámica grupal y que puede llegar a constituir un muro de resistencia infranqueable. Algunos grupos

monográficos, como los de los alcohólicos, solo son aparentemente homogéneos, ya que por debajo del síntoma común subyacen personalidades con diferentes estructuras y, por tanto, con diferentes defensas.

Para formar un grupo buscamos una combinación de personalidades y patología heterogéneas que enriquecen la dinámica grupal al utilizar defensas diferentes. Los límites de estos grupos heterogéneos son las patologías de la clínica psicótica. No excluimos a personalidades prepsicóticas, borderline, psicóticos estructurales o pacientes con núcleos psicóticos (que por otro lado tienen todos) sino a los psicóticos francos. Es más, en nuestra experiencia, de acuerdo con Guillen y Loren la integración de algún paciente con personalidad narcisista de los señalados más arriba no plantea grandes dificultades: «Por lo general estos pacientes sacan gran provecho del grupo una vez pasado el primer periodo en que sus tendencias disociativas pueden promover e inducir al *acting* y también son muy provechosos para el resto del grupo. Precisamente por la gran capacidad (excesiva) de identificación proyectiva pueden servir al terapeuta de indicador o de «caja de resonancia» de la marcha del grupo». Y, añadimos nosotros, también suele ser el «emergente» de las ansiedades paranoides y abandónicas del grupo. Cuando el grupo es capaz de contenerlo, la experiencia puede ser altamente integradora.

El método para investigar las características de un paciente a fin de verificar si la indicación terapéutica adecuada es o no una psicoterapia analítica de grupo ha sido sistematizado por Gracia Rodríguez (1981) como sigue:

«Cómo se hace la selección y sus fines»

La selección es llevada a cabo por el mismo psicoterapeuta de grupo, que eventualmente habrá de tratar al paciente mediante una o dos entrevistas individuales de carácter «semidirigido». La modalidad de estas entrevistas es, como corresponde a la teoría psicoanalítica, la de dejar hablar libremente al paciente, sin interrumpir su «discurso», y, eventualmente o con posterioridad, hacer algún tipo de preguntas que sirvan para tomar nota de algunos datos de su vida familiar, social, laboral, rellenar alguna «laguna vital» que se considere oportuno conocer; pero estas preguntas nunca han de tener el carácter de un cuestionario y siempre es referible esperar para ver si el paciente los aporta espontáneamente. En general, el paciente comienza hablando de lo más actual: síntomas, relaciones familiares o laborales actuales, remontándose, por lo general, a situaciones infantiles o datos significativos de otras épocas de su vida. Hay que estar atentos tanto a lo que dice como a lo que omite, así como a los afectos o sentimientos que pone en juego en cada momento, o bien a la ausencia de ellos.

En general, lo que el psicoterapeuta debe tender a detectar en estas entrevistas exploratorias es:

a) Conflictos básicos internos y externos del paciente. Esto correspondería a comprender, en líneas generales, la estructura básica de la personalidad del paciente, en términos dinámicos; es decir, un esbozo de diagnóstico clínico (tipo de neurosis, síntomas, situaciones depresivas, etc.)

b) Mecanismos defensivos básicos: obsesivos, fóbicos, intelectualizantes, maníacos, proyectivos, etc.

c) Nivel de «insight»: Es decir, capacidad potencial del paciente para tomar contacto con sus conflictos internos, su grado de aceptación de estos conflictos así como el sufrimiento o beneficio secundario que estos le producen.

d) Aspectos contratransferenciales: ¿Qué nos hace sentir el paciente? ¿En que nos hace «pensar»? ¿Qué sentimientos produce en nosotros?, rabia, pena, impotencia, ganas de ayudarlo, desconcierto, aburrimiento, etc., ya que esto mismo es lo que transferirá al grupo posteriormente.

e) Aspectos somáticos: ¿Padece o tuvo algún tipo de enfermedad? ¿Tiene algún defecto físico llamativo? Podría ser motivo de contraindicación el detectar una sordera acusada, falta de algún miembro, enfermedades de contagio directo, etc.

f) Aspectos sanos y adaptativos: ¿estado social?, ¿trabajo?, ¿amigos? Independencia económica, etc.

g) Deseos o motivaciones para enfrentarse con sus conflictos: Grado de sufrimiento, beneficios secundarios, deseos de conocerse, manejo más adaptado de sus reacciones sociales o de sus impulsos, etc.

h) Capacidad para aceptar libremente (al menos de un modo consciente) las reglas que han de imponérsele.

i) Capacidad potencial de identificación con otros seres humanos.

Una vez detectado esto, no con minuciosidad, sino *grosso modo,* a través de estas entrevistas exploratorias, se pasa, en caso de indicación, al siguiente momento técnico metodológico, que consistirá en el *establecimiento del contrato terapéutico, entre psicoterapeuta y paciente.*

Esto se hace en el último momento de la entrevista, cuando el terapeuta ya ha llegado al convencimiento de que la indicación para una psicoterapia de grupo es la adecuada; se le hace, entonces, la indicación y se le explica en qué consiste este método y cuáles son sus *reglas* (tratamiento en grupo, horario, honorarios, periodicidad, etc.), *reglas* que deberá aceptar y asumir, dándosele a conocer cuáles son aquellas reglas a que el psicoterapeuta, a su vez, se compromete (vacaciones, ayuda, esclarecimiento, número de participantes en el grupo, tipo de grupo, etc.).

Establecido el contrato terapéutico, se le indicará el grupo en el cual será incluido. Pasamos así al tercer momento:

«Agrupamiento»

Por agrupamiento entendemos la elección adecuada del paciente ya seleccionado para determinado grupo terapéutico. Consideramos este momento tan importante como una buena selección. Para ello deberán ser tenidas en cuenta, no solamente las características de este paciente concreto, sino la de aquellos que constituyen el «conjunto o grupo» al que va a dirigirse. Se trata, fundamentalmente, de constituir un grupo armónico y razonablemente equilibrado desde el punto de vista terapéutico.

Las reglas básicas para este agrupamiento pueden resumirse en cuatro:

1. *Parecido nivel de «insight»* de los miembros.
2. *Homogéneo periodo vital del paciente:* Grupos de adolescentes, de adultos, de personas maduras, etc., para que su nivel de conflictos no resulte demasiado discordante.
3. Pacientes con *mecanismos de defensa básicos heterogéneos,* es decir, fóbicos junto con obsesivos, depresivos, histéricos, intelectualizadores, maniformes, etc.; de lo contrario, si todos fueran pacientes con defensas básicas homogéneas (obsesivos o solo depresivos, etc.), el grupo se rigidificaría, siendo más difícil su evolución y manejo.
4. Finalmente, *el grupo deberá ser mixto,* en cuanto al sexo, procurando que en sus integrantes haya un equilibrio entre hombres y mujeres.

«Tipo de personalidad o de patología más indicada para el tratamiento de una psicoterapia analítica de grupo»

La psicoterapia de grupo está especialmente indicada en estructuras de personalidad neuróticas o neurosis ya establecidas (neurosis obsesivas —no excesivamente graves—, histéricas, fóbicas, de angustia, etc.); pero también puede ser útil y adecuada en estructuras de las llamadas «borderline» (las del polo neurótico), no siendo incompatible para personalidades con rasgos del carácter esquizoides o abandónicos, siempre que en el caso de estos últimos (borderline, esquizoides o abandónicos) sus dosis en los grupos no supere a uno o, como mucho, a dos de los miembros integrantes. Es decir, que el peso mayor del grupo lo llevan las personalidades neuróticas, las cuales así podrán asumir el mayor grado de regresión de estos otros pacientes más graves. La ayuda y conveniencia, en este caso, es mutua: los más regresivos evolucionan contenidos por los más genitales del grupo, pero a su vez estas personalidades más regresivas sirven como de «radar» en el grupo, detectando con mayor facilidad los movimientos regresivos del grupo por «su contacto más directo con el inconsciente grupal». A veces estos pacientes son muy útiles al terapeuta, indicándole cuales son los movimientos inconscientes del grupo en un determinado momento.

Para resumir, podemos decir que es fundamental hacer no solo una adecuada indicación, sino también un buen agrupamiento. De este equilibrio interno del grupo va a depender en gran medida, el éxito del mismo: la variedad en las defensas, la dosis en personalidades regresivas, el equilibrio de sexos, el parecido nivel de *insight,* junto a un periodo vital no muy discordante, darán lugar a un grupo razonablemente constituido desde el punto de vista terapéutico, que podrá así afrontar todas las difíciles situaciones y vicisitudes que un grupo de psicoterapia analítica conlleva.

Finalizaremos diciendo que se consideran contraindicaciones para una psicoterapia en cuanto a tipo de patología o personalidad:

— *Las estructuras psicóticas* (naturalmente en grupos de neuróticos), por su debilidad yoica, que le dificulta la elaboración secundaria de los conflictos.

— *Los psicópatas,* por su manejo destructivo del *acting out*. Con sus actuaciones

continuas boicotean su propia psicoterapia y quiebran la confianza básica del grupo, que no puede estar seguro de la discreción de tales personalidades.

— *Los paranoicos o caracteres paranoides,* ya que sus mecanismos de proyección, masivamente utilizados, impiden la internalización de los conflictos y generan desconfianza.

— *Las personalidades muy narcisistas,* por sus dificultades en la identificación y en el establecimiento de la relación objetal.

— *Las estructuras denominadas «perversas»,* por el manejo destructivo y desajustado de sus pulsiones, con el riesgo de un «manejo perverso del grupo» y de los vínculos con el terapeuta y con los otros pacientes.

Interpretación-transferencia-resistencia

Interpretación

La interpretación es uno de los principales instrumentos en el método analítico y constituye la más importante herramienta de trabajo del terapeuta de grupo. Su objetivo fundamental es la de deducir los significados latentes del discurso de los pacientes y de su conducta no verbalizada, seleccionando de todo el conjunto de elementos captados los que se consideren más operativos para integrarlos y hacer la devolución en un esquema de formulación accesible para su comprensión y elaboración directa. En esta perspectiva, recordemos que se interpreta la actitud y las fantasías del grupo hacia el terapeuta; se interpreta en términos de subgrupos como partes complementarias de un todo; hay que interpretar en la transferencia que se ha establecido con el analista o a través de las transferencias laterales diluidas que los miembros del grupo establecen entre sí; tras la fase inicial, también se interpreta individualmente. Asimismo la interpretación debe entenderse individualmente. Asimismo, la interpretación debe entenderse en dos niveles: genética y estructural (las interpretaciones en el «aquí y ahora» y en función de los roles tenderán a integrar el grupo).

En la primera parte de este trabajo, correspondiente al estudio de los aspectos teóricos de la psicoterapia grupal, tuvimos ocasión de conceptualizar con amplitud las interpretaciones grupales, incluyendo las tendencias del psicoanálisis *en* grupo y del psicoanálisis *del* grupo. Sin embargo, añadiremos aquí los aportes de A. Guiter (1981) más en la línea «técnica» de esta segunda parte.

Las interpretaciones —escribe Guiter— pueden referirse a las defensas o al contenido, ser de carácter individual o grupal. Del afuera y el adentro, enfocar los rasgos caracteriales, los agrupamientos, lapsus y actos fallidos, los episodios agudos, los sueños y los distintos niveles de desarrollo, que en su sector neurótico va representando las etapas orales, anales y genitales, en tanto que en determinados tiempos y ocasiones, como el comienzo de la terapia, vísperas de vacaciones o nuevos ingresos, ofrece la parte psicótica. En tales casos, el análisis de defensas y contenidos se agrega al relativo a problemas de identidad, individuación, discriminación de instancias (yo, superyó, cuerpo e ideal del yo) y causas y funciones de regresión.

Las interpretaciones preparatorias conciernen a aspectos parciales de la comunicación o fantasía central, pudiendo recaer sobre el grupo o un solo sujeto, quedando más o menos aisladas para luego ser ensambladas en el contexto global o simplemente constituir en sí mismas esclarecimientos menores, pero útiles también más adelante en momentos a veces inesperados.

Las interpretaciones conclusivas comprenden la totalidad coherente que encerraba el desarrollo de una sesión (en ocasiones, dos), apoyada por el conjunto de recursos técnicos auxiliares (preguntas, señalamientos, sueños e interpretaciones parciales o preparatorias). Decodifica la fantasía central. Subsecuentemente, debe ser oportunamente complementada en las interpretaciones discriminativo-personales, siempre que esto sea posible, puesto que las interpretaciones colectivas sin más tienden a homogeneizar al grupo, generando un contraefecto iatrogénico de carácter simbiotizante, que se opone a los procesos de individualización, adquisición del sentido de identidad propia y capacidades de independencia y autonomía. Inversamente, las interpretaciones individuales aisladas del contexto general ejercen acción paralizante y disgregante sobre la entidad grupal.

En resumen, es menester tener presente que para lograr el resultado final integrador, lo analizado primariamente al individuo (en el «aquí y ahora»), así como las interpretaciones parciales preliminares, deberán ser remitidas a su inserción contextual; lo analizado en el afuera, retraído al campo grupal interno transferencial. Finalmente, el último eslabón de la cadena, el procedimiento de individualización personal específico para cada miembro, en función de su historia personal (de su mundo interno privado). Este último paso puede surgir espontáneamente: es resultado de la introspección que subsigue al *insight.* El propio paciente es entonces capaz de verbalizar sus propios recuerdos y vivencias, reconociendo el «como si» de lo transferido. Esta labor de *insight* individual y comentarios reveladores del mismo, habitualmente es concomitante en una misma sesión por parte de varios miembros, y alternante en el decurso temporal en relación con el resto. Puede completarse en forma de construcciones, tanto en el ámbito grupal (historia y cultura propia) como en el individual. Las construcciones coadyuvan a la asimilación plena de un fragmento con sentido completo del desarrollo evolutivo, sus alternativas y reales consecuencias posteriores en la personalidad.

Además de las interpretaciones, el terapeuta puede utilizar esta serie de recursos útiles, a veces necesarios e incluso imprescindibles, ya sea para apuntalar las interpretaciones conclusivas, elaborar construcciones o analizar el carácter.

a) Las preguntas

Se trata de una modalidad de intervención técnica auxiliar que utiliza el terapeuta para solicitar mayor claridad o explicación a un párrafo, una idea o una alusión que resulten oscuros, incompletos o ininteligibles; o bien requerir datos biográficos o circunstancias importantes o complementarias para entender una situación dada.

También la pregunta formulada oportunamente sugiere la reflexión de un punto o

suscita asociaciones colectivas que aportan luz a un contenido latente. El uso mesurado de las preguntas es estimulante, pero su abuso puede producir un efecto paradójico (persecutorio), incrementando las resistencias.

b) El señalamiento

Consiste meramente en destacar o llamar la atención sobre hechos y cosas tales como rasgos caracteriales, agrupamientos, marginaciones, gestos, actos fallidos y lapsus, estilos de lenguaje, vestimenta, puntualizar las contradicciones y paradojas, lo que se repite y lo que se cambia llamativamente. A veces, conviene remarcar lo que sucede en respuesta de algo, o dejar constancia de que lo que emerge abruptamente es chocante, extravagante, inoportuno o sorprendente y, sin embargo, intenta pasar subrepticiamente. El señalamiento coadyuva en el análisis del lenguaje extraverbal, así como para clivar o escindir lo egosintónico de lo caracterial y oponerlo al yo como síntoma, favoreciendo la interpretación ulterior de su significado profundo. Muchas veces constituye en sí mismo una interpretación o permite deducirla al interpelado o al grupo.

Transferencia

De acuerdo con las definiciones clásicas, la transferencia es esencialmente un desplazamiento, sobre la persona del terapeuta, de emociones amistosas, hostiles y ambivalentes que provienen de la infancia. Pero en psicoterapia de grupo este desplazamiento no se hace únicamente sobre la persona del analista, aunque si de manera fundamental y privilegiada, sino también sobre los demás miembros del grupo, dando lugar a las transferencias laterales diluidas o fragmentadas.

Los conceptos de interpretación y transferencia son inseparables y en este sentido cabe distinguir en la transferencia dos aspectos fundamentales: el dinámico, que pone en evidencia lo que ocurre en el «aquí y ahora» de la situación grupal, y el aspecto genético, que señala cuál es el pasado que se ha utilizado en el presente.

La contratransferencia designa los sentimientos que el psicoterapeuta experimenta en la relación con el grupo o con alguno de sus miembros y la elaboración que hace de ellos con referencia a sus propias imágenes parentales primitivas y a las emociones que suscita en él. Emociones y sentimientos que en la medida que son comprendidos y controlados por el terapeuta pueden convertirse en un instrumento importante para su función de intérprete.

Resistencia

Se la define como la manifestación de fuerzas psíquicas en pugna. La resistencia sería aquella parte de la personalidad del paciente que se opone a la finalidad fundamental de la terapia analítica: anular la represión y hacer conscientes los deseos inconscientes y sus gratificaciones y frustraciones.

En el capítulo de las resistencias en los grupos terapéuticos debe atenderse

especialmente a los fenómenos del *acting out* y el *acting in,* lo que a nuestro juicio justifica las pautas de selección de pacientes señaladas en el epígrafe correspondiente. En muchas ocasiones el silencio traduce la resistencia del grupo a la libre comunicación. Pero en la situación analítica grupal puede darse un silencio integrador con un valor positivo que aparece en una atmósfera especial en la que existe un contacto favorable de los miembros del grupo con el analista y entre sí. Por eso nos oponemos a la interpretación sistemática del silencio como un factor de resistencia, bien sea en el sentido de temor a expresar las vivencias transferidas o como expresión de una actitud agresiva o sado-masoquista.

Iniciación y etapas en la evolución de los grupos terapéuticos

El grupo va a estructurar una dinámica propia diferente de la suma o conjunto de las dinámicas individuales, para lo cual hacen falta unos requisitos previos ya señalados.

Se parte de la premisa, escribe G. Onrubia (1981), de que las comunicaciones expresadas por los pacientes permiten inferir los mecanismos inconscientes de interacción del grupo.

Por ese motivo se evita alterar la dinámica del fenómeno colectivo mediante el apoyo, sugerencias, instrucciones, etc.

Es evidente que todo grupo humano se reúne con un objetivo. Este objetivo común crea normas y otorga una estructura al grupo. El grupo terapéutico al carecer de normas provoca en cada uno de los miembros una seria de ansiedades (más o menos según la persona) ante la nueva situación, que son interpretadas por el terapeuta.

Para intentar salir de esta situación de ansiedad y falta de cohesión, el grupo se somete y venera a un líder (el terapeuta) al que idealiza. Con esto, consigue reunirse en torno a la figura que consideran más fuerte, lo que les otorga seguridad. Es una actitud de espera a que el terapeuta mágicamente resuelva los conflictos de los pacientes.

Al no atender el terapeuta estas expectativas y quedar frustradas, el grupo suele acudir a otra defensa frente a la angustia e intentar cohesionar el grupo, que consiste en agredir y defenderse de un *perseguidor* colocado bien dentro del grupo (el terapeuta) o fuera de este.

Estos dos tipos de defensas tiene la finalidad de intentar otorgar una cohesión al grupo, pero también el inconveniente de que los pacientes consiguen no hablar de sí mismos y centran sus intervenciones en el afuera.

El tomar conciencia de sí mismos sin expectativas mágicas de curación va a producir invariablemente una *actitud depresiva,* con el abandono del grupo de aquellos pacientes —los más graves— que no pueden tolerar la depresión que posibilita el inicio de la elaboración de los conflictos internos.

A nivel de comportamiento podemos decir que después de una fase de «psicotización» del grupo con defensas tales como idealización, proyección, negación, etc., el grupo se «neurotiza» (actitud depresiva) lo que conduce al establecimiento de una diferenciación entre el mundo interior y el exterior. A lo largo de la historia grupal y como veremos

más adelante, el grupo puede regresar y utilizar las defensas que corresponden al primer estadio.

Hasta ahora nos hemos referido al inicio de un grupo. Una vez constituido este y refiriéndonos a los grupos abiertos, el terapeuta va a incluir en distintos momentos a un miembro nuevo, que de forma general va a provocar un rechazo por parte del grupo. Este rechazo, que en muchas ocasiones origina su expulsión, se produce fundamentalmente por dos motivos: en primer lugar, por la frustración que supone tener que compartir el terapeuta con una persona más. Por otra parte, por el hecho de que el terapeuta puede incluir personas nuevas sin contar con el grupo. Es evidente que en la base de estos problemas se encuentran los conflictos que en la infancia el paciente vivió con los hermanos, y según fueron estas relaciones infantiles, así lo vivirá cada paciente en su «nueva familia terapéutica».

Una vez presentadas las reacciones regresivas y ansiedades que sufren los pacientes al inicio del grupo a causa de la situación desconocida, vamos a referirnos a los procesos de integración y continuidad del grupo.

Cada individuo establece en el grupo relaciones emocionales variables a través de sucesivas proyecciones e introyecciones con los demás pacientes, y sobre todo con el terapeuta, que se convierte en el objeto central del grupo. Esto quiere decir que sirve de blanco a las proyecciones de las fantasías inconscientes de los pacientes. Es el depositario de estas proyecciones y quien se las devuelve metabolizadas. Esta circunstancia determina que los pacientes siempre se refieren a un objeto común (terapeuta), con lo que sus comunicaciones (asociaciones) están relacionadas dinámicamente.

Mediante estas sucesivas asociaciones, que tienen como objeto común al terapeuta, y, por otra parte, las proyecciones entre los diferentes pacientes, se va constituyendo una matriz común por la cual podrá considerarse el grupo como unidad, con una dinámica propia que no es la suma de las dinámicas individuales.

Mediante las sucesivas proyecciones de aspectos disociados de los diversos pacientes en el terapeuta, se constituye la fantasía inconsciente que representa la expresión de la relación emocional que los pacientes como un todo mantienen con el terapeuta. Esta fantasía inconsciente del grupo se modifica varias veces a lo largo del grupo. Describe las vivencias y acontecimientos del grupo en el momento preciso.

Frente a las fantasías inconscientes que emergen en el grupo surgen ansiedades que pueden llevar al grupo a determinadas estructuraciones y, al mismo tiempo, motivan sus modos de funcionamiento defensivo, que para no paralizar la acción curativa del grupo deben ser analizados constantemente, buscando la resolución de las tensiones emocionales existentes. Como resultado deberá producirse una madurez progresiva del grupo entero, verificada por la declinación del empleo de mecanismos psicóticos (disminuyen las ansiedades paranoides y aumentan las defensas depresivas).

Una vez integrado, el grupo posee vida propia, es decir, tradición, lenguaje, historia, actos peculiares. Tiene también costumbres propias que pueden adquirir el carácter de rito de iniciación frente a nuevos integrantes. También aquí se incluye el que casi todos

los grupos tienen un orden específico para sentarse, constituyendo una especia de esquema corporal del grupo.

En determinados momentos, estas circunstancias, llamadas por algunos autores «carácter del grupo», actúan como defensas grupales frente a determinados conflictos, muy primitivos, generalmente con fantasías agresivas de los participantes en relación con el terapeuta.

Por tanto, y resumiendo la historia del grupo, va ser una sucesiva oscilación de situaciones de regresión (ansiedades de tipo paranoide), que llevan al grupo a rechazar cualquier tipo de modificación por temor al cambio y situaciones evolutivas, en la medida en que se rompen esos moldes rígidos y se modifica (posición depresiva) avanzando hacia la curación.

En los grupos abiertos las *altas* son individuales, a diferencia de los grupos cerrados en que todo el grupo conjuntamente finaliza su tratamiento.

Ante el alta de un compañero el grupo reacciona de una manera regresiva con aumento de las ansiedades paranoides. El grupo suele, en un primer momento, oponerse a la salida de uno de sus miembros para evitar enfrentarse con la culpa generada por la envidia del compañero curado y de la agresividad hacia el terapeuta, que proporciona bienestar y felicidad a un compañero. Después se va a experimentar tristeza (situación de duelo) por la pérdida de un compañero. La cuantía de uno u otro movimiento depende del grado evolutivo en que se encuentre el grupo. Hasta aquí el punto de vista de G. Onrubia sobre la iniciación e historia del proceso grupal.

Por su parte, Usandaviras (1977) considera que una vez comenzada la tarea con el grupo se pueden diferenciarse cuatro *etapas*. Distingue una primera de individualización defensiva, donde cada integrante se muestra como alguien bien diferenciado de los otros; es la etapa del relato de las motivaciones para asistir al grupo, que generalmente se acompañan de la primera versión autobiográfica. La dirección de la comunicación es radical; cada integrante se dirige al terapeuta y casi no se comunica con los demás. Esto se comprende mejor si agregamos que en todo grupo existe una lucha constante entre dos fuerzas antagónicas: una que lleva a la unión de los integrantes y la otra a la separación. A nivel de cada individuo, esta lucha se expresa como un conflicto constante entre dos tendencias: la de aislarse y la de unirse con los otros. Otra forma de expresarse este fenómeno es diciendo que en todo grupo terapéutico existe una contraposición entre estructura y antiestructura. Toda persona, al entrar en un grupo, tiende a reforzar la imagen, las características de la posición que ocupa en la estructura social. En los grupos terapéuticos y en aquellos en los cuales se realizan rituales de iniciación, es necesaria una etapa de desestructuración para que la finalidad terapéutica o ritual se pueda lograr. En esta primera etapa de individualización defensiva la función del terapeuta consiste fundamentalmente en derribar esta resistencia, para que cada paciente deje algo de su individuación y se integre al resto. Las interpretaciones deben estar dirigidas hacia esos objetivos, es decir, hacia las ansiedades que cada integrante tiene por el temor a perder su individualidad y caer en una confusión indiscriminada con el resto del grupo.

Entre la primera y la etapa final de maduración hay otras dos etapas que constituyen

las fases por las cuales alternativamente pasa todo grupo terapéutico hasta llegar al final del proceso. No siempre se las verá en la forma tan diferenciada que aparecen en la descripción siguiente, ya que muchas veces el grupo oscila muy rápidamente de una a otra o se mantiene en una situación en la cual coexisten aspectos de una u otra. La etapa de *orquestación* se caracteriza por un grado de cohesión grupal muy grande, donde las asociaciones de los distintos integrantes tienen una secuencia tan clara para el terapeuta que parecen provenir de un solo paciente asociando libremente. Cada paciente se comporta como un músico de una orquesta que realiza con el resto una totalidad coherente y armónica. En esta etapa pueden observarse claramente los supuestos básicos de Bion y las fantasías inconscientes grupales más primitivas, que se van manifestando en cada sesión a través de las asociaciones, los sueños, como si fueran las piezas de un rompecabezas que se van uniendo en la medida en que surgen. En estos momentos, las interpretaciones al grupo como totalidad son las más operativas, pero, al mismo tiempo, son las surgen espontáneamente en la mente del terapeuta que esté bien conectado con su grupo.

La tercera etapa llamada *dramatización,* se caracteriza porque los miembros del grupo asumen, sin ser conscientes de ello, determinados roles dentro de un drama cuyo argumento se va conociendo según avanza la sesión. Los argumentos más frecuentes son situaciones infantiles básicas vividas de una u otra forma por todos los pacientes, como por ejemplo, las diferentes versiones o formas de la situación edípica. Aquí la interpretación está dirigida a descubrir el argumento, a ubicar los distintos personajes del drama y a la comprensión de por qué cada uno asumió determinado rol.

Tanto la segunda etapa como la tercera muestran diferentes niveles de regresión grupal: en la orquestación, el grupo estaría en el nivel de los «objetos parciales» descrito por Melanie Klein, en las épocas más tempranas del desarrollo, y en la de dramatización en el nivel, menos regresivo, de los «objetos totales». En el final asistimos a una etapa de *maduración*.

La diferenciación de etapas en la evolución grupal permite la interpretación adecuada al grupo o al individuo, ya que estas nos dan las pautas de cuándo, cómo y qué interpretar.

El terapeuta, el observador, la coterapia

El terapeuta

Los conocimientos que ha brindado la investigación en psicoanálisis individual son, como hemos podido ver, de gran valor para la comprensión de muchos fenómenos grupales, pero la mera extrapolación de dichos conceptos al campo de la psicoterapia de grupo puede ser peligrosa e impracticable. Sin embargo, las investigaciones sobre los riesgos que configuran «la función psicoanalítica de la personalidad» del terapeuta de grupo no difieren de la del psicoanalista.

En los centros más importantes del mundo donde se practica y se enseña análisis de grupo es requisito indispensable que el candidato se haya analizado individualmente,

pero cada vez va prevaleciendo la opinión de que más importante aún es que se haya analizado en un grupo terapéutico, análisis de grupo con psicoanálisis individual previo o posterior (la persona que no acepta su condición de paciente no será nunca un buen terapeuta); haber observado, durante por lo menos dos años, más de un grupo, experiencia como terapeuta y supervisión ulterior de la labor como terapeuta, constituyen los distintos aspectos de la formación del analista de grupo.

Como señalábamos al principio, vemos que los rasgos definitorios del terapeuta de grupo son esencialmente equiparables a los que definen el psicoanalista. Por eso parece importante traer aquí los conocimientos sobre la identidad del psicoanalista que ha brindado la investigación y que han sido resumidos por L. Grinberg (1976) comentando los *trabajos Identity of the Psichoanalyst,* de Joseph, y *Psychoanalysis Today: A problem of Identity,* de Widlöcher, presentados en un simposio internacional sobre este tema celebrado en Inglaterra en 1976.

Escribe Grinberg:

> Para el Dr. Joseph, esta identidad (psicoanalítica) está marcada por la capacidad de pensar, sentir y reaccionar de un modo tal que permita la observación reflexiva del funcionamiento mental inconsciente, las fantasías, resistencias y afectos en otra persona. Esta identidad incluye la capacidad del analista de reconocer el riesgo de la interferencia determinada por sus propias emociones y prejuicios, que lo pueden llevar a hacer un «mal uso» de sus conocimientos analíticos. Agrega la necesidad de la toma de conciencia de sus limitaciones.

El Dr. Wildlöcher destaca también la habilidad de observar el funcionamiento mental de otras personas, el *insight* con respecto a las propias actitudes y la capacidad de dirigir la atención con poco esfuerzo al contenido latente del discurso. Para él la actitud psicoanalítica otorga a las otras actividades una nueva dimensión.

> Apoyándome, prosigue Grinberg, en las conclusiones de la discusión que sobre este punto particular sostuvimos con un grupo de colegas en Buenos Aires, agregaría que, en base a esa identidad, los psicoanalistas podemos ser clasificados como pertenecientes a una «clase natural» (siguiendo la expresión usada por Freud) con ciertos rasgos definidos que se canalizan en una tarea determinada, configurando la actitud psicoanalítica o «función psicoanalítica de la personalidad». Entre estos rasgos específicos se pueden mencionar un tipo particular de curiosidad en reflexión con determinados aspectos del ser humano, de la mente y de la realidad psíquica, curiosidad que se hace extensiva al funcionamiento del propio psiquismo; capacidad de introspección y autoanálisis, capacidad creativa, capacidad de pensar en condiciones adversas, «en medio de la tormenta»; capacidad de discreción y reserva; capacidad de mantener una relación ética con los pacientes, evitando las tentaciones provocadas por la transferencia (causadas por el trabajo en aislamiento, por no obtener resultados inmediatos, por no entender siempre, etc.); capacidad de esperar y de atención flotante; y, aplicando una expresión utilizada por el poeta Keats, «capacidad negativa», o sea aquella capacidad que permite tolerar incertidumbres, misterios, dudas y verdades a medias, sin sentirse compelido a la búsqueda irritante de la razón y la certeza de los hechos.

El observador

Participa silenciosamente en el grupo. El rol del observador en el grupo consiste en registrar lo que ocurre en cada sesión, pero no solo lo que se dice, sino también lo que no se dice con palabras, la comunicación no verbal, porque la terapia de grupo tiene otros componentes no verbales que son terapéuticos y de gran eficacia, como la identificación. Incluso, para algunos autores, serian los aspectos verbales de la relación los menos

importantes (Winnicott).

Pero la función más importante que tiene el observador es poder registrar contratransferencialmente situaciones que el terapeuta puede no haber percibido. El intercambio de impresiones entre el terapeuta y el observador después de cada sesión es una de las formas más eficaces de perfeccionar la labor terapéutica. Por otra parte, ser observador es una experiencia formativa indispensable para todo futuro terapeuta de grupo.

Algunos psicoterapeutas prescinden del observador y en otros casos asiste al grupo por periodos de tiempo limitados.

La coterapia

La coterapia, o si se prefiere «la psicoterapia grupal con dos terapeutas», se caracteriza desde el punto de vista descriptivo por ser una psicoterapia de grupo de inspiración analítica, en la cual el manejo de la situación terapéutica, en lugar de ser realizado por un solo psicoterapeuta, como en los grupo convencionales, es realizado simultáneamente por dos psicoterapeutas. Estos operan en posición simétrica, es decir, forman un equipo de dos psicoterapeutas que integran una pareja que funciona en condiciones de igualdad absoluta. Las primeras experiencias en coterapia se realizan con psicoterapeutas de sexo diferente con el objeto de recrear una pareja de padres. La ilusión de que los dos psicoterapeutas recrean una pareja de padres está en relación con la ilusión de que el grupo representa una familia y que es mantenida por los pacientes. Esta ilusión favorecería la elaboración y posterior resolución de la conflictiva edípica.

Pronto se prescindió de este postulado de terapeutas de sexo diferente, ya que en realidad todo tiene lugar de manera mucho más regresiva con movilización de mecanismos defensivos muy arcaicos. Además suponía subestimar el funcionamiento extraordinariamente rico y creativo de la fantasía inconsciente grupal y rigidificar los roles de los terapeutas en el manejo terapéutico de la interpretación; mejor dicho, de las interpretaciones.

Una crítica posible a este tipo de técnicas es que la presencia de dos terapeutas favorece la disociación. Pero los defensores de la coterapia opinan que el marco de la coterapia reúne las condiciones ideales para interpretar la disociación que como es sabido hay siempre. La presencia de dos coterapeutas favorece, por el contrario, la escisión de las identificaciones y de la transferencia. Además, dicen, la coterapia facilita la apertura de nuevas vías de acceso al inconsciente y da una mayor riqueza y profundidad a la dimensión interpretativa.

Dos psicoanalistas valencianos, P. Guillen y J. Loren (1977), resumen así su experiencia de coterapia grupal:

> Para terminar, dos palabras sobre los factores que según nos parece pueden facilitar una actitud coterapéutica:
>
> 1. Que los terapeutas se elijan por simpatía mutua.
> 2. Que tengan una formación psicoanalítica previa lo más homogénea posible en cuanto a escuela o

tendencia.

3. Que tengan experiencia analítica propia y mejor si ha sido de grupos.

4. Que no exista demasiada disparidad de estatuto profesional o en las relaciones jerárquicas del tándem.

5. Que se asocien de manera prolongada, con el fin de llevar juntos a término el grupo. Lógicamente, al llevar más tiempo trabajando juntos, mejor se conocerán y mayor será el rendimiento común. En este sentido es deseable llevar varios grupos en coterapia.

6. Que tengan regularmente una íntima discusión después de cada sesión de grupo, para analizar los movimientos dinámicos de este y más particularmente los fenómenos contratransferenciales. Lo ideal sería el control regular del trabajo por un supervisor.

En relación con su experiencia psicoterapéutica grupal en coterapia M. Abadi y E. Paulovsky (1974), escriben:

1. Mayor comodidad en nuestro trabajo.

2. Un interés incentivado en la tarea de la psicoterapia grupal, que antes de esta experiencia nos parecía sucumbir a veces ante la amenaza de una esterilización en la noria de la rutina.

... Lo que nos importa señalar en nuestra experiencia es, precisamente, lo revolucionario que supone configurar la relación entre los dos terapeutas, en función de una Gestalt cuya línea directriz está dada por la horizontalidad.

Por el contrario, Grotjahn (1979) no considera preciso ni deseable contar con la presencia de un coterapeuta, ya que, desde su punto de vista, la función de coterapeuta pasa de un miembro del grupo a otro sin manipulaciones ni manejos, y el grupo en su conjunto es también un terapeuta sensible, reflexivo y comprensivo.

Por mi parte, estoy de acuerdo con M. Fernández Galindo (1981), para quien la presencia de dos psicoterapeutas en un grupo es particularmente importante en situaciones de formación, es decir, en instituciones que se dedican a la formación de psicoterapeutas. Y añade Fernández Galindo:

Además, dos coterapeutas se proporcionan apoyo mutuo y confianza para soportar toda la carga trasferencial negativa que aparece con gran fuerza en las primeras épocas de un grupo. También, la coterapia permite compartir el grave compromiso que el psicoterapeuta contrae con el grupo. Se actúa en coterapia, se puede enfermar o ausentarse por otras razones sin sentir que se abandona al grupo a su suerte.

Los inconvenientes derivan del hecho de que no se cumple la condición básica que deben tener dos terapeutas que se disponen a trabajar juntos: una relación cordial y confiada que les permita discutir a fondo los problemas sin negarlos ni eludirlos. Tales inconvenientes de la competición entre los terapeutas les conducen a movimientos emocionales inconscientes la mayoría de las veces y no suficientemente expresados.

Desventajas e inconvenientes que pueden obviarse teniendo en cuenta los factores facilitadores de la coterapia ya señalados por Guillén y Loren.

Bibliografía

Ackerman, N. W., «Some General Principles in the use of Group Psychotherapy», en B. Glueck, *Current Therapies in Personality Disorders,* Nueva York, Grune and Stratton, 1947.

Anzieu, D. y Martin, J. I., *La dinámica de los grupos pequeños,* Buenos Aires, Kapelusz, 1971.

Bion, W. R., *Experiencias en grupos,* Buenos Aires, Paidós, 1963.

Crespo, L. F. *et al., Curso de MIR en Psiquiatría,* Leganés (Madrid), Hospital Nacional «Santa Teresa», 1981.

Ezriel, H., «A Psycho-analytic approach to group treatment», en *Brit. J. Med. Psychol.,* núm. 23, 1950, págs.

59-75.
Foulkes, S. H. y Anthony, E. J., *Psicoterapia psicoanalítica de grupo,* Buenos Aires, Paidós, 1964.
Genevard, G., «La psychothérapie analytique en groupe», en *Ann. Med. Psycho.,* núm. 2, 1969, pág. 127.
Grinberg, L., «La identidad del psicoanalista», en *Psicoanálisis: Aspectos teóricos y clínicos,* Buenos Aires, Alex, 1979.
Grotjahn, M., *El arte y la técnica de la terapia grupal analítica,* Buenos Aires, Paidós, 1979.
Guiter, A., «Psicoterapia analítica de grupo», en *Rev. Psicot. y Psicosom.,* Madrid, 1981.
Guillén, P. y Loren, J., «Identidad, estatuto y función de los coterapeutas de un grupo analítico», en *Bol. Grupo Psicoanal.,* Madrid, 1977.
Moreno, J. L., *Psicodrama,* Buenos Aires, Hormé, 1961.
Paulovsky, E. A., *Clínica grupal,* Buenos Aires, Búsqueda, 1974.
Pichon-Rivière, E. *et al.,* «Técnica de los grupos operativos», en *Act. Neuropsiqu. Arg.,* núm. 6, 1960, pág. 32.
Schilder, D. R., «The analysis of ideologies as a psychotherapeutic method», en *Amer. J. Psychiat.,* 1936, págs. 601-617.
— «Contribution à l'étude du transfert et de contre-transfert en psychanalyse de groupe», en *Rev. Franc. Psychanal.,* núm. 6, 1963, págs. 641-674.
Slavson, D. R., «A Tex-Book in Analytic Group Therapy», en *Int. Res. Psychiatry,* 1952, pág. 119.
Taylor, F. K., *Un análisis de la psicoterapia grupal,* Buenos Aires, Escuela, 1963.
Usandaviras, R. J., *Grupo, Enciclopedia de Psiquiatría,* Buenos Aires, El Ateneo, 1977.
Wolf, A. y Schwartz, E. K., *Psychoanalysis in Group,* Nueva York, Grune and Stratton, 1962.
1 Publicado en *Historia de la Psicoterapia,* vol. I, Madrid, UNED, 1982.

Resistencias al psicoanálisis, hoy[2]

Introducción

Hay un fenómeno que aparece con cierta frecuencia en la historia de las ciencias y de las artes. El hecho es tan común que casi podría hablarse de una regla general, a saber: cuanto más importante e independiente es un descubrimiento, tanto más acentuadas son las resistencias y el desconocimiento del mundo ante el mismo. Y a la inversa: en la medida en la que una aparente novedad corresponde a lo que la gente desea —y la gente desea que no se cuestionen sus ideas previas—, con tanta mayor facilidad se acepta. En este sentido, la autenticidad y el calibre de la obra de Freud encontró una tenaz resistencia. Él, que había rastreado con particular profundidad las fuerzas impulsoras de la mente humana, se vio constantemente rechazado. Le dolía la incomprensión que le rodeaba. Cuando alude en sus escritos a estos acontecimientos, se infiere la amargura de quien tuvo que soportar la intolerancia, la mezquindad y la difamación.

Voy a hacer un recorrido —aproximativo— histórico de las resistencias al psicoanálisis, con objeto de estructurar esta breve comunicación, y además porque este itinerario no nos aleja de las «resistencias, hoy», ya que todas ellas persisten en la actualidad mezcladas o sutilmente disfrazadas y actualizadas. En este sentido, me referiré sucesivamente a las resistencias iniciales del puritanismo, tanto «moralista» como de la medicina, de la psicología, de la filosofía, etc.; resistencias del narcisismo psicológico herido, en palabras de Freud; del convencionalismo, en sus variadas formas; del temor a la libertad de nuestro mundo interior y, finalmente, resistencias por intolerancia al dolor mental, a la verdad sobre uno mismo y al conocimiento.

Puritanismo

En este apartado me apoyo casi exclusivamente en los textos de Freud, que desde 1895, fecha en que publicó *Estudios sobre la histeria,* en colaboración con Breuer, hasta 1910, en que funda la Asociación Psicoanalítica Internacional y su fama se extiende por el mundo, trabaja casi en solitario en un ambiente profesional y social que le rechaza desde el principio. La sociedad burguesa e intelectual austriaca correspondía fundamentalmente al mismo modelo que la victoriana, aunque en lo aparente ofreciera una imagen más lúdica. Instalada en un orden rígido, preconizaba el dominio de la mente sobre el cuerpo y el progreso social fundado en las expectativas de la nueva tecnología. Coincidiendo con esta ética de la razón y la ley, la burguesía más vitalista de la época se volcaba en el mundo de la estética. Así, como señala Enriqueta Moreno, la cultura austriaca de finales de siglo se configuraba entre estas dos corrientes: la moral científica y la estética creadora.

En este ambiente, Freud abre un camino del saber totalmente original y busca respuesta a los enigmas de la mente humana; pero estas respuestas no despertaron la admiración ni el respeto académico, sino la incomprensión y el escándalo. El árbitro

intelectual de la Viena de esos días, Karl Kraus, decía que «el psicoanálisis es la enfermedad de lo que pretende ser la cura»; y el Deutscher Geheimrat sentenciaba, por su parte, que «el psicoanálisis no es asunto de las ciencias, es un asunto de la policía».

Freud, en palabras de A. Guiter, «permaneció incólume a pesar de los ataques en medio de su inicial soledad, abriendo paso a la verdad, sin la arrogancia y altivez de sus detractores, pero firme y tenaz en su empresa». Yo añadiría: pero no sin dolor y amargura, como se refleja en los siguientes fragmentos del *Breve informe sobre el psicoanálisis* y de *Las resistencias contra el psicoanálisis,* aparecidas en 1924 y 1925, respectivamente.

> Comoquiera que fuese, este es el lugar para insistir en lo erróneo del reproche de pansexualismo, que tan a menudo se hace al psicoanálisis. Se quiere significar que la teoría psicoanalítica no conoce otras fuerzas pulsionales que las meramente sexuales, para la cual se echa mano de prejuicios populares, pues sexual se emplea en el sentido vulgar, no en el analítico. (...) Lo que el psicoanálisis denominó sexualidad de ningún modo coincidía con el impulso a la unión de los sexos o a la provocación de sensaciones placenteras en los órganos genitales, sino más bien con el Eros del Symposium platónico, fuerza ubicua y fuente de toda vida.

Y también:

> Incontables veces se ha reprochado al psicoanálisis que no hace caso de lo más alto, lo moral, lo suprapersonal, en el ser humano. El reproche es doblemente injusto, tanto histórica como metodológicamente. Lo primero, porque desde el comienzo mismo se atribuyó a las tendencias morales y estéticas del yo el impulso para la represión. Lo segundo, porque para el psicoanálisis sí hay en el ser humano una esencia superior, una entidad más alta: el ideal del yo, o superyó.

Más adelante, Freud no solo deja de defenderse, dolorido, de los reproches que se habían hecho al psicoanálisis de inmoralidad y amoralidad, sino que devuelve golpe por golpe, generando nuevas resistencias del puritanismo.

En 1925, en *Las resistencias contra el psicoanálisis,* dice: «El psicoanálisis jamás estimuló el desencadenamiento de nuestras pulsiones socialmente perniciosas; bien al contrario, señaló su peligro y recomendó su corrección». (...) El psicoanálisis pone al descubrimiento las flaquezas «de un sistema excesivamente represivo, de imposiciones culturales que el hombre vive como una constante opresión». Además, al no poderlas cumplir adecuadamente al ciento por ciento, se siente inseguro y culpabilizado. Ante tal «hipocresía cultural», el psicoanálisis «recomienda su corrección». Propone ceder en la rigidez de la represión pulsional. Ciertos impulsos instintuales, en cuya represión la sociedad ha ido demasiado lejos, han de ser dotados de mayor satisfacción; en otros, el ineficaz método de dominio por vía de la represión debe ser sustituido por un procedimiento mejor y más seguro. Debido a esta crítica, el psicoanálisis fue tachado de enemigo de la cultura, condenándosele como peligro social. «Semejante resistencia no puede gozar de vida eterna; a la larga, ninguna institución humana podrá escapar a la influencia de una crítica justificada, pero hasta ahora la actitud del hombre frente al psicoanálisis sigue estando dominada por un miedo que desencadena el ataque destructivo y menoscaba la pretensión de argumentar lógicamente».

Freud profundiza este análisis crítico en *El malestar de la cultura* (1930), al tiempo que expone nuevas reflexiones: «El precio del progreso cultural debe pagarse con el

déficit de dicha provocado por la elevación del sentimiento de culpa». Freud habla de las privaciones y abstenciones que producen neurosis y de los medios de defenderse contra ellas. Entre estos procesos defensivos, dice, hay uno que ha adquirido un especial significado cultural: la sublimación. En torno a este concepto podemos ordenar el proceso cultural, que consiste en que la pulsión abandone su meta propia y asuma otra meta distinta que podemos calificar de social. ¿Qué es lo que acontece en este proceso de sublimación? Las pulsiones egoístas se vuelven útiles para la sociedad y son *casi* satisfechas al mismo tiempo: satisfechas en la fantasía. Se evita así el sufrimiento procedente del *no* que nos da la realidad, pues la sublimación sabe desplazar «las metas de los impulsos» de tal manera «que no pueden ser afectados por el fallo del mundo exterior». El dinamismo del impulso es dirigido hacia una meta cambiada que le resulta asequible. Esta desviación es también, ciertamente, una privación, ya que no se consigue una satisfacción sustitutiva; y en esta medida gratifica en mayor o menor grado. El modelo de proceso cultural que propone Freud tiene sus raíces en este doble carácter de frustración y gratificación.

Esto indignó de nuevo a todos los que presumían de poder dar más. Egon Friedell, citado por L. Marcuse, culminaba su *Historia de la cultura en la Edad Moderna* con esta frase, tan altisonante como vana: «El próximo capítulo de la historia de la cultura europea será la historia de la luz». A estos falsos profetas, el psicoanálisis les resulta un monstruo que «anuncia la llegada del reino de Satán». ¡Hasta tal punto sobrevolaron el psicoanálisis aquellos que no lo aprecian!

Sus más cercanos colegas profesionales— los médicos psiquiatras— fueron quienes rechazaron más vigorosamente el psicoanálisis. «El médico lo considera como un sistema especulativo y se niega a creer que, como cualquier otra ciencia de la naturaleza, se basa en una paciente y afanosa elaboración de hechos procedentes del mundo perceptivo» *(Las resistencias contra el psicoanálisis).* Ante la psiquiatría académica, Freud se hallaba en la situación del profeta tal como lo describe Max Weber: aquel que introduce un nuevo producto de los bienes de salvación (o de los bienes de salud mental, en este caso). La revolución psicoanalítica es, ante todo, eso: la irrupción en el discurso de la mente de un sistema herético que se desarrolla trastornando las maneras clásicas de hablar de la historia, del cuerpo, del sexo, de la diferenciación, no tan abismal, por cierto, entre cordura y locura, etc. Por tanto, el profeta —Freud. El psicoanálisis— entra desde un comienzo en conflicto con los psiquiatras de la ortodoxia, que monopolizan hasta entonces esos saberes y esos bienes.

Es muy posible que donde mejor resumida se encuentre la naturaleza de las resistencias de la filosofía a la conceptualización dinámica del inconsciente (término que ya estaba aceptado académicamente, por otra parte) sea en este breve fragmento de su *Autobiografía:*

> Para el psicoanálisis, todo es, en principio, inconsciente, y la cualidad de la conciencia puede agregarse después o faltar en absoluto. Estas afirmaciones tropezaron con la oposición de los filósofos, para los que lo consciente y lo psíquico son una sola cosa, resultándoles inconcebible la existencia de lo psíquico inconsciente.

Freud dijo en una ocasión que la filosofía es el delirio de los sanos. Es preciso reconocer la «resistencia» de Freud contra la filosofía. Freud, fue, en efecto, un antifilósofo.; no quería dar una concepción general del mundo. Su método consistía en volver siempre sobre las mismas ideas para centrarlas sin temor a la contradicción. Su honestidad en el trabajo le haría aceptarla y buscar su significado; una actitud intelectual desde la que no se puede operar, por ejemplo, con lo verdadero de Platón o con la sustancia absoluta de Hegel; una actitud intelectual que se conforma con trozos de verdad, renunciando a una cosmovisión general del universo. El psicoanálisis nació en el contexto de las ciencias, y Freud defendió siempre su pertenencia a la familia científica.

La psicología, que también tenía montado su sistema sobre la fenomenología de la consciencia, se opuso tenazmente al psicoanálisis que contraponía necesaria y operativamente lo racional y lo irracional. En otras palabras, para el psicoanálisis no había manifestaciones «puras» del pensamiento, pues en todo acto típicamente humano —tanto en los sintomáticos de la neurosis como en las más altas manifestaciones de la abstracción— actúan fuerzas, motivaciones e impulsos que son desconocidos para la razón. Además, la psicología que acaba de ser reconocida (1870) como ciencia natural por el fisiólogo alemán Wilhelm Wundt, tampoco quería renunciar a su reciente status de «bata blanca».

La crítica al psicoanálisis desde otros modelos científicos no es, por supuesto, una resistencia. Como nos ha expuesto lúcidamente el doctor Cruz Roche, durante mucho tiempo, los epistemólogos han discutido al psicoanálisis su derecho a ocupar un lugar entre las ciencias. Pero, como señalan físicos y matemáticos como René Thom o David Bohm y afirma el epistemólogo Edgar Morin, «el saber correcto se encuentra en el conocimiento complejo, que comporta siempre imprecisión, incertidumbre y reflexión». Estas palabras muestran con claridad donde está hoy la clave del conocimiento científico, en el que las ciencias físicas abandonan su espléndido aislamiento y acuden a las ciencias humanas, y al psicoanálisis en particular, en busca de ayuda.

Por tanto las tesis favorables del momento presente como las antiguas dificultades de los epistemólogos para la consideración del psicoanálisis como ciencia pertenecen al plano enriquecedor de la discusión científica y no al mundo empobrecido de las resistencias.

Todo el mundo del arte del siglo XX se ha visto de un modo u otro confrontado con la «salida a la luz» del inconsciente. Pero esa confrontación no fue típicamente resistencial como la reseñada, sino integradora del psicoanálisis y gratificante para su fundador. Sin olvidar la revolución literaria y artística que supusieron el surrealismo y el dadaísmo, que ayer mismo evocaba el doctor Valdivielso con finura, recordemos, por ejemplo, la influencia freudiana en las principales obras de James Joyce o Thomas Mann. Por cierto, este último dedicó a Freud un ensayo titulado «El lugar de Freud en la cultura moderna», donde Thomas Mann destaca que él, Freud, ocupa un lugar importante en la «intelligentsia» alemana. Otro escritor amigo de Freud, Stefan Zweig, en la oración fúnebre a su óbito, en el crematorio de Londres, decía:

> Las costumbres, la educación, la filosofía y la literatura, la pintura y mitología, todas, absolutamente

> todas las formas de la creación intelectual y de la comprensión espiritual han quedado enriquecidas y reformadas en el término de dos o de tres generaciones, por Sigmund Freud como por ningún otro hombre de nuestro tiempo. Aun aquellos que ignoran su obra y/o que resisten a su reconocimiento, aun aquellos que jamás oyeron pronunciar su nombre, le están inconscientemente obligados y sujetos a su voluntad espiritual. El pensamiento y la comprensión de todo hombre del siglo XX serían distintos sin él; cada uno de nosotros pensaría, juzgaría y sentiría de un modo más mezquino, más cohibido, más injusto sin el pensamiento previo de Sigmund Freud y sin el poderoso impulso hacia adentro que él nos dio.

Como resume Paul Ricoeur: «El psicoanálisis pertenece a la cultura moderna; interpretando la cultura es como la modifica; dándole un instrumento de reflexión es como la marca de forma perdurable».

Narcisismo psicológico herido

Era perfectamente natural que Freud, en su condición de psicoanalista, procediera a analizar las resistencias a sus descubrimientos. Y lo hace en 1917 bajo el título «Una dificultad del psicoanálisis», donde precisamente el rechazo acentuadamente distímico de su obra le permitió revelar fácilmente que la capacidad de juicio de sus adversarios se hallaba enturbiada por factores emocionales.

En efecto, la primera resistencia al psicoanálisis es la afectiva. Quiero decir que no me refiero a una dificultad intelectual, algo que impidiera al receptor entender el psicoanálisis, sino una dificultad emocional: algo por lo cual el psicoanálisis enajena los sentimientos del receptor disuadiéndole de prestarle interés o credibilidad. Ambas clases de dificultades tiene su origen, para Freud, en la frustración del narcisismo humano, en la herida narcisista.

Freud señaló que el narcisismo universal, el amor propio de la humanidad, ha recibido hasta hoy tres graves afrentas de la investigación científica: el hombre creyó primero que su morada, la Tierra, se encontraba en reposo en el centro del universo, mientras que el Sol, la Luna y los planetas se movían en torno de aquella, describiendo órbitas. La posición central de la tierra era para él una garantía de su papel dominante en el universo, que armonizaba bien con su inclinación a sentirse el amo de este mundo. El aniquilamiento de esta ilusión narcisista tuvo lugar en el siglo XVI por obra y gracia de Nicolás Copérnico, que demostró que la tierra era mucho más pequeña que el Sol y se movía en torno a este. El amor propio de los seres humanos experimenta así su primera afrenta: la *cosmológica.*

En el curso de su desarrollo cultural, el hombre se erigió en el amo de sus semejantes animales, interponiendo un abismo entre ellos y su propia esencia. Todos sabemos que fueron los estudios de Charles Darwin, entre 1840 y 1870, los que pusieron término a esa arrogancia.

El hombre ha surgido del reino animal y es pariente próximo de algunas especies, más lejano de otras. Sus posteriores adquisiciones no le capacitaron para borrar la semejanza dada tanto en el sistema corporal como en sus disposiciones mentales. Pues bien, esta es la segunda afrenta: la *biológica,* al narcisismo humano.

Sin duda que la más sentida fue la tercera afrenta: la psicoanalítica, al demostrar, con un material que toca personalmente a cada cual y le obliga a tomar posición, que la vida

pulsional de la sexualidad en nosotros no puede dominarse plenamente, y que los procesos anímicos son en sí inconscientes, volviéndose accesibles al yo solo a través de una percepción incompleta y sospechosa, lo que equivale a aseverar que el yo no es el amo de su propia casa. Ambos esclarecimientos psicoanalíticos, reunidos, representan la tercera afrenta al amor propio, que Freud llamó *psicológica*. No cabe asombrarse, pues, de que el yo no otorgue su favor al psicoanálisis y se obstine en rehusarle su crédito.

Podemos afirmar que, en buena medida, la herida narcisista psicológica diagnosticada por S. Freud ha tenido una buena evolución; pero yo quería señalar aquí que el narcisismo individual y/o grupal —no ya universal— ha jugado un papel importante en muchos de los movimientos disidentes del psicoanálisis que abandonaron o ignoraron alguno o algunos de sus pilares fundamentales. Pero este sería tema para una monografía o para varias.

Convencionalismo

Freud no era hombre dado a acomodar los hechos de su experiencia a las ideas ya formadas. Luchó con denuedo en la búsqueda de conocimientos que otros no se atrevían a descubrir y menos a expresar o profesar; pero él se atrevió una y otra vez. Como ha recordado el profesor Laín, Freud decía con frecuencia de sí mismo que era un provocador. En el año 1915 escribía a su discípulo Ferenczi: «Permítame decirle que en mí solamente he encontrado una característica de primera calidad: una especie de valor que no se deja influir por los convencionalismos».

Y su ejemplo vale más que todas las palabras. En efecto, una vez asentados los cuatro grandes pilares del psicoanálisis: la apuesta irrenunciable por el inconsciente, la represión (con las resistencias), la transferencia (con la contratransferencia) y el Edipo (con la sexualidad infantil), rodeado al fin de admiración y reconocimiento, no duda en plantear lo que sería una nueva piedra de escándalo, incluso en la propia Asociación Psicoanalítica Internacional, que desde 1910 había iniciado su andadura. Publica en tal sentido, 1919, *Más allá del Principio del placer,* culminación de un largo esfuerzo para cernir la estructura de un fenómeno, tremendo y escurridizo a la vez, que conocemos como instinto de muerte, como pulsión de muerte más exactamente: una oculta satisfacción, un profundo vínculo con el sufrimiento más allá del propio bienestar, un goce aparentemente ajeno al individuo en el que no logra reconocerse y al que no puede, sin embargo, sustraerse. Pulsión de muerte o Tánatos, compulsión a la repetición, fueron los términos conceptuales de esa nueva provocación en la obra freudiana que no son, no lo crean, piezas de arqueología, sino que continúan siendo tema vivo y polémico entre los actuales psicoanalistas.

Pero volvamos al ejemplo de Freud, poseedor de «una esencia de valor que no se deja influir por los convencionalismos» ni —añado yo— por las conveniencias. El revisionismo psicoanalítico de las más diversas escuelas que, en nombre de Freud, consideran como un progreso la adaptación de su obra a una psicología capaz de servir a todo el mundo, reblandeciendo o aboliendo alguno o algunos de sus pilares

fundamentales, a los que debe su implacable profundidad y sustancialidad. Después de que, al parecer, se habían sobrepasado las antiguas oposiciones al psicoanálisis —puritanismo y narcisismo—, Freud es desplazado de nuevo mediante un arreglo de sus teorías para lo que se entienden sin ningún esfuerzo el positivismo psicológico y el oscurantismo mitologizado o misticoide.

Una particular resistencia, relacionada con el culto a lo moderno, considera que Freud pertenece a la galería de nuestros grandes hombres, mientras sostiene que el método de curación creado por él está superado. Admiten —que remedio— que toda la cultura del siglo XX se ha visto confrontada de un modo u otro con esa «salida a la luz» del inconsciente propiciada teóricamente por la obra de Freud; pero las numerosos terapias modernas con las que se procura paliar el sufrimiento neurótico se mantienen en la ignorancia de la causa que constituye el deseo inconsciente cien años después de su descubrimiento —superado, al parecer, por las nuevas técnicas—. Consideran que, puestos a elegir, los pacientes prefieren el alivio de los síntomas, aunque nunca lleguen a entender sus problemas, que entenderlos, pero sin encontrar alivio inmediato. Aunque esta ignorancia se paga cara. El deseo inconsciente resiste al adoctrinamiento, al adiestramiento y a la farmacología. Y a la hora de la verdad se encuentran con la renuncia del paciente a abandonar el síntoma o, en el caso de hacerlo, con la astucia infinita del inconsciente para hallar un sustituto igualmente penoso.

Odio a la libertad

El organizador de estas efemérides, doctor Casco, dice en su presentación que deberíamos congratularnos porque hoy podemos escuchar la voz de Freud, sofocada por tan largo tiempo, y sobre todo podemos interrogarle en libertad.

En 1939, las tropas de Hitler ocupaban Austria. La casa de Freud en Viena fue sellada con la cruz gamada y sus obras arrojadas al fuego en la vía pública, mientras se pronunciaba un discurso que incluía el siguiente fragmento: «Contra la glorificación de la vida instintiva, que degrada el alma humana, y por la nobleza del espíritu, entrego a las llamas las obras de la escuela de Sigmund Freud».

En la Europa del Este, en la que el psicoanálisis ha permanecido silenciado y silencioso durante más de cuarenta años, coincidiendo con los últimos acontecimientos liberalizadores, ha surgido en Hungría un grupo psicoanalítico vinculado a la IPA. Debería decir resurgido, porque la Sociedad Psicoanalítica Húngara fue una de las primeras que se constituyeron, bajo el impulso de S. Ferenczi. Y en un reciente congreso de la Asociación Internacional de Psicoanálisis, celebrado en Roma a finales de julio, tuvimos como invitados a un grupo de intelectuales y psiquiatras soviéticos que desde hace un par de años mantienen un seminario sobre Freud y el psicoanálisis en la actualidad.

Aunque la política no me interesa aquí, sí quiero decir que en las sociedades carentes de libertades públicas y/o fanatizadas, con todo lo que conllevan de reducción —mayor o menor— de la existencia personal de un individuo, las resistencias externas al

psicoanálisis se radicalizan y adoptan la forma de constricción violenta. Una dominación de este tipo, con rechazo al psicoanálisis, puede darse dentro de una familia o de una institución, y no solo en el escenario más amplio de la política.

Y es que, como escribe Freud en las *Nuevas conferencias,* «la cantidad de factores revolucionarios que encierra el psicoanálisis es lo bastante grande como para que podamos tener la certidumbre de que el niño formado por aquel *no* tomará partido, más tarde, por la opresión».

Pero, en la acepción psicoanalítica del término, el sentimiento de libertad no depende exclusivamente del medio ambiente. En 1938, desde su recién estrenado exilio de Londres, Freud escribía a Max Eitington: «El sentimiento de triunfo por vernos en libertad se mezcla con una excesiva tristeza porque amamos todavía la prisión de donde no logramos escapar». Como dice un refrán recogido por Winnicott: «murallas de piedra no hacen la cárcel, ni barrotes de hierro la jaula». Por lo menos, no exclusivamente.

Sin embargo, los representantes de la corriente culturalista del psicoanálisis consideraron que Freud no había insistido suficientemente en que la matriz de las resistencias al sentimiento de libertad no es sino la estructura de la sociedad que configura exhaustivamente a los individuos y continúan creyendo que la fuente del sufrimiento y la infelicidad reposa exclusivamente en las adversidades exteriores, y que en algún lugar de este mundo sería posible alcanzar la plenitud de un goce sin fisuras, sin falla y sin límites.

Por el contrario, Szasz considera que la libertad personal que promete el psicoanálisis solo puede tener sentido para personas que disfrutan de amplias libertades públicas. Estoy de acuerdo, básicamente, con este aserto; no obstante nadie es independiente del medio ambiente, y hay condicionamientos de este que destruyen el sentimiento de libertad aun entre los que hubieran podido gozar de él, aunque, insisto, en la medida en que la libertad es asunto de la economía interna del individuo, no se la puede destruir fácilmente. En palabras de Sartre, «si es verdad que el hombre es lo que la sociedad ha hecho de él, queda aún por ver que es lo que el hombre es capaz de hacer con eso que la sociedad ha hecho».

Pero además de las resistencias ambientales al psicoanálisis por odio y miedo al deseo de libertad que suscita y a las resistencias internas a la libertad o a la curación (que sería lo mismo), y que se manifiestan incluso en el propio proceso psicoanalítico, debo referirme muy brevemente a una tercera modalidad resistencial.

La enfermedad psíquica grave nos revela en mayor o menor grado que la libertad se halla alterada; la propia perturbación psiquiátrica da la impresión de ser una especia de cárcel y el enfermo psiquiátrico puede sentirse más encerrado en la enfermedad que alguien que realmente esté encerrado. Henry Ey definió la psiquiatría, con toda propiedad, como «la patología de la libertad». En el paciente psiquiátrico, su libertad puede estar afectada tanto en el sentido de la libre determinación como por la influencia de las voluntades ajenas. Pero lo que quisiera enfatizar aquí es que muchas de estas personas que están tan enfermas, tan psicóticas, sienten odio a la libertad y un profundo rencor a los sanos, a los que culpabilizan por ser más libres; y que esto es algo que

deberíamos tener en cuenta al hacernos cargo psicoanalíticamente de este tipo de pacientes.

Y que ese odio contra la libertad y ese rencor contra el funcionamiento libre de la mente y del cuerpo de los sanos lo vamos a encontrar no solo en los psicóticos clínicos, sino también en las personalidades psicóticas, en el sentido de Bion, y en la parte psicótica de la personalidad de los propios «sanos».

Y también que ese odio y ese rencor lo podemos extrapolar con todo derecho al funcionamiento psicótico de algunas instituciones, con los inherentes ataques a la libertad.

Intolerancia al dolor mental, al conocimiento y a la verdad sobre uno mismo

El psicoanálisis es una terapéutica dolorosa, una corriente tranquila e imperturbable que se opone a la «algiofobia», la huida ante el dolor. El proceso analítico nunca podrá evitar el dolor de la propia percepción, del cambio ante la idea nueva que contiene una fuerza disruptiva de tópicos, ilusiones, clichés...; algo que va contra la corriente predominante en este siglo de intolerancia al dolor mental y a la frustración y en el que proliferan los métodos químicos-industriales para aturdirse, verdaderos cortocircuitos de satisfacción impersonal de las necesidades humanas.

Los verdaderos argumentos con los que se estructuran en la actualidad las resistencias al psicoanálisis, tanto individuales como colectivos, no tienen que buscarse ya en la problemática sexual como en la primera época, cuando se enfrentaba a la mojigata moral victoriana; la existencia de la sexualidad infantil y del complejo de Edipo no solo se aceptan, al menos intelectualmente, sino que son ya parte de la cultura de nuestro tiempo. Los nuevos argumentos hacen referencia, sin duda, a la búsqueda del conocimiento y de la verdad sobre nosotros mismos que propone el psicoanálisis, inherente al psicoanálisis, ya que esta búsqueda es un proceso doloroso. En efecto, todos dicen buscar la verdad, pero en realidad no se busca, sino que se posee ya, y para defender esa verdad no encontrada, sino poseída, no hay mejor arma que la mentira. Por eso Jean-François Revel puede afirmar al comienzo de su ensayo sobre «El conocimiento inútil» que la primera de las fuerzas que dirigen el mundo es la mentira.

Freud encontró en el mito de Edipo una mina para esclarecer las particularidades del desarrollo sexual humano: matar al padre, acostarse con la madre, temor a la castración...

Pero hay otras lecturas del mito. Recuerden: Edipo ruega y exige al adivino Tiresias, que está ciego, que le cuente lo ocurrido. Tiresias se opone a ello, pero ante la insistencia de Edipo cede al fin y le cuenta, pues, a Edipo que fue él quien mató a Layo, su padre, y que no solo ha matado a su padre, sino que además se ha casado con su madre, la reina Yocasta. Edipo, desesperado, se saca los ojos y se echa a vagar por el mundo, sin destino ni objetivo fijo, ciego por fuera, pero sin poder eludir su verdad de dentro. Un interesante discípulo de Freud, Víctor Tausk, señaló que la lucha por el derecho a poseer conocimientos sin que los padres lo sepan es uno de los más poderosos factores de la formación del yo. Por su parte, Bion propone aproximarse al mito de Edipo desde esta

perspectiva, buscando elementos relacionados con el conocimiento de sí mismo por introspección, el llamado por él vínculo K. El vínculo K, o vínculo del conocimiento, es aquel que existe entre un sujeto que busca conocer un objeto y un objeto que se presta a ser conocido. Representa también un individuo que busca por introspección conocer la verdad acerca de sí mismo. En ciertas patologías y en una parte de la personalidad de los que nos consideramos sanos puede aparecer más o menos ocasionalmente el vínculo –K (menos K), que tiende a desconocer, en lugar de conocer, o atacar destructivamente el conocimiento.

Enfocado desde este punto de vista, encontramos en el mito de Edipo los siguientes elementos: la curiosidad del hombre, representada por el enigma de la Esfinge; el desafío consistente en la manera obstinada y arrogante con que Edipo lleva a cabo su investigación, a pesar de las advertencias de Tiresias. El castigo relacionado con la búsqueda del saber es la ceguera y el destierro.

La configuración subyacente de esta lectura del mito edípico en relación con el «saber» encuentra su expresión en el individuo en cada etapa del crecimiento y adquisición de conocimientos. La curiosidad, estimulada, busca el conocimiento; la intolerancia al surgimiento del dolor y el temor a lo desconocido estimulan acciones tendentes a evadir, anular o contrarrestar la búsqueda del saber y la curiosidad. El mito de Edipo, en este sentido, nos da una versión narrativa del problema en la que los diferentes personajes, en su interrelación, desarrollan el drama del hombre y del grupo en su búsqueda del propio conocimiento.

En esencia, la naturaleza del psicoanálisis puede entenderse como la exploración psicológica del enigma de la mente humana en su funcionamiento normal y patológico. Su mito paradigmático, como acabamos de ver, es un relato metafórico de nuestro ciclo vital, al tiempo que Edipo mismo —como el psicoanálisis— indica su lucha por saber, por descubrir los enigmas de las pasiones humanas más profundas y, por ende, más oscuras. El objeto del psicoanálisis, su intento de ofrecer una explicación psicológica de los enigmas de nuestra existencia, encontró formidables resistencias desde su nacimiento, como hemos visto a lo largo de esta exposición.

Al hablar de los objetivos del psicoanálisis es perfectamente aplicable el principio socrático: «conócete a ti mismo». En efecto, la función primordial del analista es la de intentar intuir y comprender las comunicaciones del analizado a través de sus mensajes verbales y no verbales e interpretarlos para que él mismo pueda llegar a dicha comprensión y a utilizarla para conocer algo más acerca de sí mismo. Este conocimiento produce angustia y dolor mental. Angustia por el cambio, que puede ser vivido a veces como un cambio catastrófico; angustia por los inevitables duelos ante las inevitables pérdidas (de ilusiones, por ejemplo) y angustia por el acercamiento a la verdad sobre uno mismo a través de la adquisición de un tipo de pensamiento más real. Precisamente al hablar de los objetivos del psicoanálisis, Freud dice que no debemos olvidar que la relación analítica está basada en un amor a la verdad, esto es, en un reconocimiento de la realidad, y que esto excluye cualquier tipo de impostura o engaño. Y en la última de su *Nuevas conferencias* añade:

> El afán de la ciencia es lograr la concordancia con la realidad, o sea con lo que subsiste fuera e independientemente de nosotros, y que, tal como la experiencia nos lo ha enseñado, es decisivo para la realización o la frustración de nuestros deseos. Llamamos «verdad» a esta concordancia con el mundo exterior objetivo.

De modo que la búsqueda de la verdad de uno mismo que postula el psicoanálisis no es una cosmovisión abstracta, sino la de la ciencia. No es una verdad absoluta y enorme, y como científicos tenemos que acostumbrarnos a vivir en la duda y con las distintas verdades pragmáticas, tanto históricas como estructurales, que conforman nuestra existencia y la de nuestros pacientes.

Bion, por su parte, señaló que «la búsqueda de la verdad es tan esencial para el crecimiento mental, como lo es el alimento para el crecimiento biológico. Sin la verdad, la mente no se desarrolla: muere de inanición». Si bien la verdad no puede ser aprehendida en estado puro por la psique humana, sino rodeada de un halo más o menos denso de mentira, y según que este halo de mentira se origine y organice preferentemente en los sistemas perceptivos o a nivel de la conceptualización, nos encontraremos ante patologías diferentes. En este sentido, los procesos de secundarización no garantizan el acercamiento a la verdad porque pueden oscurecer, escindir o falsear los elementos de verdad contenidos en el proceso primario. Para Grinberg, el analista debería implicarse en conseguir las mejores condiciones psicológicas posibles para poder ayudar a sus pacientes en la búsqueda de la verdad. «Al identificarse con Freud —escribe—, el analista no solo procurará ayudar a su paciente en la búsqueda de su propia verdad, sino que también tenderá a aplicar ese objetivo a sí mismo».

De esta búsqueda de la verdad y de este descubrimiento de la verdad surgen la angustia y el dolor que están en la base de la resistencia individual y colectiva al psicoanálisis. Como escribía Shakespeare en el rey Lear, «la verdad es una perra a la que se manda a la perrera. Es necesario que se le persiga a golpes de látigo».

Quiero terminar con las palabras finales que en «la voz de Freud»[3] hemos escuchado al inicio de este acto.

«La gente no creía en mis descubrimientos. Luché— y la resistencia fue tremenda, pero al final tuve éxito— y se ha constituido una Asociación Internacional de Psicoanálisis. Pero la lucha no ha terminado».

En cualquier caso, el psicoanálisis sigue existiendo cincuenta años después de la muerte de su genial fundador.

Bibliografía

Darwin, Ch., *El origen de las especies por medio de la selección natural,* Madrid, Biblioteca Perojo, 1877.

Freud, S., *Estudios sobre la histeria, O.C.,* tomo I, Madrid, Biblioteca Nueva, 1974.

— *Las resistencias contra el Psicoanálisis, O.C.,* tomo VII, Madrid, Biblioteca Nueva, 1974.

— *El malestar en la cultura, O.C.,* tomo VIII, Madrid, Biblioteca Nueva, 1974.

Friedell, E., *A cultural history of the modern age,* Piscataway New Jersey, Transaction Publishers, 2008.

Seistz, W., «Freud y sus adversarios», en *Psicoanálisis Viviente (Dtor. F. Riemann),* Buenos Aires, Fabril, 1961.

Szasz, Th., *La ética del psicoanálisis,* Madrid, Gredos, 1971.

Zweig, S., *Momentos estelares de la humanidad,* Barcelona, El Acantilado, 2002.

2 *Revista de Psicoanálisis de la APM,* extra mayo-noviembre de 1989.

3 La grabación se llevó a cabo en Inglaterra a finales de 1938. Aunque Freud vivió hasta septiembre de 1939 y continuó viendo pacientes hasta julio, esta fue la última vez que fue grabada su voz.

PSICOANÁLISIS Y CULTURA

La *folie à deux* de don Quijote y Sancho[4]

> Debemos, pues imaginarnos a don Quijote y su escudero como dos siluetas que van caminando por la planicie sobre un fondo del dilatado crepúsculo manchego y cuyas sombras, una de ellas flaca y alargada y la otra gorda y redondeada, llegan hasta nosotros fundidas en forma de molino de viento. La sombra del molino sería así la representación plástica de la simbiosis de don Quijote y Sancho.
>
> Luis Fernando Crespo

Introducción

Hace varios años escribía en colaboración con G. Onrubia (1983a, 1983b) sobre el delirio compartido en un matrimonio franco-español. Mantengo el seguimiento de Sabine y Francisco, la pareja que nos sirvió entonces para ilustrar nuestras ideas sobre la *folie à deux* y que en gran parte las alumbró. Quizá más adelante transcriba nuevas reflexiones en torno a la sorprendente evolución clínica de Sabine y Francisco; pero ahora quisiera hacerlo sobre la andadura de una pareja universal: don Quijote y Sancho. Desde hace varios años venía pensando en ellos, como exponente literario de la *folie à deux*, pero la idea no acababa de plasmarse en reflexión articulada. La «actualizada», estimulante y obligada lectura de *Don Quijote de la Mancha* (1983) para vertebrar y ejemplificar el desarrollo del capítulo precedente sobre «psicosis y locura» de la «Introducción a las ideas de Racamier» me decidió finalmente a escribir este trabajo.

«Folie à deux»

Quisiera rendir homenaje con este trabajo a dos clínicos franceses: los doctores Lassègue y Falret (1885) que hace ahora cien años describieron magistralmente la *folie à deux* y, sobre todo, trataron de comprenderla.

Lassègue y Falret tras su detalla descripción de la *folie à deux* escriben:

> 1. En condiciones normales, el contagio de la locura no tiene lugar de un alienado a un individuo sano de espíritu, de la misma manera que el contagio de ideas delirantes es muy raro de un alienado a otro alienado.
>
> 2. El contagio de la locura no es posible más que en las condiciones excepcionales que acabamos de estudiar con el nombre de *folie à deux.*
>
> 3. Tales condiciones pueden resumirse de la siguiente manera:
>
> *a)* En la locura a dos, uno de los individuos es el elemento activo; más inteligente que el otro, crea el delirio y progresivamente lo impone al segundo, quien constituye el elemento pasivo. Este se resiste primero, más luego experimenta poco a poco la presión del elemento activo.
>
> *b)* El sujeto pasivo a su vez actúa sobre él, en cierta medida, para rectificar, enmendar y coordinar el delirio haciéndolo más presentable por así decirlo. El delirio así pulido se torna común entonces a ambos y es el que repiten a todo el mundo en los mismos términos y de una manera casi idéntica.
>
> *c)* Para que este trabajo intelectual pueda suceder paralelamente en dos mentes diferentes hace falta que estos dos individuos vivan, durante un tiempo dilatado, una vida totalmente en común, en el mismo medio, compartiendo el mismo modo de existencia, los mismos sentimientos, los mismos intereses, los mismos terrores y las mismas esperanzas, aislados de toda influencia exterior.
>
> *d)* La tercera condición para que sea posible el contagio del delirio es que este delirio presente un

aspecto de verosimilitud, que se mantenga en los límites de lo posible; que descanse sobre hechos acaecidos en el pasado o sobre temores y esperanzas concebidos para el porvenir. Esta condición de verosimilitud es imprescindible para que lo torne comunicable de un individuo a otro y permite que la convicción de uno se asiente en el espíritu de otro.

4. La locura a dos siempre se produce en las condiciones antes citadas. Todas las observaciones presentan unas características análogas, casi idénticas, en el hombre y en la mujer, tanto en el niño como en el adulto y en el anciano.

5. Este tipo de locuras es más frecuente en la mujer, pero también se observa en el hombre.

6. Podría intervenir en su producción la herencia como factor predisponente cuando se trata de dos personas pertenecientes a una misma familia, como la madre y la hija, las dos hermanas, el hermano y la hermana, la tía y la sobrina, etc. Sin embargo, no se puede invocar tal causa en los casos en que no existe entre los enfermos ningún lazo de parentesco, como por ejemplo cuando la enfermedad tiene lugar entre marido y mujer.

7. La principal indicación terapéutica consiste en separar a los dos miembros de la pareja de enfermos. Sucede entonces que uno de los dos puede curarse, sobre todo el pasivo, cuando se encuentra privado del punto de apoyo del que le ha comunicado el delirio.

8. En la mayoría de los casos el enfermo secundario está menos gravemente afectado que el primero. A veces puede también considerarse que tan solo ha sufrido una simple presión moral temporal y que no es un alienado, en el significado social del término. No necesita entonces internamiento, mientras que el otro miembro es ingresado en una institución.

9. En algunos raros casos, la presión moral ejercida por el alienado sobre otro individuo más débil que él puede extenderse a una tercera persona e incluso, en menor medida, a todo un grupo de su entorno. Pero entonces basta casi siempre con sustraer al alienado activo del medio al que ha influido en diverso grado, para que el entorno abandone poco a poco las falsas ideas que habían sino inoculadas.

Resumiendo sus precedentes conclusiones, Lassègue y Falret postularon tres condiciones esenciales para el desarrollo de la *folie à deux:*

1. Un individuo que domina a otro. El miembro dominante induce paulatinamente su delirio al compañero en un principio sano y que es más pasivo.
2. Ambos individuos han convivido estrechamente durante mucho tiempo y se han aislado de influencias exteriores.
3. Las ideas delirantes compartidas se mantienen generalmente dentro de los límites de posibilidad y pueden basarse en las esperanzas comunes de ambos participantes o en acontecimientos que les hayan acaecido.

De estas condiciones básicas de la *folie à deux* se derivan e incluso se superponen los tres criterios indispensables para el diagnóstico del síndrome señalados por Dewhurst y Tood en 1956:

1. Debe existir un alto grado de semejanza en el contenido de las ideas delirantes de ambos pacientes.
2. Debe existir una evidencia positiva de que las personas involucradas han estado íntimamente relacionadas.
3. Debe existir una evidencia inequívoca de que los participantes comparten, aceptan, apoyan y soportan cada uno el delirio del otro.

Don Quijote y Sancho

Mucho se ha escrito sobre la novela de Cervantes: Miguel de Unamuno, Ortega, Américo Castro, Giovanni Papini, Salvador de Madariaga, Pedro Laín, Luis Rosales y un largo etcétera, han descrito certera y luminosamente en profundos y enjundiosos ensayos aspectos psicológicos de don Quijote y Sancho.

Algunos ensayistas han sostenido que el Quijote es la mejor novela de todos los tiempos. En esta línea, hace cien años el crítico francés, Sainte-Beuve, la calificó de «Biblia de la Humanidad».

También los psiquiatras, desde hace más de doscientos años vienen ocupándose asiduamente de la novela cervantina. La enfermedad mental de don Quijote, sobre todo, ha sido objeto de numerosas publicaciones de psicopatólogos, especialmente franceses y españoles, interesados fundamentalmente en el diagnóstico del hidalgo y su etiqueta nosográfica:

Boissier de Sauvages (1762), Esquirol (1838), Legran de Saulle (1859), Louveau (1876), etc. Y entre nosotros, Pi y Molist (1896), Royo Villanova (1905), Gutierrez Noriega (1950), Vallejo-Nájera (1958), etc.

Han sido también numerosos los psicoanalistas que han investigado la novela de Cervantes. Me voy a referir explícitamente aquí al trabajo de los doctores L. Grinberg y J. F. Rodríguez (1985) leído en el Panel sobre «Don Quijote, Freud y Cervantes» en el XXXIII Congreso Internacional de Psicoanálisis que consideraron esencial para Freud el diálogo de don Quijote y Sancho Panza debido a las siguientes razones:

1. Por la nítida discriminación entre realidad (Sancho Panza) y fantasía (don Quijote).
2. Porque se presenta la locura como un fenómeno complejo pero inteligible en términos de motivos humanos.
3. Por la penetrante descripción del tránsito desde la manía a la depresión en don Quijote.
4. Porque en estos momentos de su vida, Freud estaba viviendo en su propia carne el conflicto personal entre sus sueños de realizar alguna hazaña científica (como don Quijote) y las exigencias de atender a sus necesidades (Sancho Panza).

Abrumado por tantos y tan ilustres predecesores hablaré sin embargo, una vez más, del diálogo de don Quijote y Sancho. ¿Cuántos lo harán en un futuro? Un largo diálogo por lo demás. Se han reunido y conversan. Trataré de que uno y otro y ambos a la par me acompañen y me confíen algunos de sus secretos en este encuadre singular que conforman cabalgando juntos, uno sobre el rocín más flaco y extenuado y el otro a lomos del más pacífico de los jumentos. ¿Cuál es el fin y cuál el sentido de su convivencia, de sus diálogos interminables y de sus silencios? A mi entender, uno fundamental: compartir el delirio.

En efecto: el objetivo delirante que persigue don Quijote se halla compuesto por tres ingredientes: deshacer entuertos, conseguir fama y ofrecer esta a la soñada Dulcinea del Toboso. En definitiva, la justicia en el mundo, la gloria y poner altos logros a los pies de la persona amada, en aras de su honor y complacencia. Sancho, a su vez, aspira a conseguir, tan delirantemente como su señor, el gobierno de la ínsula y en su defecto pollinas y doblones. En apariencia lo que busca el caballero y lo que el escudero ansía son objetivos muy distintos. Pero solo en apariencia, porque en esencia vienen a ser el anverso y el reverso de un mismo logro. Así lo manifiesta el reiterado, casi constante empleo del «nosotros» en su conversación, sobre todo, por parte de Sancho, que con este pronombre dual se identifica proyectivamente con el hidalgo como actor de sus metas y hazañas y beneficiario, por supuesto, de las prebendas que de ello resulte: «¿Qué hemos de hacer nosotros?», pregunta Sancho. «¿Qué?». «Favorecer y ayudar a los menesterosos

y desvalidos», responde don Quijote. Y en otro texto: «mire vuestra merced, señor caballero andante, que no se olvide lo de la ínsula que me tiene prometido; que yo la sabré gobernar por grande que sea». No lo olvidemos: en la meta de las conquistas terrenales se aúnan la gloria y el botín, que es precisamente lo que encandila, mueve y une a nuestros personajes: «Tanto monta, monta tanto».

Por supuesto que las aventuras de nuestro visionario caballero van mucho más allá de una farsa tonta y vemos en ellas mucho más que las tribulaciones de dos personajes grotescos, uno flaco y otro gordo, y, por otra parte, estoy en absoluto desacuerdo con Vladimir Nabokov (1987) cuando llega tajantemente a afirmar, incapaz tal vez por su desconocimiento del castellano de apreciar los matices humorísticos en una traducción, que «el caballero, desde luego, no tiene gracia. El escudero, a pesar de toda su prodigiosa memoria para los refranes, tiene todavía menos gracias que su señor» (pág. 42).

Parece evidente que Cervantes no tuvo la intención de legarnos un protagonista bufón, sino un enfermo mental, ni quiso describir la locura en sus connotaciones populares genéricas, sino un modelo de locura. Una forma de locura en la que el paciente podía discurrir con absoluta lucidez sobre muchas cosas a condición de que no rocen el delirio, pues entonces el enfermo expresa y actúa toda clase de disparates.

No obstante el extravío de su razón, don Quijote conserva en efecto la agudeza de su ingenio, lúcido y perspicaz cuando no mira a través del engañoso prisma de sus ilusiones. Viendo los sucesos por el intermedio de estas, el ingenioso era igualmente grande, pero se extraviaba. El hidalgo seguía siendo ingenioso pero cuando su razón era perturbada por fantasmas, lo ingenioso consistía en buscar la antítesis, extraer la consecuencia contraria a la verdad. Don Quijote de la derrota infería el triunfo, de la impotencia la alta importancia de su valer y de su misión, ligada por fuerzas superiores envidiosas de su gloria: los objetos envidiosos que tantos sufrimientos le causaran; al recibir golpes, al ser objeto de burlas, al sentirse agredido y lastimado física y moralmente su ingenio convertía en bienes aquellos males, como antes había convertido los molinos en gigantes. Volteado por las aspas, todo se explicaba al discurrir que un enemigo de gran poder había convertido los gigantes en molinos, envidiosos de su fama y renombre.

Entre los fenómenos psicológicos tan magistralmente descritos por Cervantes destaca, a mi juicio, este: El hidalgo estaba dotado de lúcido entendimiento y lo mostraba en cuantas ocasiones no le perturbaban sus ilusiones. Cuando se movilizaban sus objetos internos, cuando se exacerbaban sus ilusiones, los objetos exteriores tomaban formas fantásticas, proporciones desmesuradas, colorido falso... «obrando entonces, no como era razonable, sino como veía en su acalorada imaginación, trataba de encantadores a los monjes, de doncellas a las distraídas mozas, miraba las ventas como castillos, y como altos caballeros a los comerciantes toledanos...». Sobrevenía el desengaño: quedaba el hidalgo vencido por la realidad, tendido en el duro suelo al caer de sus ilusiones aporreado y contuso, sin haber hecho el bien que soñaba... pero no lo creía tampoco. Su ingenio se aplicaba con denuedo a demostrar que no se había equivocado; que eran en

verdad follones malandrines lo que castigar quería, y que en lugar de haber sufrido una transformación engañosa antes sus ojos, otros envidiosos, enemigos de su gloria, habían hecho trueque; y la verdad era lo que él había visto.

En el Capítulo XVIII de la Parte primera, después de haber acometido el hidalgo a los rebaños, viendo que ya los pastores se habían ido, baja Sancho de la loma y le dice: «¿No le decía yo, señor don Quijote, que se volviese; que los que iba a acometer no eran ejércitos, sino manadas de carneros?».

A cuya justísima reconvención, hija del sentido común, pegada a la realidad, y que la experiencia confirma en aquel momento, apto para el *insight,* responde el caballero con la más cómica gravedad:

> Como eso puede desaparecer y contrahacer aquel ladrón del sabio mi enemigo. Sábete, Sancho, que es muy fácil cosa a los tales hacernos parecer lo que quieran, y este maligno que me persigue, envidioso de la gloria que vio que yo había de alcanzar de esta batalla, ha vuelto los escuadrones enemigos en manadas de ovejas. Si no, haz una cosa. Sancho por mi vida, porque te desengañes y veas ser verdad lo que te digo: sube en tu asno y sígueles bonitamente, y veras como, en alejándose de aquí algún poco, se vuelve en su ser primero, y, dejando de ser carneros, son hombres hechos y derechos, como yo te los pinté primero...

Podemos observar en este párrafo como las advertencias de Sancho a don Quijote para que tome en cuenta la realidad externa, recuerdan la técnica que utilizamos con ciertos psicóticos en momentos puntuales del tratamiento: una devolución sistemática de la comunicación delirante con el fin de ayudar al paciente al establecimiento de una discriminación entre fantasía y realidad. Son intervenciones que se formulan de modo que las percepciones de la realidad actual distorsionadas pueden clarificarse de manera sistemática, lo que no siempre se consigue en ese momento, Pero ahí quedan y muy lentamente, pueden ser introyectadas por el paciente.

Pero Sancho no siempre actúa así. Al fin y al cabo su papel en la pareja no es de analista. En este sentido un ejemplo de técnica saturadora, mentirosa y confusionante puede ser el siguiente fragmento en el que Sancho, para evitar complicaciones, maquina hacerle creer a don Quijote «Que una labradora, la primera que topase por aquí, es la señora Dulcinea, y cuando él no lo crea, jurare yo, y si él jurase tornaré yo a jurar, y si porfiase, porfiaré más...».

Es decir, que los ingredientes que aportan el inducido, el «confidente razonable», en la *folie à deux* pueden contener, como en el primer fragmento, una función realista y discriminativa que ayuda al crecimiento o, por el contrario, una comunicación no veraz, empobrecedora y alienante como sucede en el segundo. Pero en otras ocasiones como cuando trataban de la ínsula Barataria, el inducido, inyecta un ingrediente maniaco; o contribuye, como en el caso de los *partenaires del gaslighting* descrito por Calef y Weinshel con un componente masoquista... Estos ingredientes aportados por el *rol* activo del inducido que pueden aparecer solos, mezclados o en forma alternativa, no pasaron inadvertidos a la observación clínica de Lassègue y Falret (1885) cuando escribían: «El dato psicológico más curioso no es el que nos proporciona la influencia del alienado sobre el individuo sano de espíritu: es, al contrario, la acción que ejerce el confidente razonable sobre el alienado». Sin embargo, un dato tan importante de la etiopatogenia de la *folie à deux* no fue valorado como relevante en el desarrollo posterior de su trabajo en

el que preconizan un planteamiento lineal «inductor-inducido» de la *folie à deux,* que ha sido mantenido hasta nuestros días por los diferentes autores que se ocuparon de este síndrome.

Nuestra hipótesis etiopatogénica, por el contrario, apoyada en primer lugar en la clínica y ahora en el ejemplo literario de don Quijote y Sancho, postula un mecanismo de «feed-back»*, en el que cada participante inyecta una serie de contenidos que cobran vida en el otro, mediante un continuo y recíproco juego de identificaciones proyectivas patológicas y de contraidentificaciones.*

Otras veces Sancho hace concesiones provisionales a las ilusiones de don Quijote como en el Capítulo XXI en el curso de su prolongada y disparatada discusión con el caballero acerca de si el objeto que tienen entre manos es la bacía del barbero o el yelmo de Mambrino.

Para don Quijote, que todas las cosas que veía las acomodaba a sus desvariadas caballerías y malandantes pensamientos era con toda evidencia el yelmo de Mambrino. En un primer momento Sancho trata de desengañar a don Quijote por vía indirecta, sin contradecirle abiertamente: «Por Dios que la bacía es buena, y que vale un real de a ocho como un maravedí». Pero don Quijote porfía sin fisuras en que se trata de un yelmo de oro: «...fue, es y será el yelmo de Mambrino». Sancho contiene la risa y por temor a la cólera de don Quijote llega a una solución de compromiso: será en efecto un yelmo encantado, pero «que no se semeja sino a una bacía de barbero pintiparada».

Ya al final del Capítulo XLV Sancho había llegado a aceptar que pudiera tratarse de un «baciyelmo». Así «relativizaba» la realidad y su sentido común adelantándose en casi cuatro siglos a los modernos epistemólogos.

Pero además, en su diálogo con don Quijote, Sancho Panza facilita a Cervantes la tarea de presentar sus observaciones sobre los delirios quijotescos como fenómenos cuasicostumbristas inteligibles en términos humanos y absolutamente alejados de formulaciones psicopatológicas al uso. Sancho sufre la presión de las fantasías delirantes de don Quijote, las alienta a veces, las enmienda y las adapta, más o menos a la verosimilitud. El discurso de Sancho es tanto más plausible cuanto que representa la locura de don Quijote atenuada y depurada.

En la novena y última conclusión a que llegan Lassègue y Falret sobre la *folie à deux,* transcrita ya al principio de este trabajo, puede leerse que «en algunos raros casos, la presión moral ejercida por un alienado sobre otro individuo más débil que él puede extenderse a una tercera persona e incluso, en menor medida, a todo un grupo de su entorno».

No ocurrió así con los buenos amigos de don Quijote. Tanto el Cura como el bachiller Sansón Carrasco o Maese Nicolás, el barbero, pensaron siempre que el diálogo de don Quijote y Sancho no era sino una «máquina de disparates». Sin embargo, algunos de los miembros de la familia de Sancho participaron en cierto grado de la *folie à deux* de nuestros protagonistas, como muestra el siguiente fragmento de la inefable carta dirigida a su marido por Teresa Panza (Capítulo LII):

> Tu carta recibí Sancho mío de mi alma, y yo te prometo y juro como católica cristiana que no faltaron

> dos dedos para volverme loca de contento. Mira hermano: cuando yo llegué a oír que eras gobernador me pensé allí caer muerta de puro gozo, que ya sabes tú que dicen que así mata la alegría súbita como el dolor grande. A Sanchita, tu hija, se le fueron las aguas sin sentirlo, de puro contento... ¿Quién podía pensar que un pastor de cabras había de venir a ser gobernador de ínsulas?...

No se trata aquí, sin embargo, de una verdadera *folie à deux* (1993.ª, 1983b) ya que como confirma la historia, continuando la lectura de Lassègue y Falret «basta casi siempre con sustraer al alienado activo del medio que ha influido en diversos grados, para que el entorno abandone poco a poco las falsas ideas que le habían sido inoculadas».

La intuición, la sagacidad, el talento, la capacidad de observación y el establecer relaciones de causa a efecto revelan el genio de Cervantes dotando a don Quijote de los rasgos psicopatológicos que, tres siglos más tarde, Kraepelin (1922) había de considerar como características de la paranoia: credulidad para todo lo que se refiere a las ideas delirantes; estado de ánimo sintónico con los delirios; conservación de los sentimientos morales, aunque pospuestos al tema delirante; y finalmente, conducta relacionada con el tema delirante.

En efecto, Kraepelin en las sucesivas ediciones de su *Psychiatrie* termina por diferenciar un tipo de enfermedad en la que, fuera del delirio, no existen otros síntomas, particularmente alucinaciones y trastornos formales del pensamiento. El delirio es sistemático, es decir, coherente consigo mismo y todo sería lógico si las premisas no fueran falsas. De forma que en cuanto al diagnóstico psiquiátrico de don Quijote no hay ninguna duda. La psicopatología no encuentra aquí dificultades ya que tanto en la descripción clásica de la paranoia de la nosología kraepeliana, redescubierta por cierto en la actual DSM-III[5], como en la descripción cervantina, los pacientes deliran en la forma señalada, pero no experimentan alucinaciones, sino ilusiones.; ilusiones como cuando don Quijote toma los molinos de viento por gigantes, cuando toma los rebaños de ovejas por ejércitos; pero no oye voces ni tiene visiones.

Pienso que nunca está de más hacer un fino análisis psicopatológico, aunque tampoco la cuestión es demasiado trascendente para nuestro tema ya que con alucinaciones o sin alucinaciones, afecto de esquizofrenia paranoide o paranoico puro, don Quijote responde al modelo de «inductor» de la *folie à deux* descrito por Lassègue y Falret (1885).

Pero Cervantes no se limita a describir la enfermedad, sino que investiga sus orígenes, su psicogénesis.

> Cervantes —escriben Grinberg y Rodríguez (1985)— presenta la locura con un fenómeno complejo pero inteligible en términos de motivos humanos... Don Quijote, no solamente habla de «la razón de la sinrazón» lo cual va a ser la última finalidad de toda la obra freudiana, sino que constantemente da pruebas de que sus actos y palabras pueden ser comprendidos, si se atiende a los motivos que tiene para producirlos.

En el caso de don Quijote supone Cervantes que la lectura de los libros de caballería desencadenó el delirio, pero además está su personalidad previa: la vida y costumbres del hidalgo, las ideas que mantiene acerca de cuestiones religiosas, sociales, raciales y culturales, tan sumamente elevadas y depuradas, que solo se conciben en una estructura paranoide de la personalidad, todo lo extravagante y orgullosa que se quiera, pero que no

es una psicosis clínica hasta que, mediada a la vida, «surgen los delirios grandiosos que se explican perfectamente en la situación de un hidalgo cincuentón amenazado de morir y víctima de su propia impotencia y melancolía».

Factores todos ellos que evocan de inmediato las series complementarias descritas por Freud por vez primera, al menos con esta terminología, en su Teoría General de las Neurosis (1916), obviamente aplicables a la Psicosis.

Examinamos ahora el segundo personaje: un modesto labrador, hombre de bien si es que este título se puede dar al que es pobre, escribirá Cervantes, y de más sal en la mollera de lo que haría pensar su primera fama. Sabemos también que cuando don Quijote se resolvió a emprender su segunda salida de caballero andante decidió al tiempo tomar a Sancho por escudero. No poco hubieron de hablar entre sí para que esto sucediese. «Tanto le dijo, tanto le persuadió y prometió...», nos dice el autor de su historia. Decíale entre otras cosas, don Quijote, que se dispusiera a ir con el de buena gana, porque tal vez le podía suceder aventura en que ganase alguna ínsula y le dejase a él por gobernador de ella. Ya de camino por el campo de Montiel, Sancho es el primero en hablar, según la letra de la historia: «Mire vuestra merced, señor caballero andante, que no se olvide de la ínsula que me tiene prometida; que yo la sabré gobernar por grande que sea». El propio sueño maníaco de Sancho (su ínsula Barataria) no pasa desapercibido para Grinberg y Rodríguez (1985), aunque estos autores no lo conectan con su función de realimentación, de inyección maníaca para mantener enhiesto el delirio común, como veremos más adelante.

Desde ese punto de vista podría decirse que intercambian sus *roles*. Recuerden que al contemplar las galeras en Barcelona, a don Quijote le parecen en verdad galeras y a Sancho le parecen cosas de encantamiento. O cuando tropiezan de noche en el bosque con los pies de los bandoleros ahora Sancho piensa en las ánimas del purgatorio y don Quijote pone las cosas en su sitio y adivina que pertenecen a ajusticiados por la Santa Hermandad.

Lassègue y Falret (1885) dicen que en la *folie à deux,* uno de los individuos es el elemento activo; más inteligente que el otro, crea el delirio y progresivamente lo impone. Es más delicado —escriben los citados autores— el definir a sus asociados, pero con una búsqueda perseverante, se llega a reconocer las leyes a las cuales obedece este cómplice inconsciente de la locura comunicada.

> La primera condición es que sea de una inteligencia débil, más dispuesto a la docilidad pasiva que a la emancipación; la segunda que viva en relación constante con el inductor y la tercera que esté comprometido por el señuelo de su interés personal... Razonable a medias, razonando mucho, dispuesto a hacer a las objeciones sacrificios provisionales, apto para encontrar su punto de apoyo fuera de las concepciones delirantes que no ha creado y a las cuales se ha resistido durante un periodo de tiempo bastante largo.

Este es el papel que cumple Sancho Panza en la obra, con sus continuas advertencias a don Quijote para que tome en cuenta tanto los datos de sus sentidos como sus necesidades corporales. La personalidad y la conducta de Sancho se ajustan, evidentemente, a la descripción del asociado que hacen Lassègue y Falret (1885). Pero, a mi juicio, en la relación de don Quijote y Sancho Panza hay algo más importante y

complejo que la simple relación lineal inductor-asociado. Vista así su *folie à deux* deja de tener una causa única. Su causalidad deja de ser lineal (causa-efecto) para convertirse en un sistema bi-casual constantemente retroalimentado. En efecto, hay un interjuego y una necesidad en cada uno de ellos de que el otro exista y esté a su lado. La tiene Sancho cuando su señor le amenaza con prescindir de su servicio: «se le nubló el cielo y se le cayeron las alas del corazón», escribe Cervantes. Y más aún, cuando tras la pelea con el Caballero de la Blanca Luna ve postrado a don Quijote, le expresa vehementemente; «dejaos de eso, señor: viva la gallina aunque sea con su pepita...»; pero también la siente don Quijote —y lo sabemos nosotros— que sin la compañía de Sancho no hubiera podido ser la singular figura que fue.

Se necesitan entre sí don Quijote y Sancho porque juntos forman el «nosotros» formalmente dual pero esencialmente unívoco que día a día va entretejiendo sus vidas. Son múltiples las expresiones que lo evidencian: «Quiero... que seas una misma cosa conmigo; porque de la caballería andante se puede decir lo mesmo que del amor se dice: que todas las cosas iguala». Tan igual e identificado se siente con la persona de Sancho que concibe en su corazón el propósito de armarle caballero en la primera ocasión que se le ofrezca. Sintió esta necesidad tan pronto como vivió con Sancho la primera de sus aventuras; recuérdese el «no me dejara, ni en buena ni en mala suerte» de su encuentro con los cuadrilleros. Los textos precedentes muestran claramente como uno y otro viven la conciencia de esa unidad. Pero esta necesidad en cada uno de ellos del otro, este «nosotros» es una relación simbiótica en el sentido de Bion (1966). En efecto, puede afirmarse que la relación entre el místico-genio (don Quijote) y el pueblo (Sancho) es simbiótica. Hay en ella una confrontación benevolente que, en último término, será beneficiosa para ambos: las ideas de don Quijote son analizadas y tenidas en cuenta por Sancho. Es una relación que produce crecimiento, como podemos ver a lo largo de sus historias, aunque no es fácilmente discernible. La fuerza disruptiva del místico-genio queda limitada por el buen sentido de Sancho Panza una de cuyas funciones es librar una adecuada contención y representación de la idea loca o nueva, creativa, genial, etc., limitando en parte su poder disruptivo. Esta unión simbiótica no pasa desapercibida tampoco para el atento observador de afuera (aunque, obviamente, dentro de la obra): «Parece que los forjaron a los dos en la mesma turquesa», dice de ellos el Cura.

Debemos, pues, imaginarnos a don Quijote y su escudero como dos siluetas que van caminando por la planicie sobre un fondo del dilatado crepúsculo manchego y cuyas sombras, una de ellas flaca y alargada y la otra gorda y redondeada, llegan hasta nosotros fundidas en forma de molino de viento. La sombra del molino sería la representación plástica de la simbiosis de don Quijote y Sancho.

Se necesitan entre sí don Quijote y Sancho porque juntos forman el «nosotros» que día a día va asimilando, rectificando, apoyando y puliendo el delirio que se torna común a ambos, que les engloba por así decirlo, y en el que cada participante inyecta una serie de contenidos que cobra vida en el otro. Pero la relación dual que estamos analizando transciende al delirio y, dentro de el por supuesto pero también afuera, permite visualizar la nítida discriminación entre realidad (Sancho Panza) y fantasía (don Quijote), así como

el interjuego de ambas, señalado por L. Grinberg y J. F. Rodríguez; también los paulatinos procesos de sanchificación de don Quijote y de la quijotización de Sancho «con lo que Cervantes viene a decirnos que tanto la realidad interna como la externa no pueden ser desconsideradas en la forma que lo hacían las fantasías maniacas del mundo caballeresco, puesto que somos absolutamente dependientes de ellas» (1985).

Un hidalgo y un rústico, cincuentón aquel, y nada joven este, caballero el uno sobre el rocín más flaco y extenuado y el otro a lomos del más pacífico de los jumentos, recorren en amigable compañía el mundo desde hace más de tres siglos, engolfados en sabrosos coloquios. Ni ellos se han cansado, ni cansan jamás a los que con ellos traban conocimiento en su peregrinación. Les rodea tal encanto, tienen tanto atractivo que incluso nos encariñamos con aquellas pobres bestias que les llevan. A cada paso tropiezan y son víctimas de mil desdichas, de infinitas penalidades, hijas de su común deseo, de sus aspiraciones ilimitadas y al propio tiempo de su falta de conocimiento de la realidad de los hombres y de las cosas. Pues, si bien don Quijote y Sancho representan en la obra el interjuego de fantasía y realidad, lo cierto es que a ambos a la vez se les escapa el sentido de la REALIDAD con mayúscula, es decir, la capacidad de experimentar la realidad psíquica como tal y de diferenciarla de la realidad externa, lo que implica la experiencia simultánea y la correlación de los mundos internos y externos; don Quijote y Sancho no ven las cosas como son en sí, la malicia se les oculta, la ambición les ofusca y a cada paso, caminando por el sendero deslizante-delirante. Se dan de cabeza contra las piedras de la vida real, desbaratando una ilusión a cada golpe. Sin embargo, son incorregibles. Su entrañable humanidad sale a la superficie a pesar de todos los descalabros y nunca pierden la esperanza. Por eso siempre nos caen simpáticos.

Cuando en el Capítulo XV el caballero y el escudero se incorporan a duras penas del suelo, en el que han caído machacados por las estacas de los yangüeses, dice Sancho:

> —Señor don Quijote, ¡ah, señor don Quijote!
>
> —¿Qué quieres Sancho, hermano? —respondió don Quijote con el mismo tono afeminado y doliente que Sancho.
>
> —Querría, si fuere posible —respondió Sancho Panza—, que vuestra merced me diese dos tragos de aquella bebida del feo Blas, si es que la tiene vuestra merced ahí a mano; quizá será de provecho para los quebrantamientos de huesos, como lo es para las heridas.
>
> —Pues, a tenerla yo aquí, desgraciado yo, ¿Qué nos faltaba? —respondió don Quijote—. Más yo te juro, Sancho Panza, a fe de caballero andante, que antes que pasen dos días, si la fortuna no ordena otra cosa, la tengo que tener en mi poder, o mal se han de andar las cosas...

Y un poco más tarde, en el mismo capítulo:

> —No me dieron a mi lugar —respondió Sancho— a que mirase tanto; porque apenas puse mano a mi tizona, cuando me santiguaron los hombres con sus pinos de madera que me quitaron la vista de los ojos y la fuerza de los pies, dando conmigo adonde yago, y adonde no me da pena alguna el pensar si fue afrenta, o no, lo de los estacazos, como me la da el dolor de los golpes, que me han de quedar impresos en la memoria como en las espaldas.
>
> —Con todo eso, te hago saber, hermano Panza —replicó don Quijote—, que no hay memoria a quien el tiempo no acabe, ni dolor que muerte no le consuma.
>
> —Señor, ya que estas desgracias son de la cosecha de la caballería, diga vuestra merced si suceden muy a menudo, o si tienen sus tiempos limitados en que acaecen; porque me parece a mí que a dos cosechas quedaremos inútiles para la tercera, si Dios, por su infinita misericordia, no nos socorre.

—Sábete, amigo Sancho —respondió don Quijote—, que la vida de los caballeros andantes está sujeta a mil peligros y desventuras, ni más ni menos está en potencia propincua de ser los caballeros andantes reyes y emperadores, como lo ha mostrado la experiencia en muchos casos y diversos caballeros, de cuyas historias yo tengo entera noticia. Y pudiérate contar ahora, si el dolor me diera lugar, de algunos que solo por el valor de su brazo han subido a los altos grados que he contado. Y estos mismos se vieron antes y después en diversas calamidades y miserias...

De momento Sancho no está muy de acuerdo con don Quijote, pero después de caminar media legua (Cap. XVI) ya se ha aprendido la lección y le explica a Maritornes lo que es un caballero aventurero:

—¿Tan buena sois en el mundo que no sabéis vos? —respondió Sancho Panza—. Pues sabed, hermana mía, que caballero aventurero es una cosa que en dos palabras se ve apaleado y emperador: hoy está la más desdichada criatura del mundo y la más menesterosa, y mañana tendrá dos o tres coronas de reinos que dar a su escudero.

Locos lindos, diría un colega argentino.

La otra condición básica para el diagnóstico de la *folie à deux* es la evidencia de que las personas involucradas han estado íntimamente relacionadas:

Sabemos que el hidalgo y el labrador vecinos de un mismo lugar de La Mancha, se conocían entre sí, aunque su conocimiento no pasara de ser el superficial que se establece en la relación de vecindad. Sabemos también que ese trato se hizo más íntimo y coloquial cuando el hidalgo decidió tomar a Sancho como escudero. Y que una noche, juntos, uno sobre un jamelgo, el otro sobre su jumento, se echaron al campo de Montiel. «Sin despedirse Panza de sus hijos y mujer, ni don Quijote de su ama y sobrina, una noche se salieron del lugar sin que persona les viese». Es decir, se aíslan de toda influencia exterior para «compartir el mismo modo de existencia, los mismos intereses, los mismos terrores y las mismas esperanzas» (Lassègue y Falret). Se inicia entonces el largo diálogo que tiene por testigos prados y viñedos, bosques y montañas, senderos y caminos reales. Para Madariaga (1962a y 1962b) «el dialogo más maravilloso que jamás se ha escrito en ninguna lengua». Un diálogo que solo termina con la tranquila muerte de Alonso Quijano.

Bibliografía

Bion, W. R., «Catastrosphic Change», *Scientific Bulletin of the British Psychoanalytical Society,* núm. 5, Londres, 1996.

Cervantes Saavedra, M. de, *El ingenioso hidalgo Don Quijote de la Mancha,* F. Seix Editor, Barcelona, MCMV.

Crespo, L. F. y Onrubia, G., «La folie à deux. Revisión histórica y conceptos actuales», *Rhône-Poulenc Farma,* Madrid, S.A.E., 1983.

— «Delirios paranoides compartidos», *Revista de Psicoterapia y Psicosomática,* núm. 6, Madrid, 1983, págs. 13-37.

Dewhurst, K. y Todd, J., «The psychosis of association-folie à deux», *Ann. Med. Psychol.,* París, 1956.

Grinberg, L. y Rodriguez, J. F., «La influencia de Cervantes sobre el futuro creador del psicoanálisis», *Revista de Psicoanálisis de Madrid,* octubre de 1982.

Kraepelin, E., *Pyschiatrie,* Lepizig, Barth, 8.ª ed., 1922.

DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatrie Association), Barcelona, Masson, 1983.

Lassegue, Ch. y Falret, J., «La folie à deux ou folie communiquée», *Ann. Med. Psychol.,* París, 1985.

Madariaga S. de, «Comentarios», *El ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha,* Buenos Aires, Sudamericacana, 1967.

Nabokov, V., *El Quijote,* Barcelona, Ediciones B., 1987.

Swanson, D., Bohnert, Ph. y Smith, J., *El mundo paranoide,* Barcelona, Labor, 1974.

4 Publicado en *«Contribuciones al pensamiento psicoanalítico»* (en conmemoración de los 25 primeros números de la Revista de la APM), Madrid, Biblioteca Nueva, 1997.

5 En efecto, los autores americanos han afirmado que con el DSM-III asistimos a un resurgimiento de la nosología kraepeliana. Pero Kraepelin, cuyo famoso *Tratado* fue publicado de 1883 a 1909 en ocho ediciones, pensaba que las enfermedades mentales pertenecían a categorías distintas y tal como ocurre en medicina general, tenían una etiología, una sintomatología y una evolución específica. En este sentido el DSM-III retrocede al periodo de Esquirol donde las clases no se referían a enfermedades sino a síndromes. En su *Traité,* que data de 1838, Esquirol se interesaba en hacer descripciones clínicas de clases sindrómicas, mientras que para Kraepelin las clases debían corresponder a enfermedades.

La obra plástica de un esquizofrénico[6]

El Arte es uno de los temas de psicoanálisis que siempre atrajo el interés de los psicoanalistas desde Freud. Y dentro de este contexto de un aspecto singular y controvertido: el arte psicopatológico, la creación de los pacientes psicóticos, el arte del insano que dirían Platón y E. Kris.

Psicoanalistas y psiquiatras de orientación psicoanalítica como Bertschinger, Baudoin, Lewis, Mohr, etc., han mostrado el papel de los *símbolos* en el arte del psicótico. Kris, además de legarnos su ya clásico concepto de que en el proceso creativo hay una *regresión* al servicio del Yo, intentó esclarecer la significación que la creación artística puede adquirir durante un proceso psicótico señalando además algunas de las características formales de las producciones psicóticas.

La creación artística brota de una casualidad subjetiva y colma una necesidad oscuramente sentida por el artista, y que supone el advenimiento de algo nuevo, el hallazgo de nuevos símbolos, que dan significación a nuevas áreas de sensibilidad.

La creación es algo que se le impone al artista desde dentro. Y al decir que es desde dentro quiero decir dos cosas: que el artista experimenta una exigencia de creación, que obviamente tiene que ver con los mecanismos de sublimación, reparación y simbolización, y con la inspiración; y que mientras crea no vive en el mundo exterior, en nuestro mundo, sino en el mundo del proceso primario, de la alucinación primitiva. Está ensimismado en un estado de concentración creadora, con toda una gama de transiciones, como veremos más adelante. Hace una regresión al servicio del Yo para tomar contacto con el proceso secundario como manifiesta la propia obra. Durante estos procesos aparece generalmente un estado que oscila entre la angustia y el goce.

Se ha señalado el vacío como causa del acto creador. En efecto, el vacío en cuanto antítesis de la saturación es condición esencial del movimiento y de la vida: el estallido de la vida es la creación; en este sentido Tapies ha definido el acto creador como el «descubrimiento del vacío». Pero también existe un vacío —hueco, diríamos mejor— sumamente destructivo, como el de los obuses o el de algunos psicóticos.

Decíamos que el arte nos hace sentir el mundo por dentro. Ese dentro se insinúa exteriormente gracias a la expresión.

Expresar es poner de manifiesto lo que está oculto y ponerlo de manifiesto en un soporte material que lo haga público y visible. Expresar es proyectar. E. Kris nos explica cómo, en el siglo XVI y por primera vez en la Historia, una obra de arte se consideró como la proyección de una imagen interior: pues en un catálogo de la época se hallaba escrito que un bloque sin terminar de Miguel Ángel era mejor que el acabado, debido a que se acercaba, más al estado de concepción original. A partir de entonces, dice Kris, la prueba del valor de la obra del arte ya no consiste en el acercamiento a la realidad, sino a la vida psíquica del artista. Marion Milner dice haberse sentido obsesionada por una frase del filósofo francés Maritain en la que este desarrolla la tesis de que comparado con el arte oriental, el arte occidental se ha apoyado progresivamente sobre la personalidad

del artista. En su última fase, según afirma, se ha sumergido profundamente en el mundo incomunicable de la subjetividad creadora. Sin embargo, a mi juicio, ciertos artistas hiperrealistas con una técnica muy depurada, son también, paradójicamente, capaces de expresar en su obra tal subjetividad creadora. Cultivan, en efecto, un realismo tan lleno de sensibilidad y sugerencias que, más allá de su virtuosismo técnico, da a sus pinturas, dibujos y esculturas un tono poético y, a la vez, inquietante. Los auténticos artistas realistas consiguen que aquello que es cotidiano cobre ante nuestros sentidos una nueva dimensión.

La sublimación es un concepto básico para entender la creatividad en el arte, de tal manera que, algunos psicoanalistas, tomando la parte por el todo, lo equiparan al de creación. La sublimación da cuenta de un destino de las pulsiones sexuales que es diferente a la represión por un lado, y del desbordamiento y exteriorización descontrolados, por el otro.

Freud describió como actividades sublimatorias principalmente la actividad artística y la investigación intelectual y las consideraba como minoritarias y solo accesibles para pocos seres humanos. Pienso, sin embargo, que si bien la sublimación no es de aplicación universal, como mecanismo del Yo no se refiere exclusivamente a las actividades creadoras de tipo genial o excepcional, sino que se halla igualmente presente en mayor o menor media en actividades comunes como ciertos trabajos, deportes, etc. Y por supuesto las artísticas, aunque no se trate de obras excelsas, como tantos libros escritos en el desvelo que nadie ha leído; tantos cuadros, minuciosos hasta la ceguera, que no compró ningún coleccionista ni solicitó museo alguno... Incluso creo que podemos legítimamente hablar de sublimación cuando nos sentimos concernidos o conmovidos por la obra del otro: el hombre que no puede escribir lee, pero lee lo que le apasiona, lo que de alguna manera siente como propio. Y lo mismo ocurre con la contemplación en la pintura o la escucha en la música.

Freud describió la sublimación a partir de sus investigaciones sobre artistas creadores, al igual que la proyección a partir de los paranoicos. Pero la sublimación como la proyección no acaba en los genios y en los locos.

La pregunta sería ahora: ¿Son los pacientes psicóticos capaces de sublimar? Sublimar es construir, psicotizarse es destruirse. El hecho de que muchas veces veamos unidas creatividad y psicosis no se debe, a mi juicio, a que en la psicosis que, según Freud es destrucción del mundo objetal, haya sublimación, sino que funcionan aspectos conservados del aparato psíquico al lado de los destruidos y con estos aspectos conservados es con los que se sublima.

Con la creación artística se vincula una cuestión que tiene tres vertientes: una es la que desde la antigüedad se conoce como inspiración y los otros dos son la técnica y el trabajo de ejecución o realización.

Inspiración y técnica van de la mano. Con esto quiero decir que por grande que sea la inspiración del artista, siempre hay una pluralidad de técnicas detrás, y esas técnicas no son sino reglas que indican la manera de proceder en cada caso al artista. La técnica no puede ser sino el itinerario que le indica al artista o que este descubre por sí mismo, para

no perderse en el vacío. La glorificación de las técnicas con menoscabo del mundo interior mediocrizan inmediatamente la obra de arte; pero no debemos olvidar que, a veces, una técnica depurada al servicio de un realismo sensible y sugerente transforma lo cotidiano en algo que nos conmociona.

Pero además ese artista debe trabajar para llevar su inspiración a la forma que más perfectamente exprese su mundo interior.

El tercer factor, el más importante, es la inspiración del artista. Se suponía en la antigüedad que eran Dioses o la Musa quienes les inspiraban. El problema se plantea actualmente en términos distintos, pero desde aquí, todo cuanto podemos hacer se reduce a comprobar y describir ciertos mecanismos intrapsíquicos, y formas y temporalidad en que se manifiesta la potencialidad creativa o capacidad innata del artista, sus *dotes particulares* como decía Freud. Por eso, de acuerdo con él, nuestra reflexión no puede facilitarnos sino una idea insuficiente de la esencia de la función artística, de la inspiración. *Sobre algunos de los problemas relativos al arte y al artista, el abordaje psicoanalítico proporciona una información satisfactoria: otros se le escapan por completo («El interés por el psicoanálisis», 1913).*

En el último párrafo de su trabajo sobre Leonardo da Vinci (1910), Freud escribe:

> «La participación de nuestro determinismo vital entre las «necesidades» de nuestra constitución y las «contingencias» de nuestra infancia puede que resulte incierta en sus detalles; pero en el conjunto no cabe ninguna duda sobre la importancia justamente de nuestra primera infancia. Todos nosotros mostramos aún muy poco respeto hacia esa naturaleza que, según las oscuras palabras de Leonardo (que nos traen a la memoria el dicho de Hamlet), «está llena de infinitas causas *(ragioni)* que nunca estuvieron en la experiencia. Cada uno de nosotros, criaturas humanas, corresponde a uno de los incontables experimentos en que esas *ragioni* de la naturaleza penetran en la experiencia».

A mi juicio, entre las *necesidades* de nuestra constitución se sitúa la esencia de la función artística, la inspiración. Y la capacidad funcional para su puesta en marcha y su desarrollo se halla íntimamente ligada a los procesos de sublimación, que se sitúan, como ya hemos visto, entre las *contingencias* de nuestra infancia.

¿Pero cómo se presenta la inspiración en el tiempo? ¿Es un estado permanente, un estado que acompaña a través de la vida como su sombra, o no es más que una situación esporádica, que surge y desaparece fugazmente? A estas preguntas solo puedo responderlas que no existe una medida común y que cada artista tiene su propio tiempo de inspiración, como podemos ver en los siguientes ejemplos:

Mozart según nos informan sus contemporáneos nunca careció de inspiración. No le hacía falta buscar la melodía, la melodía venia de él: no tenía necesidad de pensar y de construir, los pasajes se unían unos a otros casi automáticamente. Con Schubert ocurría otro tanto. Así creaba también Juan Sebastián Bach. La inspiración se produce día a día, dicta, y el artista, en cierto modo, no es más que el instrumento. Pero no siempre se da esta fórmula tan sencilla y seductora. Cada sinfonía de Beethoven, por ejemplo exigía tomos completos de trabajos preliminares, que a veces abarcaban años enteros. En él, el proceso de composición era mucho más lento, mucho más dificultoso se diría. Otro tanto le ocurría, al parecer, al compositor contemporáneo Cole Porter.

Frente a la permanente, sostenida inspiración hay artistas que son absolutamente

incapaces de producir durante periodos de tiempo más o menos largos. Ricardo Wagner sufría semejantes épocas de vacío absoluto: en la mitad de su vida, cuando ya había producido el «Tannhäuser» y el «Lohengrin» se sintió de repente incapaz de escribir un solo compás de música. Tuvo que esperar cinco años —estaba ya desesperado— cuando de pronto reapareció la inspiración. Rossini compuso «El Barbero de Sevilla» en 15 días y, sin embargo, para «Guillermo Tell» necesito nueve meses. Rossini, tras la muerte de su madre, pasó un periodo de más de veinte años sin componer una sola opera ni obra importante alguna. Rallo nos cuenta que Rossini padecía de trastorno bipolar y a la muerte de su madre con la que tenía una relación ambivalente de amor-odio hizo un duelo patológico pasando de su habitual estado hipertímico a una melancolía.

El autor de la «Marsellesa» Rouget de Lisle era un oficial del ejército que prestaba servicio en Estrasburgo. El alcalde de esta ciudad que conocía sus aficiones musicales y poéticas le propuso, la tarde en que Francia había declarado la guerra a los reyes europeos en nombre de la libertad, que compusiera una marcha-canción para las tropas que debían dirigirse al frente. A la mañana siguiente llevó a su amigo, el alcalde, la canción creada, que sigue siendo el himno de Francia. El oficial francés había creado en virtud de una inspiración única, una de las poesías y una de las melodías más perdurables. Pero a partir de aquel momento nunca más logró un poema ni una melodía valiosa. Fue un caso de inspiración única que, además, nos alerta sobre la influencia del entorno social, de la presión ambiental en la creatividad, lo que plantea nuevos e interesantes problemas teóricos y técnicos que no voy a discutir en este momento.

Tampoco en la literatura existe una medida común y cada autor tiene su propio «tiempo». Para dar un solo ejemplo, muy conocido por todos, en cuanto al drama. Lope de Vega, autor de mil ochocientas comedias y de varios miles de sonetos, era capaz de escribir un drama en tres días, un acto por día surgido casi al correr de la pluma. Goethe, sin embargo, empezó su drama *Fausto* cuando tenía dieciocho años y estampó los últimos versos a la edad de ochenta y dos. Ya ven ustedes: tres días en un caso y más de veinte mil días en el otro. Y Flaubert tardo seis años en escribir las cuatrocientas páginas de *Madame Bovary*.

Otro tanto ocurre en la pintura. En los últimos años de su vida Van Gogh pintaba tres y a veces hasta cuatro cuadros por día. Leonardo, en cambio dedicaba a un solo cuadro, dos o tres años, un par de horas por día, y algunos días ninguna, porque quería reflexionar primero cada detalle, cada matiz. Como nos recuerda Freud, en ocasiones se pasaba horas y horas sumido en hondas meditaciones delante de su obra, y en el retrato de la Mona Lisa, por ejemplo, trabajó durante cuatro años, sin llegar a darlo por terminado. Holbein y Durero utilizaban el compás antes de plasmar el primer trazo de color y necesitaban meses enteros para concluir un cuadro mientras Goya pintó en cuatro meses los 100 metros cuadrados de la cúpula del Santuario del Pilar. O Picasso, que pintó su gran cuadro «El Guernica» —también por su tamaño— en poco más de un mes.

Podemos afirmar que la capacidad creativa existiría potencialmente en todos los seres humanos como nos muestran cotidianamente nuestras visiones oníricas, nuestros ensueños, estados de arrobamiento, etc. Los sueños, sin duda, expresan con el único

lenguaje que se pueden expresar, cierto objeto poético, y lo expresan con un lenguaje de imágenes, de símbolos y hasta de alegorías, que no se deja verter fácilmente al lenguaje conceptual. Como escribió Bertrand Russell en su hermoso testamento: «Existe un artista prisionero en cada uno de nosotros. Liberémosle...».

El denominador común de la mente creativa normal y la mente creativa del genio es que ambas pueden aceptar la ausencia del objeto, por consiguiente, hacer las correspondientes abstracciones y representaciones. Ambas tienen también capacidad para elaborar el duelo por la pérdida de objeto y discriminan adecuadamente entre el *Self* y el objeto, el símbolo y lo simbolizado, la fantasía y la realidad. Sus pensamientos y palabras constituyen representaciones de los objetos que no son considerados como cosas en sí mismas. Ambas son capaces de aprender a ser creativas.

Pero es que además, los poseedores de una mente genial son capaces de soportar la *inspiración* desorganizándose hasta el límite para entregarse a los objetos poéticos del inconsciente y sumergirse en el mundo mágico de los mecanismos del proceso primario para ulteriormente reconectarse con la realidad y describírselo a otras personas sobre las cuales desea influir. Obviamente la mente normal no posee esa plasticidad. O para decirlo de otra manera, los poseedores de una mente genial son capaces de ofrecer a los demás una proyección no saturada que estimula sus propias proyecciones. Recuerdo cuando leí por primera vez *La metamorfosis*. Fue una conmoción tremenda. Kafka es capaz de expresar en la forma más natural su mundo interno amasado de angustia, de impotencia y de aniquilamiento. Tiene la facilidad de secundarizar su inconsciente desordenado y caótico, y de transmitirlo.

Pero la formidable capacidad yoica del genio no siempre protege todas las áreas de la psique del sufrimiento neurótico y/o psicótico. E. Valdivieso considera, por ejemplo, que si Dalí no hizo una psicosis clínica franca fue por poseer un Yo autónomo prodigiosamente dotado para la sublimación artística que frenó su eclosión. Goya, el genial pintor aragonés, era un ser taciturno, adusto, esquizoide, rasgos que se acentuaron a raíz de un proceso patológico que sufrió en 1792 lo que, paradójicamente, mejoró su obra. Goya es hoy considerado, sobre todo a partir de la ruptura que significó en el mundo occidental la serie de las pinturas negras, que dio paso a una estética plagada de fantasmas. Este enfoque halla su plena expresión en el libro de Adrián Stokes sobre Miguel Ángel. Manifiesta en él que Miguel Ángel sufría de una intensa depresión ansiosa y el argumento central del libro gira en torno de la propia frase de Miguel Ángel: «Vivo presa de la ansiedad y de la muerte». Stokes sostiene que un artista de este tipo puede hacer esto debido a que es capaz de transformar la ansiedad y la muerte en las formas sublimes de su arte. Vemos aquí que la sublimación se aproxima al polo de la reparación propuesto por Klein. El libro intenta demostrar, expresa Herbert Read, en una reseña que hizo a propósito del mismo, que la verdadera grandeza del arte de Miguel Ángel reside en un esfuerzo sobrehumano por corregir esta mente atormentada.

Por supuesto no todos los grandes artistas sufren de tales psiques atormentadas o excéntricas y resulta poco convincente generalizar acerca de la naturaleza del arte a partir de algunos casos extremos.

Pero esto nos conduce a una cuestión importante ya que algunos autores establecen una relación entre el genio y la locura, la capacidad creadora del artista genial y la psicosis. Por ejemplo, Roland Fischer señaló haber encontrado estructuras ornamentales geométricas análogas en los estadios clínicos psicóticos y en los estados creativos. Fischer sitúa estos estados a lo largo de un *«continuum* percepción-alucinación». Platón ya decía por boca de Sócrates que los dioses arrebataban la razón del artista creador, aunque ya veremos que esta afirmación de Platón es una metáfora continuada.

¿Qué tiene en común y en qué se diferencian genialidad y psicosis? ¿Por qué hay «retracciones» de la libido que desembocan en la creatividad y por qué otras revierten en la locura?

Sabemos que ambos están desorganizados, más o menos temporalmente, y sumergidos en el mundo caótico y» poético» del proceso primario. La primera función organizativa o reorganizativa, si se quiere, del Yo ante la ausencia del objeto, sería la satisfacción alucinatoria del deseo. Según la naturaleza y la permanencia en la relación de dicho proceso alucinatorio con la realidad, y el funcionamiento y la calidad específicos de las funciones yoicas se configurará el desarrollo de una mente psicótica o creativa. Ya hemos señalado que la imaginación creativa utiliza como la mente del psicótico elementos del proceso primario pero en vez de permanecer inmutable y unívoco como en este, mantiene a la vez las características del proceso secundario referidas a la posibilidad de abstracción, diferenciación y transmisión a fin de compartir ampliamente con las mentes de los demás. Como dice Bion en Volviendo a pensar, «...ciertos libros, como algunas obras de arte, suscitan emociones poderosas y estimulan el crecimiento, quiéraselo o no».

O para decirlo de otra manera: el Yo genial universaliza al Ello. En el psicótico el Ello coloniza al Yo. Y a propósito de instancias de la personalidad: creo que difícilmente se encontrará un Superyó, prohibitorio de la transgresión, que haya mejorado una creatividad haciéndola más plena e intensa. Por el contrario, el Superyó alcanza sus más lúgubres y sórdidas consecuencias cuando consigue impregnar una sensibilidad hasta transformarla en una herramienta maniquea.

Genio y psicótico tienen fantasías de tipo alucinatorio, pero la imaginación creativa permite al artista genial ir más allá del principio de realidad sin apartarse totalmente del mismo. Además, su fantasía alucinatoria tiene mayor riqueza, contenidos originales y capacidad evolutiva. Sus creaciones no pretenden ser los objetos ni los aspectos del *Self* como *cosas en sí mismas,* pero tampoco son meras representaciones de aquellas. Usan de alegorías que comparten con el psicótico cierta modalidad de concretización de la fantasía o de la alucinación, pero conservando la posibilidad de discriminarlas de la realidad. El artista genial crea, no para transformar el mundo exterior sino para describirlo más o menos subjetivamente y su tarea productiva tiene un significado realista definido para él y para el Otro que puede ser diferente. El artista genial progresa mediante el ensayo y el error, o su estilo se transforma. El psicótico pretende transformar el mundo real y sus modos de expresión permanecen inmutables en cuanto el proceso psicótico ha alcanzado cierta intensidad y cronicidad.

En el psicótico, escribe H. Segal, y dado que una parte del Yo es confundida con el objeto, el símbolo que es una creación del Yo se confunde, asimismo, con el objeto simbolizado. Esta equiparación entre el símbolo y lo simbolizado, su no diferenciación ya había sido enunciada de otra forma por Freud cuando dijo que el psicótico, en lugar de recuperar los objetos, recupera las sombras de los mismos. Para Bion, el paciente psicótico es incapaz de producir auténticas simbolizaciones a causa de su intolerancia a la frustración, a la incertidumbre y al dolor mental. En vez de simbolizaciones, produce elementos-beta no diferenciables de la «cosa en sí misma». Uno de cuyos destinos es la evacuación a través de los órganos de los sentidos como se da en los procesos de alucinación y transformación en alucinosis.

Debido a esta pérdida de capacidad de simbolización, Rosenfeld señala que, en el proceso psicótico, se oscurece la diferenciación entre realidad y fantasía.

Sin embargo, no podemos olvidar la existencia en la psique de cada individuo de una parte no psicótica o neurótica de la personalidad y paralelamente de una parta psicótica, con mayor o menos predominio de una de ellas, de tal manera que, incluso los pacientes psicóticos más graves contienen en su psique una parte no psicótica. Esta bioniana concepción metapsicológica explicaría que algunos locos geniales logren desplegar su capacidad creativa a pesar de su psicosis. El escultor Messerschmidt, el pintor Van Gogh y el poeta Hölderlin serían los paradigmas.

Volviendo a la alegoría de Platón, la regresión operativa del Yo durante la creación fue escrita por él como insania productiva; y solo la regresión narcisista más permanente de los psicóticos fue vista como un proceso empobrecedor. También la experiencia clínica avala esta distinción y demuestra, como dice Kris, que el arte como fenómeno estético —y por ende social— está relacionado con la integridad del Yo. Aunque hay muchas transiciones, algunas de las cuales les he mostrado, los extremos son claros.

En la última parte de mi ponencia presenté una veintena de diapositivas para ilustrar mi exposición; una muestra de la creación artística de F. un paciente de cuarenta y nueve años de edad diagnosticado de esquizofrenia paranoide con una evolución de treinta años.

Los materiales utilizados por F. en su obra eran mosaicos recogidos al pie de obras de derribo. El paciente los reunía en montones, los golpeaba hasta partirlos adecuadamente y los colocaba con destreza y pacientemente como motivos decorativos, o los transformaba en escenas religiosas, figuras humanas... F. no ha recibido formación académica ni apenas formación de ningún tipo, pero con los mosaicos, por un sorprendente talento sabe contar cosas interesantes. Pero sobre todo, los mosaicos de F. hechos de fragmentos pegados entre sí tienen la función simbólica de reparar el mundo que le rodea *destruido* por él y su propia sique fragmentada, y dan testimonio de su sufrimiento, su persecución, su megalomanía, de la indiferenciación de los sexos...

F. es un autodidacta, hace las cosas a su manera, con un arte original, pues no copia a nadie. En cierto modo, inventa su arte.

Antes de terminar quiero señalar, en primer lugar, que solo en el caso individual y en circunstancias especiales pueden ser evaluadas las cuestiones del grado y la forma en que

los mecanismos psicóticos son susceptibles de influir sobre la actividad creadora, de cómo se funden y articulan en la parte no psicótica de la personalidad, y de cómo se reflejan en la obra del artista.

En segundo lugar quiero precisar que cuando hablo aquí del «arte psicótico», no considero los valores estéticos en su sentido estricto, sobre los que el psicoanálisis nada tiene que decir, sino que reconozco simplemente el hecho de que las producciones son de naturaleza artística.

La especificidad de la producción de F. —y, por otra parte, de cualquier obra artística — es que no ha podido ser expresada de otro modo. En la producción artística de un psicótico, como en la psicosis, lo indecible es lo esencial, puesto que entre las cosas que no ganan al ser dichas están el arte y la locura.

Bibliografía

Freud, S., *La cabeza de Medusa, O.C.,* tomo VII, Madrid, Biblioteca Nueva, 1972.

Grinberg, L. *et al.,* «Observaciones Psicoanalíticas sobre la creatividad», *Revista de la Asociacion Psicoanalítica Argentina,* núm. 4, Buenos Aires, 1971.

Kris, E., *El arte del insano,* Buenos Aires, Paidós, 1955.

— *Psicoanálisis del arte y del artista,* Buenos Aires, Paidós, 1964.

Monedero, C., *Psicoanálisis y Creatividad,* Salamanca, Ed. U.P.S., 1985.

6 Comunicación presentada en el III Congreso Ibérico de Psicoanálisis (Barcelona, 1993).

Pulsión de muerte y creatividad en la obra de Ramón Gómez de la Serna[7]

Puesto que voy a escribir de psicoanálisis, pero también de literatura y de poesía, me he permitido la licencia de iniciar este trabajo con tres citas poéticas que, a mi juicio, expresan muy bellamente el edicto biológico de morir. «La muerte es de la vida igual que el nacer» (R. Tagore). «Pues solo somos la hoja y la corteza. La gran muerte que todos llevan en sí es el fruto en torno al cual da vueltas todo» (Rainer M. Rilke).

Y finalmente les recuerdo las admirables palabras que hace medio milenio puso el poeta Jorge Manrique en boca de su padre ante la inminencia de su muerte:

> Y consiento en mi morir
> Con voluntad placentera
> Clara y pura.
> Quiere hombre vivir
> Cuando Dios quiere que muera
> Es locura.

Como escribe E. Jones (1957), la idea de cierta semejanza entre sus investigaciones psicológicas y las intuiciones de los creadores literarios ocupaba a menudo la mente de Freud, que admiraba como habían llegado tan fácilmente a la comprensión de tal o cual aspecto que a él le había costado tanto entender. Y cita el propio Freud: «Le hace suspirar a uno el pensamiento de que a unas pocas personas les es concedido, con muy poco esfuerzo, el sacar a flote, del torbellino de sus emociones, las verdaderas más profundas, a las que los demás tenemos que reforzar nuestro camino buscando a tientas constantemente, en medio de torturantes dudas».

Veinte años antes de escribir este párrafo —añade Jones— Freud había expresado una cosa similar en su libro sobre la *Gradiva:*

> Los escritores de imaginación son valiosos colegas, y su testimonio debe ser tenido muy en cuenta, porque tienen una manera de saber muchas de las cosas que hay entre cielo y tierra con las que no sueña nuestra filosofía (frase de Hamlet dirigida a Horacio). En lo que se refiere al conocimiento del corazón humano están mucho más adelantados que nosotros, la gente común, porque recurren a fuentes que todavía no hemos hecho accesibles a la ciencia.

En efecto, Freud sintió siempre un inmenso respeto por los creadores literarios. Su biógrafo, E. Jones, no «anduvo muy fino cuando interpretó estos sentimientos de Freud porque «compartía, al parecer, el concepto romántico de que se trataba de seres misteriosos... o por una cierta envidia». A mi juicio, Freud, gran escritor él mismo, simplemente intuyó primero y constató después que leer a determinados escritores y poetas es entrar en contacto con ese lado excluido de sí mismo que se refugia en la literatura y se reencuentra en el psicoanálisis.

Ramón Gómez de la Serna (1998), multifacético en sus genialidades, escritor prolífico, cuya obra en 20 volúmenes ha comenzado a reeditarse en 1996, destaca por su interesante producción en torno a la muerte, irónica y profunda a la vez desvelando

nuestro inconsciente con sus ocurrencias, sus metáforas y sus sugerencias. En este sentido pertenece por derecho propio a ese grupo de creadores al que aludía Freud, «que beben en fuentes que no hemos logrado aún hacer accesibles a la ciencia», y en cierto modo son nuestros «colegas», cuando entran en contacto con ese lado excluido de sí mismo.

Les propongo ahora un paseo melancólico y desenfadado por la pulsión de muerte, y para iniciarlo presento un material clínico muy especial. Se trata de algunos casos del doctor Vivar.

El doctor Vivar, el doctor inverosímil de R. Gómez de la Serna (1921) es un médico de principios de siglo muy peculiar. El doctor Vivar no utiliza el estetoscopio ni los rayos X, ni el martillo de reflejos. Y tampoco receta fármacos. El doctor Vivar escucha al paciente y eventualmente a su entorno familiar; utiliza el sentido común (desde el vértice de Bion diríamos hoy) para pensar sobre las cosas más allá de su apariencia y detectar el conflicto subyacente a los síntomas que presentan sus enfermos.

El doctor Vivar cuida mucho el *setting* externo, los aspectos formales del encuadre que facilitan y casi se confunden con el *setting* interno como capacidad de contener las ansiedades de los pacientes y escenario de la *rêverie* en el sentido de Bion: «Ya entran un poco curados en casa del doctor, curados por cómo pone en sus miradas un calmante la casa, sus alrededores, esa cosa de punto final y de limite que tiene y que él ha buscado a propósito».

La semejanza de los métodos del doctor Vivar —el encuadre, la escucha, la interpretación del conflicto subyacente— con el pensamiento del descubridor del psicoanálisis no acaba aquí. Como botón de muestra les voy a leer un fragmento del artículo de Freud «Sobre la iniciación del tratamiento» (1913), y a reglón seguido la reflexión final del doctor Vivar sobre uno de sus casos clínicos: «Mi prima».

Escribe Freud:

> Dificultades particulares se presentan cuando han existido vínculos amistosos o de trato social entre el médico y el paciente que entra en análisis, o su familia. El psicoanalista a quien se le pide que tome bajo tratamiento a la esposa o al hijo de un amigo ha de prepararse para que la empresa, cualquiera que sea su resultado, le cueste aquella amistad. Y debe admitir ese sacrificio si no se puede recurrir a un subrogante digno de confianza.

Escribe Vivar en «Mi prima»:

> Noté que tanto ella como sus padres y tías no aceptaron muy gustoso lo que dije; pero bajo la hipocresía de aquella actitud sentí que había atacado el mal y lo había disuelto, porque mis palabras, como las medicinas de uso interno, hacen su efecto oscura y sordamente en el fondo de mis enfermos.
>
> Así curé a mi prima, aunque curarla me costó reñir con ella y con sus padres definitivamente.

En el mundo actual, más científicos están intentando descubrir algo que nos permita disfrutar de una prolongación indefinida de la vida. Frente a esta fantasía de inmortalidad a través de la cámara frigorífica, de los más sofisticados y futuristas trasplantes, o de la «Terapia de los Telómeros», secuencia del ADN que como un reloj biológico controla la vida de todas las células y nos permitirá vivir felices y contentos cientos de años, Gómez de la Serna glosaba así hace tres cuartos de siglo el tópico de la inmortalidad:

Además nos componemos de algo que tiene que sufrir las contingencias: es blando, flojo, sin resistencia para demasiados años. Aun consintiendo en ser unos seres sostenidos por piezas de repuesto, tendríamos la muerte porque acabaríamos por una especia de herederos de nosotros mismos, completamente desconocidos de aquel que heredamos e independientes de él, pues hasta nuestro cerebro con todas sus ideas, entre ellas la de la personalidad, tendría que ser recambiado, y esto es lo que hace la naturaleza, sin ese espectáculo de operaciones continuadas para sostener un tipo remendado y de proterva psicología.

Y el doctor Vivar nos consuela:

No se muere por una enfermedad sino por cansancio de vivir, porque la vida quiere dormir, ¡dormir!, dormir en la muerte. Por eso el que ya va a descansar ni oye ni entiende nada; es que no quiere saber ya nada de nada en un acto voluntario y supremo.

La muerte es precisamente el dejar de concebirla (...) donde menos está ya la muerte es en el muerto (...) la muerte se queda en nosotros, que la miramos; él la arroja en manos de los vivos y se desprende de esa idea.

Hay que tener también en cuenta que siempre que se muere alguien conocido se repite la muerte de todos, y al morir uno se descansa de ver el desesperante caso de ver morir a los demás.

¡Ah, después que yo muera no veré morir a nadie!

Hay un momento en que uno está dispuesto a recibir todas las noticias hasta la de la muerte.

Sin embargo, el gran consuelo de perder la vida es que uno muere pero los grandes ideales van a seguir viviendo y nunca el mal podrá en definitiva con el bien.

A diferencia de las restantes especies animales, el niño, durante sus primeros seis meses y aun años de su vida, se encuentra totalmente a merced subsidiaria de sus padres. Si nos paramos a pensar en todas estas circunstancias de la niñez y las contrastamos con las de la vejez, como antesala de la muerte, encontramos que desde el punto de vista físico (fuerza, resistencia, etc.) los viejos se encuentran con las mismas dificultades. De ahí los sentimientos de indefensión, de desvalimiento, de desamparo en palabras de Freud.

Es, en último término, esta situación infantil de desamparo la que va a desencadenar la angustia de la muerte en el viejo. Siempre que en la vida del adulto surja cualquier tipo de peligro real o fantasmático, se evocará el sentimiento de indefensión y desamparo de aquellas primeras experiencias, lo que recoge Gómez de la Serna en el siguiente fragmento: «Recibamos las coronas el día antes de morir para poder oler sus plantas, oigamos unas escalas de piano en la agonía y que no falte el balón de oxígeno, el último globito de niño que puede gozar el hombre».

Volvamos ahora a reflexionar con el doctor Vivar para ver cómo afronta con sus pacientes la curación de la angustia ante la muerte:

Hay que afrontar este problema de curar a la muerte de la muerte, porque no podemos ser como aquel pusilánime Luis XI, que había prohibido pronunciar esa palabra delante de él, «encontrándola demasiado dura para el oído de un Rey».

Tenemos que darnos cuenta de lo que significa sin repetirlo al exterior, como ciertas comunidades, sino repitiéndolo al interior, y que ese sea motivo de nuestra templanza, de nuestra benignidad, de llevarnos bien.

Sobre todo hay que morir. Que tampoco se espere de mí la muerte siempre. Si supiese que salvaba para siempre de la muerte, no realizaría mis curas.

La continuidad excesiva de las crueldades, de los amores, de todo, sería monstruoso. Todo se desordenaría y aun los más puros, apasionados y leales, en vista de eso, se volverían cínicos redomados.

No se puede pensar en una crueldad o un mal carácter posiblemente inacabables. Si todos viviesen, los días no estarían claros para nadie. El mundo estaría lleno de antiguos, y nosotros, cuya curiosidad queremos

hacer interminable, no hubiéramos podido comenzar a tenerla siquiera.

Si no hubiera estado inventada la muerte no hubiéramos nacido, digo yo, para consolar de su miedo a morir a mis enfermos.

¿Cómo? —me suelen preguntar.

Pues porque habría estado el mundo tan lleno de gente hace tanto tiempo, que nuestra generación de ningún modo hubiera podido nacer... Mucho antes de nosotros, un mundo lleno de gentes hubiera fijado el COMPLETO, enhiesto en lo más eminente de la vida... Si no hubiese sido por la muerte, no habríamos podido saciar nuestra curiosidad, y todas esas generaciones que esperan a la vez, y en las que se respira nuestra curiosidad, no podrían ver nada.

Sí, pero, ¿y no ver lo nuevo?

¿Lo nuevo?... Créeme que no merece la pena esperar, después de todo... Lo que viene se parece a lo que pasó... Es como esas sesiones continuas de cinematógrafo en que se repite de nuevo la primera parte del programa al llegar a cierto punto.

El concepto de pulsión de muerte apareció en la obra de Freud en 1920 en el artículo «Más allá del principio del placer». La pulsión de muerte apunta a la destrucción y a la disolución.

Freud presentó sus ideas sobre la pulsión de muerte como una especulación biológica: esperaba seguramente que su formulación produjera impacto en el seno del mundo psicoanalítico y encontrara gran resistencia, lo que efectivamente ocurrió. No debemos olvidar, sin embargo, que fueron consideraciones puramente clínicas sobre la compulsión a la repetición, al masoquismo y el aspecto mortífero del superyó melancólico las que motivaron sus especulaciones.

Estoy de acuerdo con Fernández Soriano (1995) en que

> desde el punto de vista biológico nos resulta, hasta el momento, imposible encontrar algún dato que implique la pulsión de muerte freudiana. La pulsión de muerte seria aquella fuerza activa, con su correspondiente representación mental, por la que los seres vivos pluricelulares tienden a desorganizarse activamente disgregando sus células. El sustrato biológico de la pulsión de muerte podría ser algo así como una batería de genes cuya función consistiría en ir matando activamente al individuo. Una especie de bomba de relojería que iría estallando parcialmente desde el origen mismo de la vida. Quizá tenemos que esperar a la culminación del proyecto genoma para su esclarecimiento.

Hoy no podemos afirmarlo. «Sin embargo— continúa F. Soriano— siguiendo la tradición de muchos psicoanalistas y sobre todo de los autores kleinianos, encontramos sumamente útil la aplicación clínica del concepto de pulsión de muerte».

Añado yo: sobre todo en las afecciones narcisistas graves (esquizofrenia y melancolía). «La reconocemos —continúa F. Soriano— como una excelente herramienta de trabajo, pero este reconocimiento lleva implícito la aceptación de que clínicamente operamos con un concepto teórico».

Concepto teórico condensado en la metáfora freudiana bio-geológica del «retorno a la materia inanimada» y que Ramón Gómez de la Serna extrapola también, con fino sentido del humor, del plano biológico al plano geológico:

> La continuidad geológica del ser humano consiste en echar una capa de vivos sobre una capa de muertos. Pertenecemos al periodo modernario y después vendrán otros que pertenecerán al posmodernario. Ya sé que los del cuaternario no hubieran querido quedar prensados como quedaron, pero no tuvieron más remedio.

Por otra parte, el concepto de pulsión de muerte es imposible considerarlo en forma

aislada de otras grandes modificaciones que Freud estaba elaborando simultáneamente y que le llevaron a proponer la segunda teoría tópica del aparato psíquico. Sin embargo, si bien es cierto que no se puede tomar en cuenta a uno de ambos cambios aisladamente, tampoco debemos confundirlos y entender que dependen absolutamente entre sí. De hecho, muchos psicoanalistas que se adhirieron incondicionalmente a los planteamientos de la segunda tópica no lo hicieron así con la nueva teoría pulsional a la que rechazaron frontalmente.

Freud dice que la pulsión de muerte opera casi siempre de manera silenciosa en el cuerpo, que nunca podemos ver las manifestaciones en estado puro, sino solo aquellas que se fusionan con la libido. Sin embargo, nuestra toma de conciencia nos ha vuelto más agudos y hemos desarrollado nuevas técnicas, de manera que estamos en mejores condiciones para visualizar los componentes que pertenecen a la pulsión de muerte en esta fusión. Además el hecho de que veamos un número cada vez mayor de pacientes severamente perturbados, nos permite con frecuencia detectar el funcionamiento de la pulsión de muerte en estado casi puro en su conflicto con la pulsión de vida. Y en el trabajo creativo como aparece en la siguiente reflexión de Gómez de la Serna que responde a una cuestión fundamental del psicoanálisis: ¿Cabe una vía sublimada para la pulsión de muerte? «Se verá también al literato que no tuvo miedo a morir por su esfuerzo, pues cuando un artista tiene miedo a deshacerse día a día, *ya no ve las cosas que solo dicta la muerte escondida, misteriosa*»[8].

En el Capítulo primero escribía sobre «Mito y paradoja» evocando el Capítulo IV del Yo y el Ello sobre la mezcla pulsional: una vez cortada la cabeza de Medusa, una vez cortada la paradoja, dos ríos de sangre manaron del cuello de la Gorgona. De entre esos dos ríos surgieron Pegaso y Grisaor, los hijos que portaba Medusa y que no había dejado nacer mientras estaba viva. Grisaor sale del vientre armado ya con una espada y sería la representación de Tánatos. Pegaso, con sus alas, como Eros. La madeja de la paradoja encerraba estas representaciones destructoras y libidinales; la disolución de la paradoja las pone de nuevo en circulación. Además, Pegaso y Grisaor (Eros y Tánatos) no necesitan nacer, solo deben liberarse: ya existían, existen desde siempre. Por cierto, según algunos, ya se enredaban en peleas dentro del vientre de Medusa.

Bibliografía

Fernández Soriano, J., *Psicoanálisis y Biología,* Valencia, Promolibro, 1995.
Freud S., *Psicopatología de la vida cotidiana, O.C.,* tomo III, Madrid, Biblioteca Nueva, 1972.
— *El chiste y su relación con el inconsciente, O.C.,* tomo III, Madrid, Biblioteca Nueva, 1972.
Gómez de la Serna R., *Automoribundia 1888-1948,* Buenos Aires, Sudamericana, 1948.
— *El doctor inverosímil,* Barcelona, Destino, 1961.
Jones, E., *Vida y obra de Sigmund Freud,* tomo III, Buenos Aires, Hormé-Paidós, 1957, págs. 438-439.

7 *Revista de Psicoanálisis,* núm. 24, APM, 1996.
8 La cursiva es mía.

Una Gorgona en casa. Nuevas reflexiones psicoanalíticas sobre el mito de Medusa[9]

Introducción

En la teoría de Freud los sueños representan el cumplimiento de deseos reprimidos y sus raíces más profundas, que están empotradas en la infancia del sujeto. Aun cuando los sueños proceden de emociones individuales, algunas son, sin embargo, comunes a toda la humanidad. Se las encuentra expresadas en lo que Freud llamó sueños típicos. Freud mostró que este grupo de sueños tiene su origen en ciertos deseos compartidos por toda la humanidad, y que estos mismos deseos constituyen también la base de ciertos mitos.

Según Abraham, los pueblos representan el mismo deseo en mitos diferentes. Así podemos comprender una de las causas de la estrecha relación entre los contenidos de muy variados mitos. Si el deseo es especialmente fuerte, cada representación distinta toma nueva posición con respecto al deseo, mostrándolo desde un vértice diferente. Las relaciones establecidas por Abraham en su ensayo *Sueños y mitos* son un interesante aporte en un texto bastante largo de 1909, que podría resumirse en la siguiente frase: «el mito es un fragmento de la vida psíquica de la infancia de un pueblo, mientras que el sueño es el mito del individuo».

Si para Freud, Abraham y Ferenczi el origen de los mitos hay que buscarlo en el cumplimiento de deseos de la humanidad, añadiríamos, especialmente en el caso de Medusa, que también buscan paliar sus miedos y ansiedades persecutorias. A mi juicio, además, tiene transcendencia, no solo como cumplimiento de deseos de la humanidad o como defensa de sus miedos, sino que también como contribución al crecimiento mental, desarrollando, como veremos más adelante, un diálogo que se enriquece a lo largo de los siglos y que, a partir de lo mismo, florece mentalmente en muy distintas plenitudes personales y sociales.

El mito de Medusa

Las Gorgonas eran tres hermanas: Esteno, Euríade y Medusa, si bien esta última es la que recibe, en general, el nombre de Gorgona. Pertenecían a la generación preolímpica de los monstruos marinos y eran hijas de Forcis y de Ceto. Vivían en los confines del reino de los muertos.

Cuenta Hesiodo que Esteno y Euríade eran inmortales y Medusa, en cambio, mortal. De acuerdo con las descripciones y representaciones plásticas que han llegado hasta nosotros, Medusa era un monstruo alado, de garras afiladas como garfios, cuya espantosa cabeza tenía serpientes en lugar de cabellos, una lengua larga y afilada, dientes puntiagudos y, sobre todo, ojos saltones y bizcos, de mirada penetrante que petrificaba a quienes osaran cruzar esa mirada. Hijos suyos, engendrados por el dios marino Poseidón, fueron Grisaor, el de la espada de oro, y el caballo alado Pegaso, que surgieron del

cuerpo mutilado de la Gorgona cuando esta fue decapitada por Perseo. Por cierto, la fecundación se produjo en un templo consagrado a Atenea, lo que encolerizó a la diosa, que, como veremos, nunca perdonó tamaña afrenta y le dio toda clase de facilidades a Perseo para que degollase a Medusa limpiamente. Una versión más tardía del mito, recogida por Ovidio en sus Metamorfosis, supone que Medusa había sido al principio una hermosa ninfa que se había atrevido a rivalizar en hermosura con Atenea. Se sentía especialmente orgullosa del esplendor de su cabellera. Por eso, con el propósito de castigar su osadía, Atenea transformó sus cabellos en otras tantas serpientes. Por último Diodoro de Sicilia presenta una tercera versión evemerista que no es relevante para este trabajo. Supone que las Gorgonas eran un pueblo belicoso que en cierta ocasión luchó con el de las Amazonas, siendo vencido por este. Pero las Gorgonas se repusieron rápidamente, por lo que fueron atacadas, esta vez, por Perseo y habrían perecido final y definitivamente a manos de Heracles.

Las dos primeras versiones del mito tienen su representación en el arte monumental y plástico: La Gorgona de cuerpo entero y monstruoso que ocupa el centro del frontón de Artemisa de Corfú (590 a.C.) correspondería a la primera versión con la que yo me identifico para este trabajo en dos obras muy conocidas y admiradas: la bella cabeza de Medusa cincelada en bronce por Benvenuto Cellini (1553) y la horripilante cabeza de la Gorgona pintada por Caravaggio (1592). Estas cabezas de Medusa depositadas ambas en Florencia y representación plástica de la versión mítica de Ovidio fueron, a mi juicio, los modelos que utilizaron Ferenczi y Freud para su interpretación psicoanalítica de la «Cabeza de Medusa».

En un detalle de mosaico del Museo Arqueológico de Madrid está representada una cabeza de Medusa del siglo III d.C., que es una síntesis de las dos cabezas de Medusa citadas: la bella y la horripilante. En efecto, es una hermosa cabeza de patricia romana, pero desfigurada por un rictus amargo, ojos saltones de mirada torva y las inevitables serpientes como cabellera.

Perseo era hijo de Dánae y de Zeus. Un oráculo había advertido a Acrisio, rey de Argos y padre de Dánae de que el hijo que concibiera esta última seria el causante de su muerte. Para evitar que se cumpliera el vaticinio, Acrisio encerró a Dánae en un calabazo subterráneo con puertas de bronce, aparentemente inexpugnable, alrededor del cual situó a sus guardias para prevenir que alguien pudiera aproximarse a la princesa cautiva.

Pero, aunque oculta de forma segura a los ojos de los hombres, Dánae era vista desde el Olimpo por los dioses inmortales; Zeus la observa y compadecido por su soledad y admirado de su belleza, se introdujo en la prisión en forma de lluvia de oro y la fecundó.

Esta primera visita exitosa fue repetida con frecuencia y Dánae ya no volvió a sentirse sola y abandonada, pues Zeus pasaba la mayor parte de su tiempo libre con ella, llevando a cabo su cortejo con la mayor diligencia.

Pero una mañana los guardas corrieron aterrorizados hasta el palacio de Acrisio para anunciarle que Dánae, su hija, había dado a luz a un niño que debido a su belleza fue llamado Perseo. Acrisio, se comprende, andaba el hombre un poco paranoide y no creyó que su nieto fuera hijo de Zeus, sino que sospechó que Preto, su hermano gemelo, se las

había arreglado para entrar en el calabozo y seducir a Dánae; entonces encerró a Dánae y a Perseo en un arca y los arrojó al mar, con la esperanza de que perecieran. Sin embargo, madre e hijo llegaron sanos y salvos a la isla de Sérifos, donde fueron recogidos por un pescador llamado Dictis.

Años más tarde, Polidectes, que era hermano de Dictis y rey de Sérifos, quiso obligar a Dánae a que se casara con él, pero Perseo defendió a su madre y Polidectes no se atrevió a insistir. Por el contrario, reunió a todos sus amigos, incluido Perseo, y les dijo que iba a solicitar la mano de Hipodamía, pidiéndoles que le ayudaran a reunir los presentes para tal ocasión. Todos aportaron un caballo, pero Perseo, humillado porque no tenía nada que ofrecer, se comprometió a traerle a la cabeza de la Gorgona Medusa.

Según otros, Polidectes habría desafiado a Perseo a realizar una proeza en la que se suponía que iba a perecer, con el malévolo propósito de eliminar el obstáculo que le separaba de Dánae. En cualquier caso, Atenea que no olvidaba lo de la cópula en su templo y odiaba a Medusa, se prestó de buen grado a ayudar al héroe, advirtiéndole sobre todo que no mirara de frente a la Gorgona, pues de lo contrario quedaría convertido en piedra. Le facilitó, además, un escudo de bronce bruñido como un espejo. Por otra parte, otros dioses, que habían observado con agrado no exento de ternura a Perseo durante su infancia y adolescencia, decidieron, a su vez, prestarle ayuda para que pudiera acometer con éxito la difícil tarea de matar a Medusa: Hades le dotó de un casco que hacía a su portador invisible; Hermes le ofreció sus sandalias aladas que le concedían una gran rapidez de vuelo y una hoz afilada para que cortara la cabeza de la Gorgona; por su parte, las Ninfas le prestaron el zurrón donde debía guardar la cabeza del monstruo. Bien pertrechado con estos artilugios y guiado por los dioses, Perseo llegó hasta el monte Atlas, donde vivían las Grayas, hermanas de las Gorgonas, y arrebatándoles el único ojo y el único diente que tenían para las tres en el momento en que se los intercambiaban, se negó a devolvérselos mientras no le indicaran el camino que llevaba hasta el lugar en que habitaban las Gorgonas. Obligadas de este modo, las Grayas revelaron su secreto. Enseguida, el héroe voló hacia el río Océano y al llegar al país de los Hiperboreos, en los confines del mundo conocido, encontró finalmente a las Gorgonas dormidas. Utilizando su escudo de bronce como espejo, se acercó a Medusa y le cortó limpiamente la cabeza que metió en el zurrón que le habían prestado las ninfas. De vuelta encontró a Andrómeda atada a unas rocas costeras y a punto de ser devorada por un enorme monstruo marino. Bien pertrechado con su hoz, el casco y las sandalias, Perseo se ofreció a matar al monstruo a cambio de la mano de la muchacha, pero una vez realizada la difícil empresa, y como quiera que se disponía a llevarse a Andrómeda fue objeto de una emboscada capitaneada por Fineo, un tío de la joven que pretendía casarse con ella. Sin embargo, Perseo no tuvo más que sacar de su zurrón la cabeza de Medusa y al punto sus enemigos quedaron convertidos en piedra.

Durante la ausencia de Perseo, Polidectes había intentado de nuevo hacer suya a Dánae por la fuerza, pero Dictis había acudido en su ayuda, consiguiendo ambos, al fin, refugiarse en un templo. Allí permanecieron ocultos hasta que se presentó Perseo con Andrómeda. El héroe acudió entonces al palacio de Polidectes, donde este se hallaba

reunido con todos sus amigos y seguidores y, sacando la cabeza de la Gorgona, los petrificó sin problemas; luego recompensó a Dictis por su fidelidad, colocándolo en el trono de Sérifos.

Tras haber cumplido todas estas tareas, el héroe devolvió los objetos mágicos a sus legítimos propietarios. En cuanto a Atenea, recogió la cabeza de la Gorgona y la fijó para siempre en la égida, porque conservaba sus prodigiosos efectos y constituía un arma poderosa contra el enemigo. Esta es la cabeza que aparece siempre en el escudo de Atenea. Por otro lado, Perseo recogió también la sangre que fluía de la herida y que aparecía dotada de propiedades mágicas: la que había brotado del lado derecho tenía el poder de sanar a los enfermos y resucitar a los muertos, mientras que la procedente del lado izquierdo era un veneno mortal (Eros y Tánatos). En todo caso la sangre desligada, sin mezclar, fue recogida en ánforas diferentes: Perseo se quedó con la venenosa y la que sanaba se la entregó a Atenea que, a su vez, se la donó al dios médico Asclepio.

En su momento, Perseo salió de Sérifos acompañado de Andrómeda y de su madre. Se proponía ir a Argos para reconciliarse con su abuelo Acrisio, pero este no había olvidado el antiguo oráculo y, cuando supo que Perseo se dirigía a sus lares, abandonó la ciudad y buscó refugio en la corte del rey Teutámides.

Sin embargo, el vaticinio fatal de la pitonisa debía de cumplirse y ocurrió, en efecto, que Teutámides organizó unos juegos fúnebres para honrar a su padre, a los que acudió Perseo: al lanzar este su disco, el viento lo desvió, llevándolo hasta el mismo Acrisio, que se encontraba entre los espectadores. El anciano rey resultó herido de muerte y fue enterrado por Perseo en el templo de Atenea, situado en la acrópolis de Larissa.

Interpretación de Ferenczi y de Freud sobre la cabeza de Medusa

Sandor Ferenczi (1921) fue el primer psicoanalista que hizo una interpretación de la cabeza de Medusa utilizando el modelo de Abraham que establecía como vimos un paralelismo entre los sueños y los mitos.

En su T*eoría y técnica el psicoanálisis* escribe:

> El análisis de los sueños y asociaciones me ha conducido muchas veces a interpretar la cabeza de Medusa como el símbolo terrorífico de la región genital femenina cuyas características han sido desplazadas «de abajo para arriba». Las numerosas serpientes que se enroscan alrededor de la cabeza podrían significar —según el principio de la representación por el contrario— la ausencia de pene y al propio tiempo podría repetir la impresión terrorífica que produce sobre el niño la visión de los órganos genitales desprovistos de pene (castrados). Los ojos de la cabeza de Medusa, origen de la angustia y del espanto, tienen generalmente como significado secundario la erección.

A continuación reproduzco un breve apunte de Freud (1922) en el que realiza una aproximación al mito de Medusa que podemos considerar como un desarrollo de las ideas de Ferenczi:

> No hemos intentado con frecuencia la interpretación de productos mitológicos singulares. Es palmaria en el caso de la horripilante cabeza decapitada de Medusa.
>
> Decapitar = castrar. El terror de Medusa es entonces un terror a la castración, terror asociado a una visión. Por innumerables análisis conocemos su ocasión: se presenta cuando el muchacho, que hasta entonces no había creído en la amenaza, ve un genital femenino. Probablemente el de la mujer adulta,

rodeado por vello; en el fondo, el de la madre.

Si en el arte figuran tan a menudo los cabellos de la cabeza de Medusa como serpientes, también estas provienen del complejo de castración y, cosa notable, por terrorífico que sea su efecto en sí mismas, en verdad contribuyen a mitigar el horror, pues sustituyen al pene, cuya falta es la causa del horror. Aquí se corrobora una regla técnica: la multiplicación de los símbolos del pene significa castración.

La visión de la cabeza de Medusa petrifica de horror, transforma en piedra a quien la mira. ¡El mismo origen en el complejo de castración y el mismo cambio del afecto! El petrificarse significa la erección, y en la situación originaria es, por tanto, el consuelo del que mira. Es que el posee, no obstante, un pene, y se lo asegura por su petrificación.

Atenea, la diosa virgen, lleva en su vestido este símbolo del horror. Y con justicia, pues eso la hace una mujer inabordable, que rechaza toda concupiscencia sexual. Deja ver, en efecto, los terroríficos genitales de la madre. A los griegos, en su generalidad frecuentemente homosexuales, no podía faltarles la figuración de una mujer que aterroriza por su castración.

Si la cabeza de Medusa sustituye la figuración del genital femenino, y más bien aísla su efecto excitador de horror de su efecto excitador de lubricidad, puede recordarse que enseñar los genitales es conocido como acción apotropaica. Lo que excita horror en uno mismo provocará igual efecto en el enemigo con quien se lucha. Todavía en Rabelais el diablo emprende la huida después que la mujer enseño su vulva.

También el miembro masculino erecto sirve para provocar un efecto apotropaico, pero en virtud de otro mecanismo. Enseñar el pene —y todos sus subrogados— quiere decir: «No tengo miedo de tí, yo te desafío, tengo un pene». Por eso es otro modo de amedrentar al Espíritu Malo.

Ahora bien, para sustentar seriamente esta interpretación se debería investigar por separado la génesis de este símbolo del horror en la mitología de los griegos y sus paralelos en otras mitologías.

Siguiendo en parte la precedente indicación de Freud, en mi trabajo investigo no desde un análisis comparado de la mitología de los griegos y sus paralelos en otras mitologías, sino desde los propios desarrollos del psicoanálisis freudiano, especialmente los de Racamier y Bion.

Vemos como Freud llega a descubrir la imagen de la madre fálica en su trabajo sobre la cabeza de Medusa, pero no puede llegar más allá; no puede elaborar verdaderamente la imagen de la madre mala. En efecto, para él, era difícilmente representable una imagen de madre destructora. Por el contrario, sí que podía representarse en un padre cruel y sádico, como el del presidente Schreber, por ejemplo. Y es que la necesidad de proteger una imagen idealizada de la madre fue determinante en Freud que no se atrevió a pasar la barrera de la madre fálica aunque algo seguramente vislumbra tras ella, dada su aguda capacidad de observación. Sin embargo, el surco abierto por Freud permitió a sus sucesores realizar este descubrimiento que él no logró representar mediante palabras. Fue precisamente M. Klein, que había sido analizada por Abraham y Ferenczi, la que describió primero esa madre profundamente mala y mortífera y la noción correlativa de angustia persecutoria.

A. Green, 1968, niega este desarrollo «mitológico» kleiniano con argumentos académicos y bien construidos, pero, a mi juicio, sin profundizar en la cuestión fundamental: el paso de la madre fálica de Freud a la madre persecutoria de M. Klein. Para él, el terror profundo que para Freud suscita la cabeza de Medusa no es en absoluto inferior a los terrores del mundo de M. Klein y considera que el terror se origina en los vínculos que Medusa evoca con la decapitación y, de ese modo, con la castración.

Su destino es el de ocultar en el inconsciente la causa de ese pavor y reemplazarlo mediante el miedo que inspiran las serpientes de la cabellera. La castración es negada tantas veces como serpientes hay en ella, ya que cada una de ellas representa un pene allí donde podría evocarse su ausencia o la huella de su corte.

> Inmovilizado al revivir esa mutilación ante la horrible visión, el espectador realiza una vez más esa negación. En medio del asombro que le inmoviliza y que le petrifica, reencuentra el estado de erección y de espasmo que le protege contra el miedo de perder el poder fálico.

A mi juicio, sin embargo, debemos discriminar la Gorgona que describo de la madre fálica freudiana. La mujer fálica intenta inconscientemente negar la ausencia de pene y castrar a los hombres. La Gorgona destruye o petrifica al objeto sin distinción de sexos desde el nacimiento. La madre fálica utiliza el mecanismo de la seducción patológica para sus fines catastróficos y, como diría Freud, su acción durante los años infantiles en los sujetos bajo su influjo determinará, junto a la disposición congénita, la modalidad especial de la vida erótica fijando los fines de la misma. La Gorgona utilizará, además, para sus fines destructivos, los ataques al juego del pensamiento, al juego de los vínculos y al sistema defensivo del Yo.

Sin olvidar que, en Envidia y Gratitud, Klein enfatiza la existencia en el niño de una aptitud innata hacia el amor o la gratitud articulada a la capacidad de reparación que forman parte integrante de la posición depresiva y que refuerzan en el niño el buen maternaje. Este amor por la madre no borraría las tendencias matricidas propias de situaciones más arcaicas (la posición paranoide-esquizoide. Pero nos recuerda, además, que en el vínculo meduseante siempre hay dos).

Los conceptos de «contención» y de «vínculo paradójico» en psicoanálisis

Para comprender mis ideas sobre el mito de Medusa y su interpretación es necesario recordar las nociones de contención y de funcionamiento paradójico en psicoanálisis.

Siguiendo esta línea de investigación del mito de Medusa analizaremos el papel desempeñado por las figuras significativas en el desarrollo infantil.

Aunque los términos de «continente y contenido» pertenecen en la literatura psicoanalítica a los trabajos de Bion (1963), el concepto de «contención» y el problema de la «no-contención» puede considerarse como uno de los pilares más antiguos de la teoría psicoanalítica, tal como se ve ya en los primeros historiales clínicos presentados por Freud (1895) y en los trabajos de M. Klein.

En efecto, uno de los factores principales de la interrupción y/o distorsión del crecimiento yoico normal lo constituye, según Melanie Klein (1965), la ausencia de un buen continente de las vivencias que el bebé necesita proyectar fuera de sí durante su desarrollo. El paradigma de esta ausencia sería precisamente Medusa, de cuyo mito nos ocupamos.

Wilfred Bion propuso un modelo, el de la relación continente-contenido, que describe el espacio de la estructuración del pensamiento y de la comunicación entre la madre y el bebé, o entre dos personas que se encuentran en una relación emocional íntima como sucede en la cura psicoanalítica. Este concepto de la relación continente-contenido se basa primordialmente en la capacidad de «rêverie» de la madre, que le permite recibir, contener y transformar las sensaciones displacenteras y las ansiedades proyectadas por el bebé y modificarlas, «metabolizarlas» en un sentimiento que, una vez devuelto, es mejor tolerado. Esta secuencia de proyección-contención-devolución modificada constituye

para Bion el origen de los pensamientos que él denomina función alfa. Se trata de una función desarrollada por la madre desde la integridad de su persona, de su historia y de sus vínculos afectivos, dirigida a transformar los elementos sensoriales burdos y rudimentarios, anegados por una serie de estímulos que el niño expresa, dándoles apoyo y sentido. Si la madre o el sustituto de la madre funcionan con suficiente «rêverie», el niño estará en mejores condiciones para tolerar frustraciones y separaciones, y desarrollar su mente. En caso contrario, tendrá una mayor disposición a caer en desorganizaciones mentales patológicas.

D. W. Winnicott afirma que en el desarrollo emocional son necesarias ciertas condiciones externas para que los potenciales de maduración se hagan realidad. En este sentido, Winnicott centra su interés en las vicisitudes tempranas de la construcción de la realidad y de las relaciones de objeto. Para este autor, el bebé viene al mundo con un potencial madurativo que solo podrá realizarse si existe un medio ambiente facilitador. En el inicio de la vida, este medio ambiente facilitador consiste básicamente en la presencia de una madre suficientemente buena, capaz de acomodarse a las necesidades del bebé, de modo que este quede protegido de estímulos ambientales o instintivos. Winnicott llama *holding* a la función de la madre y del medio ambiente que sostiene y permite la continuidad del ser bebé en el tiempo y en el espacio, facilitando la integración mente-cuerpo y el fortalecimiento del Yo. En las primeras semanas de vida esta adaptación materna debe ser completa y ello es posible gracias al estado que Winnicott describe como de «preocupación materna primaria». El fracaso de esta función materna es vivido como una amenaza de aniquilación que interrumpe la continuidad del ser del bebé, fundamento primario de la identidad.

Considerando estos puntos, puede postularse en la madre un estadio en el que estaría (temporalmente) identificada con su bebé, de una manera tal que, sin pensarlo, sabe en general lo que este necesita.

Si para Winnicott el modelo de la función continente es la madre sosteniendo *(holding)* firmemente al bebé con sus brazos, y proporcionándole así la vivencia integradora de su cuerpo, para Heinz Kohut tal modelo del desarrollo temprano del *Self* estaría representado por la función del *mirroring*. Kohut propone un nivel superior de empatía en la capacidad de la madre de comunicarle al bebé mediante gestos faciales su comprensión de lo que está vivenciando su hijo. Esta comprensión y consiguiente acción (la sonrisa, el gesto facial amplio expresado en la frase de Kohut «su orgullosa sonrisa») se constituyen en un circuito completo en el cual la madre puede: 1. comprender la acción del hijo; 2. atribuirle una serie de significados; 3. reconocer la importancia de los mismos; 4. responder adecuadamente mediante su «orgullosa sonrisa».

La problemática que plantea la ausencia o exclusión del padre y las nociones de «invasión» de Harold Searles (1966) y de «intrusión» o «descalificación paradójica» de Paul Claude Racamier (1980), basadas en su experiencia clínica con pacientes esquizofrénicos complementan, desde la perspectiva del padre, los modelos ya citados. Searles y Racamier, al enfatizar las situaciones traumáticas de los niños con padres rígidos o criptopsicóticos, postulan la configuración de un mundo interno, de un espacio

de la fantasía, perturbado por el juego precoz de identificaciones introyectivas y proyectivas patológicas con esos padres no solamente no-continentes, sino activamente anti-contenidos.

La paradoja se define clásicamente como aserción inverosímil o absurda que se presenta con la apariencia de verdadera o como figura del pensamiento que consiste en emplear expresiones o frases que envuelven contradicción. Para el Diccionario panhispánico de dudas de reciente aparición, lo paradójico consiste en conseguir exactamente lo contrario de lo que uno se propone. Sin lugar a dudas, en la paradoja clínica, sucede lo contrario: se consigue lo que uno se propone.

En efecto la paradoja cerrada o paradoja clínica consiste en someter al individuo a dos órdenes inconciliables de manera que le sea imposible obedecer una sin desobedecer la otra, formuladas a distintos niveles, de manera que su incompatibilidad permanezca secreta; y con la prohibición complementaria de darse cuenta o de sustraerse a ella, de tal forma que la víctima no tenga salida.

Racamier concibe la paradoja como una descalificación del Yo, entendida como lo contrario de cualquier reconocimiento narcisista de la actividad propia del Yo. Desde la perspectiva psicoanalítica la paradoja está relacionada con la frustración y la agresión. Frustración no de las pulsiones del Ello, sino del Yo. Frustra la psique infantil de esa protección de la madre, gracias a la cual su Yo no solo es reconocido, sino modelado. Lejos de ayudar al Yo a emerger poco a poco del sí mismo original, la descalificación paradójica, desmentido radical, convierte a ese yo en una fuente de conflictos. A la vez que una frustración, la descalificación es también una agresión para el Yo. Por eso hallamos en la víctima un odio intenso al descalificador, procedente de la autodefensa del Yo. Cuando la descalificación deviene paradójica, hasta el odio se hace indiscernible: la paradoja cerrada provoca, junto con la confusión intelectual, la confusión de los sentimientos. Capacidad de rêverie, holding, mirada y sonrisa que comprenden y se hacen cargo de las necesidades del bebé; invasión, intrusión, ausencia o exclusión, descalificación paradójica... Son modelos que nos ayudarán a comprender que el bebé precisa ciertas condiciones ambientales que satisfagan sus necesidades fisiológicas y emocionales. Además, necesita que esta situación sea estable, más allá de la estabilidad real del entorno. Esto se logra gracias a las cualidades maternas anteriormente descritas.

Por el contrario, el funcionamiento de la madre-gorgona en toda su extensa gama sería la antítesis de una adecuada rêverie, un holding suficientemente bueno, etc., en cuya ausencia se experimentan las angustias primitivas que serán la matriz de las angustias psicóticas. Cuando, además, las intrusiones traumáticas maternas se acumulan, las angustias primitivas se organizan. La consecuencia será la inhibición del desarrollo emocional, la pérdida de los procesos de integración y el empobrecimiento de la vida psíquica. Y no debemos olvidar que el primer objeto que se percibe es investido de forma imborrable. La madre, en nuestro caso Medusa, es el primer objeto que se percibe y no hay elección, en ese momento se inscribe una huella que durará toda la vida, ya que la investidura del objeto primario tiñe o condiciona todas las investiduras posteriores. Esta circunstancia que ha sido demostrada por los trabajos de distintos etólogos se repite

irremediablemente en la transferencia de la relación analítica, lo que implica que la pareja analítica debe trabajar y elaborar el amor de transferencia en las tres formas que señaló Freud, quien utilizó los términos de corriente erótica, corriente tierna y amor universal.

En pacientes neuróticos, predominan estas formas de amor que reproducen todos los matices y las transformaciones del amor primordial en las que caben, obviamente, la ambivalencia e incluso la desmesura. Winnicott hablaba de «madre suficientemente buena» con referencia a la mayoría de los neuróticos. Pero si pensamos en las Gorgonas, en toda su extensa gama, que habitan en estos pacientes, quizá podríamos hablar de «madres no totalmente malas». Es más, como ocurre con el trauma sexual infantil, una madre suficientemente buena puede despertar también en el niño fantasías persecutorias que aparecerán en la relación transferencial del proceso analítico; algo que, en el extremo, ya había señalado Melanie Klein.

En pacientes severamente perturbados, el problema se plantea en su mundo interno y en la relación transfero-contratransferencial que ha sido conceptualizada por Racamier como *mecánica* de las transacciones defensivas. Mecánica que ve al paciente y al analista respectivamente en las posiciones de emisor y de receptor: un suceso psíquico «primero degradado y después actuado, resulta expulsado de su lugar inicial». Además de señalar su naturaleza afantasmática obligatoria e irrevocable, dirigida a promover la actuación de estos sucesos, Racamier los diferencia de la identificación proyectiva en cuanto «el suceso psíquico es más complejo que los afectos que pueden ser más fácilmente sometidos a la proyección identificativa». No es, por tanto, solamente el afecto lo que resulta proyectado (identificación proyectiva), sino un mundo complejo e inconsciente que se refiere a la experiencia de sí mismo en su propio hábitat.

La cuestión es candente para el psicoanalista, que, obviamente, no es un dios: ¿Cómo ayudar al paciente a sustraerse del metafórico maleficio de la petrificación? ¿Cómo proporcionarle el escudo bruñido como un espejo para que —reflejando/reflexionando— pueda defenderse de él y tal vez vencerlo?... Porque la Gorgona aparecerá obligatoriamente en el proceso. Se ha señalado por diferentes autores que en la corriente transferencial psicótica masiva de estos pacientes puede adoptar la configuración clínica de ataques al vínculo o al propio pensamiento (Bion, 1959); de ataques contra las actividades del pensamiento (Searles, 1965); de ofensiva megalomaníaca ejercida sobre el analista (Jacobson, 1967); etc. Digamos sencillamente que el psicótico se defiende de sus ansiedades persecutorias proyectando sobre el analista su medusa interna escindida.

Es decir, en estos pacientes, la impronta meduseante puede aparecer bajo la forma de odio, consecuencia de la decepción, la frustración o el terror indiscriminado. Y toda cura de esquizofrénico tiene que pasar por ahí, con el consiguiente peligro de suicidio.

Un paciente esquizofrénico de 27 años al cabo de un año aproximadamente de análisis y tras varias sesiones en que predomina la transferencia negativa me trae el siguiente sueño:

> «Estaba en pijama en la terraza de mi casa regando las plantas. Una de las plantas empezó a crecer bastante rápido. De repente tenía mi altura y aunque no tenía ojos me miraba con odio. Me asusté porque

me di cuenta de que era una planta carnívora. Intenté salir de la terraza pero la planta me rodeaba con sus tentáculos y creo que quería chuparme la sangre. Yo estaba paralizado, muerto de miedo. Me desperté sudando y gritando y allí estaba mi madre al pie de la cama, riéndose de mí. Pero no me había despertado seguía soñando hasta que me desperté de verdad, empapado de sudor». Hay un silencio y me dice: «No creo que la planta carnívora fuera mi madre».

Mi interpretación del mito de Medusa

He retomado el mito de Medusa que inicié en 1988, a la luz de la relación dinámica continente-contenido y de la descalificación paradójica.

Medusa, mujer pétrea, petrificante, fálica y no solo por la multiplicación de los símbolos fálicos que rodean su cabeza. Acorazada de escamas para no sentir nada en su regazo; manos metálicas y frías, hechas para todo menos para sostener (holding de Winnicott) y acariciar, dientes puntiagudos para desgarrar; un amante fugitivo, padre ausente excluido; esos hijos que no deja nacer, puesto que si nacieran ya no serían todo su cosa y revelarían que es mujer. Para que salgan a la luz habrá que decapitarla, y para que vivan tendrá que morir.

La mirada de Medusa es lo contrario de una mirada amorosa, en la cual el niño puede mirarse y reflejarse; de una mirada que lo envuelve con delicadeza como una totalidad; de una mirada admirativa a través de la cual el niño pueda verter sus emociones. La cara de la madre, dice Winnicott, es para el bebé el primer espejo de él mismo. La mirada juega un papel primordial en la puesta en escena de las interiorizaciones mentales para la constitución de las nociones del sí mismo y del otro y para la diferenciación del objeto. Como el resto de sus canales de comunicación: las manos, el regazo... La mirada de Medusa es lo contrario de una mirada con capacidad de rêverie de Bion o de mirroring de Kohut, abierta a la recepción de cualquier «objeto» del objeto amado y, por tanto, capaz de recibir las identificaciones proyectivas del lactante, ya broten de este como buenas o como malas. La mirada de Medusa es como una flecha envenenada; una mirada que agrede, penetra, ciega, fija y petrifica: la mirada de la descalificación, que mata la vida psíquica, mirada bizca de hecho, y cuyos haces, al igual que los de la paradoja, no se oponen ni se conjugan, pero se cruzan.

La cabellera, más allá del carácter fálico-freudiano, podría simbolizar el mundo de las paradojas, ya que las serpientes que la conforman, si bien están erectas, se enredan en una maraña inextricable. Y si están en la cabeza es porque el territorio escogido para la agresión paradójica es el territorio de la mente. Además, la cabellera de Medusa había sido transformada por Atenea como castigo por haber querido rivalizar con la diosa de la inteligencia, no solo en belleza, sino también en capacidad mental.

Atenea se emplea a fondo para abatir a Medusa, pero no directamente. De ello se encarga Perseo, cuyo destino prefigura el de Edipo. Nacido de los amores de Zeus con Dánae, el oráculo predijo que mataría a su abuelo Acrisio. Para evitar este funesto destino, Acrisio encerró a Dánae y al bebé Perseo en un arca y los arrojó al mar con la vana esperanza de que perecieran. Sin embargo, madre e hijo fueron rescatados. El rey de Sérifos, Polidectes, se enamoró de la madre, a quien la lluvia de oro no había impedido ser virgen. Perseo se negaba a perder esta visión, y fue para conservarla intacta

por lo que acordó con Polidectes la apuesta imposible de traerle la cabeza de Medusa.

Ya lo sabemos: ganará la apuesta, «salvará» a su madre y matará a su abuelo. Su encuentro con Medusa ocupa el mismo lugar que el encuentro de Edipo con la Esfinge. Pero con Medusa estamos más allá de la adivinanza acerca de las edades del hombre. Y, por consiguiente, de sus orígenes. La respuesta sobre los orígenes del hombre la guarda Medusa encerrada en su vientre. En cuanto a las paradojas, apenas deben ser formuladas, y es esencial que no permitan posibilidad alguna de respuesta; basta con que actúen.

Perseo arde en deseos de enfrentarse a la Gorgona, pero desconoce su paradero. Mediante el hábil ardid que ya conocemos consigue que las Grayas le revelen el lugar secreto donde moran sus hermanas. Después de un vuelo agradable, Perseo encontró, por fin, a Medusa. La ve en el espejo reflectante —que reflexiona, que analiza—, en vez de caer en la trampa meduseante de la paradoja.

Perseo reflexiona sobre la paradoja utilizando para ello el instrumento confiado por la diosa de la inteligencia. Desde ese momento, Medusa está pérdida, su poder anulado: duerme. Y entonces le corta el cuello.

Una vez cortada la cabeza de Medusa, una vez cortada la paradoja, dos ríos de sangre manaron del cuello de la Gorgona. La disolución de la paradoja asocia los ejes de la existencia humana: el amor y el odio; y liga las corrientes pulsionales, libidinales y agresivas que permiten la ambivalencia. Recordemos que la exclusión de la ambivalencia, no en el sentido psiquiátrico sino en el sentido psicoanalítico del término, es la esquizofrenia.

De entre eso dos ríos surgieron Pegaso y Grisaor, los hijos que portaba Medusa y que no había dejado nacer mientras estaba viva. Grisaor, que debía engendrar más tarde un monstruo con tres cabezas, sale del vientre armado ya con una espada y sería la representación de Tánatos. Pegaso, con sus alas, como Eros. Como la sangre de la Gorgona, la madeja de la paradoja encerraba estas representaciones agresivas y libidinales; la disolución de la paradoja permite su ligazón y las pone de nuevo en circulación.

Además, Grisaor y Pegaso no necesitan nacer, solo deben liberarse: ya existían, existen desde siempre. Por cierto, según algunos, Pegaso y Grisaor se enredaban en peleas (des-encuentros) ya dentro del vientre de Medusa.

Pero volvamos a Perseo; corta la cabeza de Medusa y se la lleva en el zurrón. Desde luego, será una valiosa ofrenda para Polidectes o para Atenea, que también la quiere. Pero hay que ver otro motivo en este gesto: también Perseo deseaba adueñarse del poder paradójico, puesto que la cabeza de las paradojas, aunque cortada, seguía petrificando de estupefacción. Perseo la usó entonces, podría decirse que «meduseó» con ella. Cuando, arriesgando la vida psíquica, se ha conseguido adueñarse de un arma semejante, se hace irresistible la tentación de utilizarla. Gracias al casco de Hades, Perseo se hace invisible. Aparece aquí el carácter insidioso del poder paradójico, ya que es preciso ocultarse tras las paradojas para que permanezcan deletéreas.

De vuelta, pues, Perseo petrifica aquí y allá. Primero, Atlante; luego al monstruo que amenazaba a la bella y virgen Andrómeda, a quien desposa; después, a un rival de

nombre Fineo, y para concluir, a su mayor rival: Polidectes, el pretendiente de su madre. Es entonces, y solo entonces, cuando Perseo devuelve a Atenea, Hermes, Hades y a las ninfas los artilugios que le habían prestado. Perseo es un Edipo feliz.

Perseo tuvo también el acierto de regalar la cabeza de Medusa a Atenea, que la colocó en el centro de su égida. Podía esperarse que la diosa de la inteligencia sabría no abusar de la paradoja. La paradoja es, ciertamente, un arma de los dioses: se perece cuando se cae bajo sus golpes, pero el apoderarse de ella es igualarse a ellos. Perseo entendió esta verdad, y debemos confiar en que siguió siendo un hombre hasta el fin de su historia.

Más un Perseo que hubiese a la vez sucumbido a la tentación de seguir usando la cabeza meduseante, ¿qué habría sido sino un Perseo narcisista perverso o quizás esquizofrénico?

El mito de Medusa en la literatura del siglo XX

Podría haber elegido como ejemplos descriptivos de gorgonas a personajes históricos de la calaña de Agripina, la madre de Nerón o de Catalina de Medicis, madre de Enrique II de Francia. Dos arquetipos gorgóneos que mantuvieron las riendas de un poder absoluto y sanguinario mediante la seducción y la intriga. Fueron dos gorgonas monstruosas que, mediante la seducción lúbrica y la exaltación narcisista de sus hijos, al tiempo que los aterrorizaban con amenazadoras conjuras y peligros externos, troquelaron a su vez dos monstruos perversos, narcisistas y paranoicos con paso a los actos criminales que recoge la historia. Pero la realidad histórica no es un mito que, como decía en la introducción, es la puesta en movimiento del imaginario del hombre primitivo o del *actual* ante un objeto que aparece como extraño, intrigante o enigmático. Por todo lo cual me decidí por el campo menos saturado de los personajes literarios.

En este sentido en la literatura del siglo XX, hay excelentes descripciones de modernas medusas, que ilustran el funcionamiento mental meduseante y que han sucedido a la tradición oral, a Hesiodo, a Diodoro de Sicilia, a Ovidio, etc.

Por ejemplo, *Vipère au poing,* de Hervé Bazin, escrita en 1948; novela autobiográfica, la primera del autor, fue muy leída en su época. Es la descripción de una Medusa de fuertes raíces en la Francia profunda, a la que sus hijos (y víctimas) llamaban Folcoche (loca-cerda), y la historia de la revuelta encabezada por el protagonista y sus hermanos contra esa «bestia sinuosa, serpiente, medusa...».

> Esta víbora, mi víbora que estrangulé a conciencia pero que sigue surgiendo por todas partes, la izo en alto. Y siempre lo haré, sea cual sea su nombre: ¡odio, política de lo peor, desesperación o gusto por la desgracia! ¡Esta víbora, madre, tu víbora, la izo en alto, la sacudo, avanzo en la vida con este trofeo, asustando a mi público y haciendo el vacío alrededor mío! ¡Gracias madre! Soy aquel que camina con una víbora en el puño.

Reconocemos aquí el odio interno de la víctima a la medusa que utilizó contra él la descalificación paradójica.

Para terminar con H. Bazin, la mirada de Medusa que petrifica. En *Vipère au poing,* la mirada que penetra en el cerebro infantil no es directa, sino que lleva el sello de lo paradójico. En efecto, Folcoche utiliza el efecto aniquilador de la paradoja. Dice: «No

me gustan las miradas falsas. Miradme a los ojos. Así sabré lo que pensáis».

Otro ejemplo, más rotundo si cabe, es el de la señora Boynton, ex celadora de una cárcel, viuda de un millonario americano, que fue alcaide de esa cárcel. Medusa lúcidamente descrita por Agatha Christie en su novela *Cita con la muerte.*

Hablan de la familia Boynton dos personajes de la novela: Sarah, joven doctora en Medicina y el Dr. Gerard, un conocido psiquiatra.

> «Pregunta Gerard: —¿Sabe usted quiénes son?
>
> —Se llaman Boynton. La madre, un hijo casado, su mujer, otro hijo más joven y dos hijas menores.
>
> El doctor Gerard se fija en el centro del grupo y exclama: ¡Cielos!... ¡Qué mujer más horrible! Vieja, arrugada, sentada con la inmovilidad de un viejo y desfigurado Buda, o como una araña en el centro de su tela. Había algo siniestro en ella. Los miembros de su familia la obedecían mirándola con ojos llenos de odio. Entonces Gérard comprendió que la familia la odiaba aunque la obedecía».
>
> (La mirada de Medusa.)
>
> «De pronto la mirada de la anciana cayó sobre él, cortándole la respiración. Los ojos de la mujer eran pequeños, agudos, llenos de fuerza y de maldad... En la malignidad de su mirada halló un paralelo con la mirada de la cobra. Era una mujer que conocía el sentido del poder, que lo había ejercido durante toda su vida y que jamás dudó de su propia fuerza».
>
> (Las garras de Medusa.)
>
> «A continuación, con gran sobresalto, el Dr. Gérard observó sus manos. Estaban ocultas al resto de sus parientes, y bajo la mesa, destrozaban nerviosamente un pañuelo.
>
> La vaga y lejana sonrisa...el cuerpo inmóvil...la malignidad de su mirada...y las activas y destructoras manos (garras)...Esta visión le hizo estremecerse.
>
> —La familia Boynton recorre todo el mundo. Sonrió el Dr. (las escenas se desarrollan en Jerusalén, El Cairo y sobre todo en ¡PETRA!)
>
> —Sí, señala Sarah, pero hay algo muy extraño en la manera que tiene de recorrerlo. Nunca hablan con nadie. Y ninguno de ellos puede hacer nada sin el conocimiento de la madre.
>
> —Es una matriarca —murmuró, pensativo, Gerard.
>
> —Creo que es una completa tirana —dijo Sarah— los tiene a todos bajo su bota. ¡No hay derecho!».

Luego, a lo largo de la novela nos enteramos de que el hijo mayor aparece apático y deprimido.

> Está agotado, vencido por el sufrimiento... Ahora ya no sufre. Aguanta, como embrutecido, como un perro apaleado, a la espera de que su madre descargue sobre él un nuevo golpe; su mujer era desgraciada, estaba sumamente inquieta por su marido... pero era libre... No creo que la anciana tenga ningún poder sobre ella, y por ese motivo le odia más que a nadie. Fíjese en sus ojos.

Los dos hijos siguientes, Raymond y Carol, como Perseo planean asesinar a Medusa Boynton para ser libres.

> —¿Libres? Carol lanzó un suspiro y miró al cielo...
>
> —Seremos normales cuando ella muera? ¿No es demasiado tarde? ¿No seremos siempre extraños y distintos a los demás?
>
> —No sé.
>
> —¡Esta loca! ¡Estoy segura de que está loca!... Si no lo estuviera no podría atormentarnos como lo hace...
>
> —La gente es a nosotros a quienes creerá locos por no habernos atrevido a huir.
>
> —Quizá estemos locos —suspiró Carol.
>
> —Tal vez. O por lo menos lo estaremos pronto.
>
> —¿Y porque no rompen con ella? —preguntó Sarah—. Podrían hacerlo.
>
> —En eso se engaña usted. No pueden... Recuerde que esa mujer los ha tenido en sus manos desde que eran niños. Su dominio ha sido mental. Les ha amaestrado para que no puedan desobedecerla. Ya sé que

muchos dirían que eso es una estupidez; pero usted y yo sabemos que no lo es. Les ha hecho creer que es inevitable ya que dependen de ella. Hace tanto tiempo que están en la cárcel, que si vieran la puerta abierta no se atreverían a escapar. Uno de ellos, al menos, ya no quiere ser libre, ¡todos tienen miedo a la libertad!

La pequeña, Ginebra, padece un delirio paranoide y de grandiosidad «—Ginebra... Ah, la pobre Ginebra, ella desde el punto de vista de su madre, es la que menos emociones proporciona, porque la chiquilla había encontrado el medio para huir de aquello. Huye de la realidad y se refugia en la fantasía. Cuanto más la martiriza su madre, más placer encuentra ella en imaginarse que es una heroína perseguida» (creando su propio mito). Desde el punto de vista de la señora Boynton, su hija es muy aburrida. Y por ello decide el viaje al extranjero. «Así se enfrentará con el estimulante peligro de que sus domesticadas bestias se subleven; se presentarán oportunidades de hacer más daño, causará nuevos dolores. Parece absurdo, pero es así».

Bibliografía

Abraham, K., *Psicoanálisis y Psiquiatría,* Buenos Aires, Hormé, 1961.

Bazin, H., *Vipère au poing,* París, Livre de Poche, 1948.

Bion, W. R., *Aprendiendo de la experiencia,* Buenos Aires, Paidós, 975.

— *Volviendo a pensar,* Buenos Aires, Hormé, 1977.

— *Transformaciones. Del aprendizaje al crecimiento,* Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1972.

Christie, A., *Cita con la muerte,* Barcelona, Editorial Molino, 1965.

Crespo, L. F., *Paradojas y metamorfosis de los esquizofrénicos, Clínica de la Identificación Proyectiva,* Madrid, Tecnipublicaciones, 1988.

— *La identificación proyectiva en las psicosis,* Madrid, Biblioteca Nueva, 1972.

Ferenczi, S. (1921), *Simbolismo de la cabeza de Medusa. Teoría y técnica del psicoanálisis,* Buenos Aires, Paidós, 1967.

Freud, S. (1922), *La cabeza de Medusa. Obras completas,* tomo VII, Madrid, Biblioteca Nueva, 1972, pág. 2.970.

— *La Histeria. Obras Completas,* tomo I, Madrid, Biblioteca Nueva, 1972.

— *Psicopatología de la vida cotidiana. Obras Completas,* tomo III, Madrid, Biblioteca Nueva, 1972.

— *El chiste y su relación con lo inconsciente. Obras Completas,* tomo III, Madrid, Biblioteca Nueva, 1972.

Green, A., «Sur la mère phallique», *Revue française de Psychanalyse,* 1968.

— *La mère morte,* en *Narcissisme de vie, narcissisme de mort,* París, Les éditions de minuit, 1983.

Klein, M. (1923), *The psychoanalysis of children,* Londres, Hogarth Press, 1954. [Trad. cast.: *Desarrollos en Psicoanálisis,* Buenos Aires, Hormé, 1971.]

Kohut, H., *How does Psychoanalysis cure?,* Chicago, The University Chicgo Press, 1984. [Trad. cast.: *¿Cómo cura el psicoanálisis?,* Buenos Aires, Paidós, 1986.]

Racamier, P. C., *Los esquizofrénicos,* Madrid, Biblioteca Nueva, 1988.

— *Le génie des origines: psychanalyse et psychoses,* París, Payot, 1992.

Winnicott, D. W., *«Primary maternal preocupation»,* en *Collected Papers: Trough Paediatrics to Psychoanalysis,* Londres, Tavistock, 1958. [Trad. cast.: *Escritos de pediatría y psicoanálisis,* Barcelona, Laia, 1979.]

— (1965), *The maturational Process and the Facilitating Environment*: *Studies in the theory of emotional development,* Londres, Hogarth Press. [Trad. cast.: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional,* Buenos Aires, Ed. Paidós, 1993.]

— (1965), *La familia y el desarrollo del individuo,* Buenos Aires, Ed. Lumen-Hormé, 1995.

9 *Revista de Psicoanálisis,* núm. 48, APM, 2006.

PSICOANÁLISIS EN LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS

Falso *Self* Institucional[10]

> Es cierto que el psicoanálisis, a pesar de lo que haya podido progresar en el conocimiento y tratamiento de los psicóticos, está muy lejos de haber desvelado todos sus misterios: quien cree que nada le escapa a su compresión, en realidad no comprende nada, y aquel que no comprende todo, está en el camino de poder entenderlo.
>
> La primera hora de tratamiento de un esquizofrénico basta para pensar que uno sabe de esquizofrenia, y hacen falta veinte años de experiencia para darnos cuenta de que sabemos muy poco.
>
> P. C. Racamier

Introducción

Los programas alternativos al hospital psiquiátrico deberían ofrecer al paciente psicótico una provisión especializada, entretejida con su regresión. Si se limitan a gestionar los asuntos de los psicóticos reaparecerá el fenómeno de la «puerta giratoria» y nuevas formas de hospitalismo sin hospital, y alimentarán la necesidad de otros lugares que se hagan cargo de los pacientes. Los modelos conceptuales de Winnicott y de Bion amplían, a mi juicio, la compresión psicoanalítica del problema, y su aplicación a nuestro trabajo en los nuevos Servicios Públicos de Salud Mental aumentará su calidad.

Hace ahora una década proponía el concepto de falso Self Institucional (1977), concepto que en mi opinión conserva su vigencia y operatividad, a pesar de la transformación del hospital psiquiátrico y de la actual atención a la salud mental según programas de desinstitucionalización y reinserción social.

En efecto, por una parte la ampliación de las ideas de Winnicott (1955) sobre el falso *Self* a la clínica de las desorganizaciones psicóticas ha sido retomada por García Badaracco en un trabajo publicado recientemente en el *Int. J. Psycho-Anal*. (1986), al cual me referiré más adelante; por otra parte, las mutaciones del encuadre en la asistencia a psicóticos, si bien cambia el funcionamiento de la institución, no cambia la esencia de su definición psicológica: «Para el ser humano, cualquier elemento concreto o abstracto, con el cual esté relacionado y permanezca igual a sí mismo a través del tiempo, es una institución» (Castelnuovo, 1986).

Falso *Self* Institucional: su aplicación a los nuevos modelos asistenciales de las psicosis clínicas

Escribía entonces:

El concepto de falso Self Institucional tiene sus fundamentos teóricos en las ideas de la escuela kleiniana y sobre todo de Winnicott.

Los trabajos kleinianos han profundizado en el estudio de las posiciones del desarrollo instintivo y del apartado psicótico. Los más conocidos de estos trabajos son los de Segal (1950), Bion (1957, 1959) y Rosenfeld (1971, 1979). En ellos se admite la existencia muy precoz en el niño de una relación de objeto fantaseada, y en forma parecida en los psicóticos.

Esta relación es parcial, sobre todo en la posición esquizoparanoide, donde el objeto se escinde como el *Self* en dos partes antagónicas: el Yo precoz se organiza por medio de identificaciones proyectivas. La esquizofrenia se concibe cómo una regresión masiva a esta posición.

Por su parte, Winnicott (1955) dice que en «el desarrollo temprano de los seres humanos, el medio que se comporta suficientemente bien (que hace una adaptación activa bastante buena) permite que el desarrollo personal tenga lugar, los procesos del *Self* pueden así mantenerse activos, en una línea ininterrumpida de crecimiento vital. Si el ambiente no se comporta bastante bien, el individuo se ve envuelto en reacciones frente a esa falla, y los procesos del *Self* quedan interrumpidos. Si esta situación alcanza un índice cuantitativo, el núcleo del *Self* necesita protección; hay una detención, el *Self* no puede hacer nuevos progresos a menos que la situación de fracaso ambiental sea corregida. Una vez que el verdadero *Self* está protegido, se desarrolla un falso *Self* construido sobre una base de sometimiento defensivo, esto es, la aceptación de la reacción frente al medio. El desarrollo de un falso *Self* constituye una de las organizaciones defensivas más eficaces, destinada a la protección del núcleo del *Self* verdadero y su existencia trae como resultado el sentimiento de futilidad. En efecto, mientras el centro de operaciones del individuo se encuentra en el falso *Self,* hay un sentimiento de futilidad y, en la práctica, encontramos que el sentimiento de que la vida vale la pena surge en el momento en que el centro operativo se desplaza desde el falso al verdadero *Self,* aun antes de la completa entrega del núcleo del *Self* al Yo total.

Sobre esta base podemos formular un principio fundamental de la existencia: lo que procede del verdadero *Self* se experimenta como real (y más tarde como bueno), cualquiera que sea su naturaleza y por agresivo que sea; lo que sucede en el individuo como reacción frente a la interferencia ambiental se experimenta como irreal, fútil (y más tarde malo), y por muy satisfactorio que sea desde el punto de vista sensual.

Considera Winnicott (1955) que la enfermedad psicótica constituye una organización defensiva destinada a proteger al verdadero *Self* y, también a su sensación de que la salud aparente con un falso *Self* carece de valor para el paciente. La enfermedad psicótica, dice, está relacionada con un fracaso ambiental en una etapa tempana del desarrollo emocional del individuo. El sentimiento de futilidad e irrealidad corresponde al desarrollo de un falso *Self,* que surge para proteger al verdadero *Self.*

¿Qué pasa con el paciente psicótico que ingresa en el Hospital Psiquiátrico de corte clásico en un estado de regresión clínica?

En la práctica se dan los siguientes hechos: el paciente no encuentra habitualmente en ese medio institucional una provisión ambiental especializada, entretejida con su regresión. Sin la provisión de ese marco confiable, el paciente no puede experimentar un nuevo sentido del *Self* entregado al Yo total, que le permitiría un nuevo desarrollo progresivo de los procesos individuales.

Por el contrario, el hospital reproduce la situación del fracaso ambiental de una etapa precoz del desarrollo del paciente; es decir, su etapa de bebé junto a una madre inadecuada: que no le daba amor, sin capacidad de *rêverie,* exigente... que le hizo,

entonces, desarrollar un falso *Self* para proteger al verdadero. Ahora en el hospital psiquiátrico, desde su estado regresivo desorganizado y caótico de bebé-adulto, el paciente debe proteger de nuevo el núcleo del *Self*. Y además tiene que sobrevivir. Por eso, una vez que el verdadero *Self* está protegido el paciente desarrolla lo que yo llamo un falso *Self* Institucional construido sobre una base de sometimiento defensivo, esto es, la aceptación de la reacción frente al medio hospitalario.

De los conceptos de Winnicott surge una nueva comprensión de los problemas relacionados con el hospitalismo y con el Hospital Psiquiátrico como factor de alienación. Pienso incluso que muchos de los pacientes etiquetados como «defectuales» por la Psiquiatría Clínica pueden entenderse psicológicamente como pacientes que han desarrollado un falso *Self* Institucional.

Desde esta perspectiva, muchos de los programas de Rehabilitación del Enfermo Mental, tan en boga actualmente, no pueden alcanzar sino objetivos muy limitados, ya que potencian únicamente la capacidad adaptativa del falso *Self* Institucional, sin tener en cuenta que la regresión forma parte de un proceso curativo.

Por otra parte, el deseable cambio estructural del Hospital Psiquiátrico custodial e incluso represivo, en una institución modélica de las que se ocupan del paciente las veinticuatro horas al día, no es suficiente para darle una orientación realmente curativa. No olvidemos que los bebés de las madres sobreprotectoras desarrollan también un falso *Self*. Y que en muchos de estos modernos Sanatorios los pacientes hacen, a menudo, un cierto hospitalismo. Es evidente que una institución psiquiátrica debe funcionar de acuerdo con las necesidades terapéuticas de los enfermos, pero con la condición de no olvidar «la provisión de un marco confiable» individualizado que produzca las primeras y más tempranas técnicas maternas. Siguiendo a Winnicott este marco confiable «permite que la regresión sea un mecanismo curativo, que permanece como algo potencial a menos que se proporcione una nueva adaptación ambiental confiable que el paciente puede emplear para corregir el fracaso adaptativo original».

Debo aclarar, para terminar, que Winnicott se refiere en sus trabajos a una «regresión organizada» en el marco del análisis y que yo he ampliado su concepto al campo de la «regresión clínica» y el marco institucional, porque la experiencia clínica lo ha hecho válido.

En el ya citado trabajo sobre el *maddening object,* J. García Badaracco (1986) considera operativo desde su experiencia clínica pensar en los pacientes psicóticos como seres que funcionan desde identificaciones patógenas incluidas en el *Self* pre-psicótico en las que han quedado atrapados y que no están sustentadas por desarrollos genuinos de un Yo capacitado en la utilización de sus propios recursos. El verdadero *Self* no se ha desarrollado porque estas identificaciones patógenas, con figuras parentales que se impusieron como imprescindibles, supusieron la interiorización adaptativa de un ambiente inadecuado en una edad temprana del desarrollo emocional, obligándole a constituirse mediante formaciones estructurales defensivas como falso *Self,* basándose en este sometimiento y no le permitieron desarrollar una identidad consistente, su genuino *Self,* sobre la base de su propia espontaneidad.

También considera García Badaracco que la desorganización psicótica puede presentarse como un intento de liberarse de una estructura mental rígida, de ruptura del falso *Self* y de busca de ese núcleo íntimo-auténtico. En ese caso, dice García Badaracco, la desorganización psicótica puede considerarse un elemento útil para una reorganización más sana y puede constituir una buena oportunidad para un intento de curación.

Como puede observarse, García Badaracco hace una extrapolación de los conceptos de Winnicott sobre el falso *Self* y la regresión dentro del encuadre psicoanalítico a la clínica de las desorganizaciones psicóticas. Extrapolación que coincide con mis propias ideas al respecto, expresadas en varios trabajos sobre el falso *Self* Institucional (1977, 1978, 1979, 1982). La coincidencia conceptual con un psicoanalista de tan dilatada experiencia en el tratamiento de psicóticos y experto en la función terapéutica de las instituciones, que avalaba la vigencia de mis planteamientos, me animó a proseguir en esta línea. Por mi parte, considero además que su aplicación a los nuevos diseños institucionales continúa siendo operativa, como intentaré demostrar más adelante. García Badaracco, por su parte, en un contexto más delimitado y específico, introduce y desarrolla el concepto de «objeto enloquecedor».

El nuevo marco institucional, mejor diríamos «desinstitucional», hace referencia fundamentalmente a la regresión clínica de los «nuevos» psicóticos crónicos (1986). No incluye, por tanto, aunque las fronteras sean flexibles, al remanente manicomial, constituido por los pacientes que en literatura anglosajona se denominan *hard core,* no desinstitucionables. No voy a referirme aquí tampoco a las vicisitudes derivadas de los cambios institucionales que indefectiblemente producen la movilización del nivel sincrético ya que con ellos se destruye una unidad, obligando al Yo a un enfrentamiento con ansiedades confusionales para el mismo. Sin embargo, cabe aclarar, a partir de las ideas de Bleger (1965,1967), que el Yo discriminado no reconoce como propios los elementos sincréticos, en la medida que nunca le pertenecieron, ya que son aspectos clivados precisamente para posibilitar la estructuración yoica. La elaboración de los mismos implica una creación del proceso secundario y de sectores del Yo realmente nuevos. Pero, insisto, los problemas relacionados con los cambios institucionales que acarrean inevitablemente modificaciones adaptativas del Yo, incluyendo tanto los posibles aspectos enriquecedores como diversos aspectos patológicos, han sido ya exhaustivamente abordados desde diferentes parámetros[11].

Además al multiplicarse, repitiéndose, de forma tan vertiginosa se trivializaron y se vaciaron de contenido.

Lo que nos interesa ahora es reflexionar sobre el futuro terapéutico y la capacidad de antifilesis[12] o de holding de las nuevas instituciones una vez consolidadas, es decir, conformando un conjunto de normas y actitudes que se prolongan a través del tiempo, y con el que los pacientes establecen por tanto un vínculo indiscriminado sincrético, que corresponde a los estados más primitivos de su personalidad.

Porque si bien es cierto que la transformación en la atención a los pacientes mentales crónicos en los últimos años pone su acento en la desinstitucionalización, no debe

llevarnos a engaño: frente a los dispositivos asistenciales tradicionales las nuevas corrientes en el tratamiento y cuidados de los psicóticos de larga evolución han impulsado la creación de múltiples organizaciones y nuevos servicios que han llevado a Goldman et al (1986) a proponer el cambio del término desinstitucionalización por el de transinstitucionalización que consideran más realista.

Pero, insisto, la dimensión psicológica de la institución para el ser humano no puede reducirse a unos viejos muros, sino que la conforma cualquier elemento concreto o abstracto, con el cual el paciente está relacionado y permanezca igual a sí mismo a través del tiempo. Se pueden incluir aquí la ideología, el esquema referencial, los programas, el hospital de día, el piso protegido, el domicilio familiar, etc. Dicho de otra manera: los factores alienantes que operan en el manicomio encuentran un fiel correlato fuera de él.

Como escribía hace diez años en el artículo transcrito literalmente al inicio de este trabajo, los Programas de Rehabilitación y de Reinserción social, no pueden alcanzar sino objetivos muy limitados si potencian únicamente la capacidad adaptativa del falso *Self,* sin tener en cuenta que la regresión forma parte de un proceso curativo. La psique individual de cada paciente regresivo puede reiniciar un desarrollo más sano en un marco adecuado. En este marco, el individuo puede crearse gradualmente un medio ambiente personal. Si todo va bien, como diría Winnicott, y el medio ambiente creado por el paciente se convierte en algo lo suficientemente parecido al medio que hubiera necesitado en una etapa precoz de su vida, en la que residen los cimientos de la salud mental.

La creación de este marco confiable alcanza en la relación paciente-terapeuta-institución, profundidades y complejidades similares a la de la propia praxis psicoanalítica, y demanda exigencias de formación y madurez en el equipo terapéutico para la comprensión y manejo básico de la relación transferencial y de la contratransferencia. Pero esto no significa en absoluto la pretensión de que el peso de la asistencia pública psiquiátrica deba consistir en una creciente profusión de psicoterapias analíticas más o menos «silvestres». Concibo los equipos asistenciales de la salud mental como una red de gran complejidad en estrecho contacto con los servicios sociales, imprescindibles en el tratamiento de los llamados nuevos crónicos y del remanente manicomial.

La técnica de tan gran precisión y tan segura en el marco del consultorio psicoanalítico con pacientes psiconeuróticos o narcisistas (borderline), tiene riesgos no desdeñables cuando se practica institucionalmente con los pacientes a que nos venimos refiriendo. En este sentido, la agresividad técnica, psicoanalítica en este caso, de algunos terapeutas, recuerda lo del médico que enderezaba jorobados en uno de los relatos de Sue Tao, en el que Chiang Ying-Ke cuenta que había una vez un médico que se vanagloriaba de mejorar a los jorobados. Uno de ellos se dirigió a él para que le desembarazara de su joroba; el charlatán cogió dos tablones, colocó uno en el suelo, hizo acostarse al jorobado, colocó el segundo tablón encima, y subiéndose pisoteó con fuerza a su paciente. El jorobado quedó derecho, pero murió, y como el hijo del muerto quiso llevarlo a la Justicia, el charlatán exclamó: «Mi oficio es el de curar a los jorobados de

sus jorobas; yo las enderezo; que mueran o no, eso a mí no me concierne». Hace cinco siglos pasaban estas cosas. Por el contrario, el modelo psicoanalítico que propongo propiciaría, a mi juicio, un seguimiento de los cuidados somáticos y mentales a estos pacientes, y evitaría numerosos dramas individuales y/o familiares. En este sentido, la creación de un ambiente receptivo y comprensivo debería incluir el trabajo con el círculo familiar del paciente. Cabría hacer aquí una exploración del siguiente texto de Freud (1905) en el conocido caso Dora: *deberemos dedicar tanta atención a las circunstancias puramente humanas y sociales de los enfermos como a los datos somáticos y a los síntomas patológicos. Ante todo, dedicaremos interés preferentemente a las circunstancias familiares de los enfermos, y ello, como luego veremos, también por razones distintas de la herencia.* En parecidos términos se manifiesta Freud en otros momentos de su obra, por ejemplo, en «La terapia analítica» (1917) de las «Lecciones introductorias».

Volviendo de nuevo a Winnicott, debemos tener presente que la regresión representa la esperanza del psicótico de que ciertos aspectos ambientales, que fracasaron por insuficiente capacidad intuitiva materna por una parte, y/o por incapacidad innata del bebé para tolerar la frustración por otra, pueden ser recreados ahora en forma adecuada y, por consiguiente, producirse una relación positiva que facilite el desarrollo de las tendencias hereditarias hacia la maduración.

Los sucesivos brotes psicóticos, más o menos agudos, más o menos frecuentes, corresponden a un fracaso de las defensas tal y como se organizaron en determinadas fases de la vida para proteger el verdadero *Self;* estas crisis terminaron al organizarse nuevas defensas, constituyendo un falso *Self,* modelo de la «nueva cronicidad» en nuestro caso. De forma que lo que llega a nuestros servicios es una versión tardía, cuando ya el paciente ha desarrollado una cierta autonomía del Yo que le permite ser una persona portadora de una enfermedad mental crónica.

Es evidente que la comprensión intelectual posibilita la adaptación ambiental insuficiente en adaptación suficiente. Donde exista una dotación intelectual restringida (pacientes con gran defecto y/o los tejidos cerebrales dañados del remanente manicomial), la capacidad del psicótico para convertir una adaptación ambiental insuficiente en otra suficiente se ve disminuida. En todo caso, en el funcionamiento de este mecanismo, el paciente se encuentra en una situación mucho mejor cuando el medio se comporta adecuadamente.

La aproximación a la clínica de la nueva cronicidad desde el esquema referencial de Winnicott al modelo de Bion representado por la relación dinámica entre algo que se proyecta, un «contenido», ♂, y un objeto que lo contiene, «continente», ♀, sería conseguir un medio-continente capaz de estar abierto a las proyecciones-necesidades del paciente. En primer lugar, el paciente internaliza buenas y repetidas experiencias de su relación con el nuevo medio. Además, el medio-continente devuelve al paciente, convenientemente metabolizadas, sus identificaciones proyectivas patológicas. En mi opinión, el modelo de Bion (1957, 1959), desarrollado por su autor en «Una teoría del pensamiento», es especialmente apto para ser aplicado a los nuevos dispositivos

asistenciales.

De manera que, con independencia de su adscripción a las áreas social o sanitaria, los organismos y servicios alternativos no deberían limitarse a gestionar los asuntos de los psicóticos crónicos, pues aparecerían nuevas formas de hospitalismo sin hospital o alimentarían la necesidad de otros lugares —de nuevo el hospital psiquiátrico— que se hicieran cargo de estos pacientes, sino que el objetivo debería ser una adaptación sensible y activa de los nuevos servicios a las necesidades regresivas del psicótico, recreando, en la medida de lo posible, un medio no psicótico. Porque, obviamente, el falso *Self* no puede alcanzar la independencia, sino tal vez una pseudo-independencia dentro de un ambiente psicótico. Es evidente que los nuevos modelos deben funcionar de acuerdo con los objetivos de autonomía y reinserción social, pero a condición de no olvidar «la provisión de un marco confiable» individualizado que reproduzca las primeras y más tempranas técnicas maternas. Como decía en el artículo precedente y siguiendo a Winnicott, este marco confiable «permite que la regresión sea un mecanismo curativo, que permanece como algo potencial a menos que proporcione una nueva adaptación ambiental confiable que el paciente pueda emplear para corregir el fracaso adaptativo original».

Bibliografía

Guntrip, H., *Estructura de la personalidad e interacción humana,* Buenos Aires, Paidós, 1965.

— *El Self en la teoría y la terapia psiconalíticas,* Buenos Aires, Amorrortu, 1973.

Winnicott, D. W., «Deformación del ego en términos de verdadero y falso», en *El proceso de maduración en el niño,* Barcelona, Ed. Laia, 1975.

10 Texto ampliado y corregido del trabajo publicado bajo el título *«Falso Self Institucional: su aplicación a los nuevos modelos asistenciales de las Psicosis Clínicas»,* en *Psiquiatría Pública,* vol. I, núm. 2, 1977.

11 En el Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Sevilla, 1977), un grupo de colegas de la Sociedad Española de Psicoanálisis y de la Asociación Psicoanalítica de Madrid presentamos conjuntamente nuestras reflexiones sobre «El psicoanálisis en la Institución Psiquiátrica».

12 La antifilesis es la respuesta afectiva aristotélica.

La identidad psicoanalítica en las instituciones de salud mental[13]

De la institución pública

La sociedad demanda a la institución pública de salud mental que se encargue de la defensa del paciente como de la suya propia, en aras de asegurar la estabilidad social.

Estos objetivos van a configurar una dinámica institucional, dirigida al mantenimiento, alivio y curación sintomática del paciente, pero que implícitamente conllevan, como veremos más adelante, la negación de la realidad psíquica, por lo que entran en contradicción con el psicoanálisis, cuyo fin es el esclarecimiento de dicha realidad.

Como escribía Szasz,

> la psiquiatría siempre ha servido intereses de familias, grupos o de la sociedad. Cuando los enfermos mentales eran desterrados a manicomios apartados, era una empresa de la comunidad; era lo que quería la comunidad, no los enfermos. Si hoy la sociedad es más escrupulosa y desea «cuidar» de ellos con más elegancia, persiste el hecho de que lo que prevalece en tales empresas psiquiátricas es la voluntad de la comunidad, no la del sujeto. Que hagan psicoanalistas esa clase de trabajo y pretendan estar sirviendo a las necesidades del paciente, solo ha disimulado el problema, no lo ha resuelto.

Podríamos partir de que el buen funcionamiento institucional se asemeja a los brazos que acogen durante un breve tiempo, el de la enfermedad aguda, pero sin permitir que el objeto-institución aporte un significado a los síntomas del sujeto y con ello una reorganización y un cambio intrapsíquico.

Por el contrario, el trabajo institucional con el paciente se realiza bajo las siguientes premisas:

— Participando de la corriente predominante en la sociedad de intolerancia a la frustración y al dolor mental.

— Mediatizada por un encargo de la sociedad y de la familia, y no por el deseo y la elección del sujeto.

— En el tiempo de la institución; variable según el momento económico e ideológico de la sociedad, pero que solo permite la cronología histórica o la perspectiva evolutiva.

Un tiempo que llegará a su fin cuando, como sabe y generalmente desea el paciente, los síntomas desaparezcan o atenúen su intensidad, pero que nada tiene que ver con el tiempo del sujeto. Esta carencia de temporalidad impide, como dice Green, la posibilidad de insight, consistente en la visión interna de unos deseos, repetidos pero irrealizables.

Estas tres premisas marcan el inicio, desarrollo y finalización de la realización y dinámica institucional, así como el papel que desempeña el profesional.

De esta manera se establece un campo dinámico entre paciente y medio institucional que se caracteriza por:

a) Movimientos de ida que son los síntomas del paciente; representan los símbolos de

un padecimiento y la estructuración de una fantasía de enfermedad y curación dirigida a otro.

b) Movimientos de vuelta en forma de prescripciones, señalamientos, orientaciones, silencios, etc., por parte del profesional que recibe la demanda.

Entendiendo en términos analíticos, un profesional suficientemente bueno utilizará su capacidad de holding, rêverie, adecuación de respuestas, timing, etc. A través de su presencia establecerá un vínculo transferencial, en principio idealizado, que vehiculiza una relación primaria de objeto, donde trata de estabilizar, regular y completar las funciones básicas del paciente.

Esta a su vez contribuye a intensificar el tipo de relación mencionada, mediante el mantenimiento de la esperanza en la figura de un médico omnipotente, ante el que solo cabe la posición pasiva y dependiente.

Los receptores de los movimientos de ida son entre otros:

1. Psiquiatra y psicólogo cuyas intervenciones intentan, de acuerdo con el modelo de atención médica, describir, clasificar y tratar los síntomas dentro de un entorno social y psicológico.

Su contenido les ha convertido en cómplices inconscientes a lo largo de la historia, tanto de la negación del mundo interno, trasladando y fijando conceptos como angustia, deseos, sufrimiento psíquico, etc., a lugares que no les corresponde, como de la resistencia al cambio al considerar a los enfermos como equivocados.

Como consecuencia del punto anterior, nos encontramos con que la única posibilidad de expresión de los conflictos y de su escucha ha sido, según el momento histórico, el cuerpo, la mente biologizada o la fenomenología psicoanalítica, entendida como el trabajo con conceptos psicoanalíticos, pero sin una verdadera identidad analítica.

La negación del mundo interno se ha visto reforzada por la dificultad de los médicos de aceptar que no toda la patología tiene una casualidad exclusivamente orgánica o, con un lenguaje más moderno, una alteración bioquímica de los neurotransmisores, por lo que implica de ansiedad en el objeto de nuestro trabajo y pérdida de poder.

La aceptación de la dimensión psíquica ha significado en muchos casos que se renuncie a describir y clasificar hechos que se pueden realizar en el contexto de la fenomenología psicoanalítica.

La complicidad por parte del paciente tiene que ver tanto con no poder o no querer tolerar los aspectos psíquicos de su propia enfermedad mental, como con el deseo de ser escuchado en un nivel de expresión manifiesto y recibir una devolución en los movimientos de vuelta, a los que antes nos referíamos, que incluya solo el contenido farmacológico o, más modernamente, la gestión administrativa de su propia vida.

2. Psicoterapeutas de orientación dinámica. Todos aquellos profesionales que en su práctica utilizan enfoques terapéuticos con las siguientes características:

— Parten de la teoría analítica y utilizan algunas de sus conceptualizaciones.
— Sus metas son distintas a las del psicoanálisis: supresión de los síntomas en lugar

del conocimiento del inconsciente.

— El camino que se recorre con el paciente no se basa en la reestructuración de ciertas necesidades emocionales del paciente.

— La técnica está basada en la sugestión, abreacción, manipulación, clarificación e interpretación, pero no se centra sobre la interpretación.

— El método no parte de la asociación libre sino de limitar el potencial regresivo, interviniendo no tanto en el adentro de la relación psicoterapéutica, sino en los conflictos y situaciones externos a dicha relación.

Seguramente en un principio surgen tanto de la necesidad de los psicoanalistas de distanciarse del modelo médico pero sin romper con él, como de encontrar una nueva identidad a partir de la cual construir una historia.

El psicoanalista ante la institución

Todo este posicionamiento parece en principio incompatible con el del psicoanalista, que desvela e interpreta la fantasía inconsciente pero ni la sostiene ni la utiliza, y en suma estructura una relación dirigida al conocimiento del inconsciente.

La situación psicoanalítica estimula afectos básicos primitivos tanto en el analizado como el analista. Como dice Bion, es por esto que emociones tales como el amor, el odio y el miedo se agudizan hasta tal punto que pueden hacerse casi insoportables para la pareja analítica. Es el precio que se paga por la transformación de una actividad acerca del psicoanálisis en otra actividad que «es psicoanálisis».

La relación entre medicina y psicoanálisis, que en nuestro estudio podría extenderse a instituciones y psicoanálisis, Bion la aborda remarcando que el punto de encuentro tendría que ver con que la interpretación conlleva aspectos terapéuticos, en cuanto va dirigida a la supresión de un síntoma.

De la misma manera, el desencuentro y la confusión tendrían que ver con que las interpretaciones también suponen la reintegración de contenidos psíquicos que permiten el desarrollo mental detenido, y esto ya no corresponde al modelo médico, ni se desarrolla en el tiempo ni en las condiciones que marca la institución.

Como punto de partida pensamos que el psicoanalista tiene sentido en la salud mental pública si se cumplen estas dos condiciones:

1. Si el descubrimiento y la aceptación de la enfermedad mental y la cientificación del pensamiento posibilitan que la realidad psíquica temida se transforme en verdad que se busca y acepta. El psicoanálisis cobra entonces sentido como método de investigación y fuente de conocimiento psicológico al desvelar el sentido —la verdad— del síntoma, mediante la escucha del inconsciente.

2. Si se posee una verdadera identidad analítica que posibilite, sin abdicar de ella, trabajar aparentemente en lo manifiesto, pero asegurando tramitar con una coherencia interna las múltiples paradojas ante las que deberá poder ubicarse, que son entre otras:

a) Servir en lo manifiesto a los deseos de la institución y de la comunidad, dentro de

un modelo de atención médica.

b) Encontrarnos con pacientes sin una neurosis de transferencia establecida, con síntomas que no podemos entender como desearíamos y sin poder interpretar aquello que le permita reintegrar a la conciencia los contenidos psíquicos excluidos.

c) Interviniendo en un escenario que carece del trabajo con representaciones transferenciales y de interpretaciones que puedan rescatar tanto al paciente como al analista de la confusión y recuperar la identidad perdida.

Nos movemos, en el mejor de los teatros posibles, en un terreno donde todo es mucho más difuso que en la cura tipo.

Todo esto puede hacerse desde la identidad analítica o desde la utilización y el manejo de los conceptos psicoanalíticos; los objetivos y resultados son muy distintos, ya que en el segundo caso se puede, con la mejor intención, contribuir al desarrollo de un falso self en el paciente, que llega a ser menos problemático según las normas sociales pero sin haber modificado el conflicto intrapsíquico, o sin haber aportado al menos un referente distinto.

Dicho de otra manera, y estableciendo un símil con la estructura de personalidad, podemos trabajar en el primer caso como vive el neurótico, es decir, en el seno de los conflictos —institución— o en el segundo caso, como el psicótico a pesar de y en contra de los conflictos —institución.

Encuadre

Seguramente uno de los problemas no resueltos del psicoanalista en la institución es la falta de encuadre externo que posibilite disponer de un encuadre interno.

Esta creencia determina lo que podríamos considerar una invasión de variables y angustias psicóticas que provienen tanto del paciente como de la institución.

Por tanto, al analista que trabaja en la institución pública deberá poder dotarse de un encuadre y de un espacio que seguramente tendrá que adecuar constantemente para poder observar, analizar, promover pensamiento y crecimiento mental.

Un encuadre que asegure un grado de proximidad al funcionamiento psíquico que observamos y que posibilite la consecución de:

a) Una distancia reaseguradora sin aproximarnos en exceso a una conflictiva que no podremos abordar, aceptando las limitaciones impuestas desde la institución, dirigiendo y adaptando nuestras intervenciones sobre aquel material en el que se pueda incidir. De esta manera limitamos implícitamente el número de variables a las que estamos sujetos.

b) Sin parapetarse detrás de una supuesta identidad psicoanalítica con un falso encuadre.

En suma, un encuadre adecuado para pensar, entender y trabajar con el paciente en la institución, que reafirme lo verdaderamente importante, es decir, poder seguir disponiendo de la identidad analítica.

Sobre la identidad

La identidad cuya expresión más sencilla es aquella que permite que el individuo se reconozca a sí mismo como «yo soy yo», implica por lo menos en una primera aproximación y a nivel profesional la duda razonable de si es posible que el psicoanalista trabaje como tal en la institución. En caso afirmativo saber y poder introducir, aceptar y tolerar las modificaciones necesarias para mantener su función.

En principio los sentimientos que pueden aparecer en el trabajo institucional y dificultarlo son: malestar y frustración, ya que se demanda algo no demasiado apropiado, que teóricamente es «menos» de lo que el analista conoce y desvalorizado por el mismo; desconcierto: al tratar con paliativos algo que requiere otro tipo de intervenciones; incomodidad por estar lejos de la técnica analítica; confusión respecto al juego transferencia-contratransferencia y al tipo de intervenciones.

Podemos entender la identidad profesional como la resultante de un proceso de interrelación de tres vínculos que comprenden la integración espacial, social y temporal.

La integración espacial se refiere a la relación entre las distintas partes del self profesional entre sí (psicoanalítica, médica, psicológica, rol institucional, etc.) manteniendo una cohesión e integración operativa.

Siempre se ha reconocido la importancia de la disociación operativa como un mecanismo necesario para poder trabajar con determinados pacientes, según los momentos y lugares.

Pensamos que para disponer de una identidad analítica y poder utilizar la disociación operativa, es necesario como paso previo haber alcanzado una suficiente integración operativa; mecanismo que tiene por finalidad la consecución de una relación entre los diferentes componentes de la identidad profesional.

De esta forma se evitan las mimetizaciones con objetos idealizados y se consigue un enriquecimiento, imposible desde la idealización, aunque sea la psicoanalítica.

Pensamos que, por tanto, existe:

a) Una identidad profesional manifiesta que puede variar en respuesta a circunstancias externas y a las características psíquicas del profesional, del paciente y de la relación entre ambos.

b) Una identidad integrada psicoanalíticamente que permite trabajar en lo manifiesto según el medio y el paciente, sin tener como única meta inalcanzable el análisis de la relación bipersonal.

Es necesario mantener una disociación operativa entre la identidad manifiesta y la psicoanalítica que, mediante la integración, contiene y resignifica los diferentes aspectos del self profesional.

La integración temporal tiene que ver con la capacidad de mantener el vínculo entre las distintas representaciones del self en el tiempo y su continuidad, lo que confiere un sentimiento de mismidad, independiente del lugar en el que estemos ejerciendo nuestro trabajo.

La integración social permite la relación con los objetos externos, que se lleva a cabo según las circunstancias, bajo el predominio en lo manifiesto del componente más adecuado del self profesional.

Nuestras convicciones psicoanalíticas y, por tanto, nuestro funcionamiento pueden verse amenazados en las instituciones públicas de salud mental desde diferentes frentes:

1. Desde la enfermedad mental de los pacientes.

a) La demanda institucional presenta un alto grado de indefinición y falta de discriminación, ante la que es difícil ubicarse, en parte por ser anónima, y en parte por los filtros que la sociedad interpone entre el sufrimiento psíquico y el profesional de la salud que tienden a desvirtuar la fantasía de enfermedad y curación.

Si se estudia lo que puede considerarse como la demanda institucional, se observa que solamente alrededor de un 20 por 100 de los pacientes llegan a consultar a un especialista, quedándose el resto entre médicos generales, asistentes sociales u otros dispositivos.

Solo se permeabilizan los filtros si la sintomatología permite etiquetar a los pacientes de locos o alienados, con lo que adquieren socialmente el matiz de peligrosos, poniéndose en marcha el mecanismo defensivo de negación del sufrimiento, debido a la aparatosidad de la sintomatología, que pasa a ocupar un primer plano en detrimento del sujeto que sufre.

Incluso los más serios psiquiatras biologicistas refractarios al DSM III o CIE10 consideran, por ejemplo, que los síntomas manifiestos de un brote esquizofrénico son procesos psicorreactivos o secundarios, aunque paradójicamente son los más fáciles de captar y también de suprimir mediante la acción de potentes psicofármacos sin actividad sobre lo fundamental, es decir, actúan sobre el estar psicótico, sin incidir sobre el ser psicótico.

b) La existencia de aspectos biológicos en ciertas patologías imposibles de modificar puede ser causa de decepción, determinante en muchos casos de una actitud pseudoanalítica omnipotente en lo manifiesto, que encubre en lo latente la frustración y el escepticismo.

2. De su propia teoría. Una actitud psicodinámica ingenua o fanática conlleva el rechazo de los aportes paliativos, en determinados casos necesarios e importantes en la instauración de un tratamiento, cuyo paradigma acabamos de describir.

La ingenuidad puede también generar unas elevadas expectativas de eficacia, debido a la idealización de la teoría y técnica que muchas veces conlleva unos obligados movimientos cíclicos de ilusión y desilusión analítica, más acentuados y manifiestos que en la cura tipo, ya que nos hace, más fácilmente, movernos en el registro de la idealización-desidealización.

Esta dinámica puede llegar a hacernos sentir que profesionalmente disponemos de un refinado instrumento que nos han enseñado y no «podemos» utilizar, con la constante sospecha de ser poco analíticos en nuestra tarea, ante nuestros colegas como ante determinados personajes de nuestro mundo interno.

3. Del equipo y de la institución. Para no caer en idealizaciones conviene comenzar este apartado recordando a Bion, quien describe al ser humano como animal grupal que no puede desarrollarse sin los otros seres humanos, pero con los que va a desarrollar relaciones conflictivas.

Para intentar resolver este dilema, utiliza defensas más o menos eficaces que tramiten las ansiedades generales.

Partiendo de este grupo, tenemos que añadir que nos encontramos en una profesión sumida en las ansiedades de las relaciones con los pacientes y la institución; ejercida en un medio que puede despertar la tentación o, mejor dicho, el deseo de convertirnos en filósofos o moralistas, como defensa ante nuestras ansiedades.

En ambos casos destinados a hacer algo tan poco psicoanalítico como conducir el destino de los profesionales y pacientes, aunque tengamos que intentar imponerlo apoyándonos en los principios del ideal psicoanalítico, confundiendo la función analítica con la completud fálica que creemos poseer y queremos transmitir a los pacientes e institución.

También puede suceder que las limitaciones en nuestra técnica que marca la institución, determinen que el profesional pueda sentir que se convierte muchas veces en depositario de unos conflictos no resueltos, pero que pueden generar en el paciente una huida hacia la supuesta salud.

Esto en primer lugar nos plantea un problema ético y de abordaje; enfrentados a la paradoja de la supuesta curación social de la enfermedad psíquica, sin resolución intrapsíquica.

También, y como forma de resolver las ansiedades institucionales pero de forma diferente a la anterior, si en lugar de soñar con la supuesta completud fálica, nos identificamos con las carencias y limitaciones de la institución, que en suma reavivan nuestra propia impotencia, asumiremos asimismo el rol de depositarios.

Las denigraciones, desvalorizaciones, ataques tanto del equipo terapéutico como de nosotros mismos, respecto de nuestra convicción analítica, pueden contribuir a identificarnos con un funcionamiento descriptivo y una forma de trabajo basada en conceptos intelectualizados.

4. De su propio mundo interno. Podemos asistir a:

a) Un incremento de las ansiedades, en particular la de la muerte o desintegración, ante determinados pacientes por un mecanismo de contraidentificación proyectiva, que puede debilitar nuestra identidad profesional y alterar el sentido de nuestras intervenciones.

b) Como consecuencia del punto anterior, un incremento de los contenidos reparatorios, sobre todo si unimos unos limitados recursos terapéuticos con una ilimitada capacidad de idealización.

c) Dificultad de soportar adecuadamente el odio y la envidia del paciente grave y del equipo, respecto de un terapeuta teóricamente sano y con un funcionamiento libre de su mente en relación a la enfermedad y a la institución. La finalidad de estos ataques es que el analista no sea aceptado como un objeto bueno, lo que puede, como formación

reactiva, reafirmar su fanatismo, la caricatura externa y las dudas internas respecto de su propia identidad.

d) Los núcleos perversos pueden ser reactivos y además justificados en aras de un nihilismo psicóticamente tranquilizador, que tiene como consecuencia directa la despreocupación, el desinterés por los pacientes y la evitación de las tareas asistenciales.

e) La realidad psíquica del paciente o de la institución, entendida como un grupo, trata de constituirse en externa, y mediante la contraidentificación proyectiva es introyectada por los profesionales. Este es uno de los mecanismos por el que los miembros de la institución llegan a parecerse al utilizar mecanismos de defensas, tipos de relación, etc., similares.

Las instituciones tienen una tendencia natural a convertirse en malos modelos para la identificación, ya que las dificultades de los seres vivos para cooperar juntos, en el sentido de Bion, generan ansiedades con las correspondientes defensas, tanto más primitivas cuanto mayor es el peligro o el sufrimiento humano.

Si la ansiedad institucional es importante, se puede reaccionar sufriendo o buscando la dependencia externa (Administración) o interna (responsable jerárquico o líder del que se reclama omnipotencia mágica), que aporten la completud fálica de la que carece la institución y supuestamente calmen nuestras ansiedades.

El problema añadido es que, al fragmentar y proyectar sobre estas figuras la responsabilidad, la capacidad profesional, etc., en cada uno de los componentes solo permanece la sensación, muchas veces tranquilizadora, de que nada se puede hacer ni nada puede cambiar.

Solo la figura que ha recibido las proyecciones es el supuesto capacitado para ejercer las responsabilidades del trabajo de cada uno, mecanismo que favorece la tendencia actual a fragmentar el trabajo en múltiples programas con múltiples coordinadores.

La ansiedad también determina que se proyecte la capacidad de trabajo, una vez desvalorizada en otros estamentos de la institución que de esta manera son ya infravalorados y sus funciones descalificadas.

Estas posiciones pueden generar entre otras en el analista, pasividad, agresividad o, ante el supuesto caos, ser aprovechadas para intentar satisfacer su narcisismo, convirtiéndose en el supuesto líder espiritual necesario para los pacientes y sobre todo para la institución y los profesionales que en ella trabajan.

El trabajo de la institución: funciones y disfunciones de la identidad analítica

Los términos «salud mental» e «instituciones» pertenecen al orden de las abstracciones, al igual que la propia naturaleza de nuestro trabajo, lo que puede dificultar que nuestra función analítica cobre un sentido concreto y limitado. Es entonces cuando la pseudoidentidad puede convertirse en una caricatura o se desliza hacia otros objetivos, que por la imposibilidad de adaptar el setting, acaban confundiendo la exhibición de la mencionada caricatura psicoanalítica con la verdadera identidad.

Si en vez de analizar e integrar armónicamente la historia profesional y las diferentes

partes que la han configurado, se produce una falla de los procesos de integración, el resultado es que se actúan los conflictos entre distintas partes del self profesional. Este busca entonces protección, desarrollándose un falso self, defensivo, rígido, muchas veces fanático en los conceptos teóricos.

Un falso self que se escuda defensivamente en actitudes de arrogancia y dogmatismo, para no dejar al descubierto su fragilidad e inconsistencia.

El analista ha utilizado básicamente la escisión de una de las partes de la identidad, favorecido porque tanto el psicoanálisis como la psiquiatría intentan dar diferentes respuestas a un mismo fenómeno.

Estamos en el terreno de la idealización, que conlleva la mimetización con el grupo idealizado, que puede ser psicoanalítico en lo manifiesto y biologicista o sociologizante en lo latente.

La actitud que se adquiere es por lo tanto unidisciplinaria, rígida y fanática. Únicamente se intenta trasladar un imposible: la práctica privada a la institución, con la finalidad muchas veces latente de generar rechazo, imposibilitar la empatía o servir al narcisismo del profesional.

La expresión que puede adoptar corresponde a la pseudoidentidad analítica, manifiestamente pomposa, con defensas omnipotentes, como una representación paródica de sí mismo. Estamos en el orden, no de lo que se es, sino de lo que se quiere ser, de lo que se piensa que los demás esperan de uno mismo o simplemente de lo que se permite el self.

En el caso de la pseudoidentidad, nos encontramos con que profundamente se utilizan tanto las idealizaciones respecto de las propias capacidades, como las negaciones de muerte y de enfermedad. Los supuestos actos terapéuticos tienden entonces a la afirmación o exhibición de la identidad del profesional. No se dispone de la seguridad y libertad interior para ocuparse de los pacientes sin poder aceptar un papel en el que uno no se represente a sí mismo.

Sus conductas se adaptan a los criterios y normas vigentes o se oponen a ellos en forma reactiva. Esto indica la existencia de una dependencia de los objetos, ostensible o negada, que le hace fácilmente depositario de las identificaciones proyectivas y vulnerable a las actuaciones controladas, importantes y necesarias en la práctica institucional y perjudiciales en la psicoanalítica.

La finalidad es defenderse de la confusión profesional y la desintegración mental, evitando el contacto con el medio institucional y el paciente que queda marcado por la despersonalización, deshumanización y aislamiento.

Por tanto, la relación que establece el analista con la institución corre el riesgo de que se lleve a cabo con la parte psicótica de este, teniendo en cuenta además que la institución también puede comportarse como un psicótico que dispone de partes neuróticas, con las que es posible aliarse y promover un cambio.

Ya que hablamos de funcionamiento psicótico, creemos que es importante dedicar unas líneas a reflexionar sobre un concepto al que nos hemos referido en varios momentos: el fanatismo y articulación con la convicción y la creencia, por un doble

motivo:

a) Suele presentarse en profesionales que no disponen de una identidad verdaderamente psicoanalítica, pero utilizan los conceptos psicoanalíticos.

b) Necesitan de la institución pública para poder sostener su posición o incrementar su narcisismo, que no encontraría el escenario adecuado para su satisfacción en la cura tipo.

En una ponencia articulada con la de Manuela Utrilla del 56 Congrès des Psychanalystes de Langue Française des Pays Romans, celebrado en Madrid el pasado mes de mayo, Carlos Padrón señalaba que con frecuencia resulta complicado trazar la frontera entre convicción y creencia. Algunas de las ideas recogidas en su ponencia nos han estimulado a recapacitar sobre la conexión entre la convicción psicoanalítica o la creencia en el psicoanálisis, por una parte, y la identidad del psicoanalista o, más precisamente, algunos aspectos de la personalidad del psicoanalista.

Las relaciones entre convicción, creencia y conocimiento, por un lado, y entre fanatismo, delirio y anticonocimiento, por otro, son de una gran complejidad ya que ofrecen además una extensa gama intermedia.

La convicción y la creencia implican obviamente una adhesión a ciertos enunciados necesarios para todo proceso de investigación; por ejemplo, como psicoanalistas, es necesario reconocer la importancia de las raíces genéticas infantiles de las neurosis, de la resistencia inconsciente y de la transferencia.

En el fanatismo, como señala Rebeca Grinberg, hay una repetición monocorde, tenaz y obcecada que desbarata la posibilidad de acceso al conocimiento.

El fanatismo, de no importa qué signo, cristaliza sistemáticamente en ataques al conocimiento. No es aventurado pensar que el fanático dirigirá su odio a todo lo que articula a la función libidinal vinculante y, por otra parte, tampoco será capaz de establecer relaciones profundas con vivencias depresivas.

El fanatismo, según Bion, se puede adherir a cualquier enunciado, sentimiento, idea o teoría .Todo lo satura, lo vuelve incuestionable e impide su evolución. Muestra la incapacidad de tolerar la incertidumbre, la duda, el elemento no saturado de cualquier experiencia.

Pensar en el fanatismo permite poner en palabras cotidianas el concepto de –K de Bion, que se refiere al anticonocimiento y a la antiverdad. Por eso Bion consideró que la transformación en cero se asienta en la verdad y no tolera la mentira. Es un proceso vital que promueve el cambio, el crecimiento mental y la maduración afectiva.

Ahora bien, como manifestación que es de la pulsión de vida, siempre va acompañado de transformaciones en cero, entre cuyas manifestaciones psicopatológicas se encuentra el fanatismo, experto en crear mentiras.

Como señalaba Carlos Padrón en el congreso citado, el terreno de la creencia es extenso y va desde la capacidad de reflexión sobre los hechos, hasta la defensa ciega de los enunciados de la creencia sin dejar lugar a la duda. Esta creencia «dura» que rehúsa de toda puesta en entredicho y que provoca la intolerancia, se confunde gradualmente con el fanatismo.

El pensamiento fanático entraría en la categoría de un sistema delirante, aunque las personas en que predomina dicho funcionamiento no se aperciban de ello desde su parte no psicótica, y lo que tiene consecuencias más graves para la salud mental colectiva, tampoco se enteran las personas de su entorno; es más, el grupo refuerza el fanatismo.

El inicio del estudio psicoanalítico de los grupos comenzó por Freud con *Psicología de las masas y análisis del yo;* a través de la búsqueda de la estructura psicológica de las masas y de instituciones como la Iglesia y el Ejercito, esclareció cuestiones tan importantes, entre otras, como la regresión masiva con pérdida de la capacidad de juicio y de control pulsional, así como las identificaciones entre los miembros de la masa o de la institución y de la proyección del ideal del yo de cada uno de los componentes con el líder.

En este importante trabajo de Freud sitúa Leon Grinberg los orígenes del concepto de identificación proyectiva. Bion también ha utilizado sus descubrimientos en el funcionamiento de la mentalidad grupal en el Supuesto Básico, estableciendo un parangón entre dicho funcionamiento con el de la parte psicótica —fanática, en nuestro caso—, de la personalidad.

Los mecanismos en juego serán los mismos: escisión e identificación proyectiva en exceso.

Distinguimos esta identificación proyectiva psicótica (fanática) de otra más realista, entendida como mecanismo mental normal, matriz de la capacidad de empatía, tolerancia, de la capacidad de ponernos en el lugar del otro, que correspondería al binomio convicción-creencia.

No obstante, el psicoanálisis ha ejercido una decisiva influencia sobre la psiquiatría y las instituciones en general, que se puede concretar en: el cambio de la descripción a la comprensión, de la nosología al funcionamiento psíquico, del diagnóstico a la comprensión de la capacidad de mentalización del paciente, la búsqueda de sentido a los síntomas hasta hace poco tiempo considerados como disparatados.

Evidentemente en este recorrido hemos tenido que renunciar, adecuar y aceptar la pérdida de diferentes contenidos teóricos y técnicos, que siempre nos cuestionarán la validez del método, entre otros motivos porque nuestra ubicación y compromiso, como psicoanalistas, es frente al conocimiento y al dolor mental, ya sea del psicótico, de la sociedad o de la institución.

Para hablar de la identidad analítica hoy en día sin cuestionar lo mencionado, podemos recordar a Rycroft, que señalaba como propósitos del análisis, establecer, restaurar o incrementar la capacidad del paciente o de la institución, añadiríamos nosotros, para las relaciones objetales, y a partir de ahí corregir diversas distorsiones. Bion señalaba la importancia en la contribución para formar vínculos que establezcan una referencia del presente con el pasado, suscitando un afecto de reconocimiento. De esta manera podemos pensar que nuestra función consiste:

1. Respecto al paciente:

Favorecer el desarrollo de las tareas asistenciales o de cuidado. Es muy diferente llevarlas a cabo desde la comprensión y la convicción emanada de la identidad analítica,

que desde la pseudoidentidad, aunque las formas externas sean parecidas.

El poder trabajar desde la identidad analítica disminuye la idealización, se acepta la enfermedad, lo que implica hacerse cargo profundamente de las necesidades del paciente.

Posibilita la consecución de un espacio de referencia, de interrogación y reflexión que permita encontrar la dimensión psíquica del síntoma y de la enfermedad mental. Un espacio que posibilite pasar de los brazos que acogen custodiando o intentado saciar las carencias, como decíamos al inicio de la comunicación, a poder nombrar los conflictos, su dimensión y alcance.

Para esto es necesario disponer de un modo de ser y estar, que nos convierte en testigos permanentes de una existencia precaria, en donde el requisito previo que posibilita el cambio va a ser nuestra comprensión, actitud, referencia, y donde las interpretaciones desempeñan un papel en ocasiones irrelevante, convirtiéndose muchas veces en un insulto o ataque, dadas las características del encuadre.

El objetivo es vehiculizar un instrumento —campo intermedio— o elemento tercero que permita entender, nombrar y posibilitar una relación con el paciente e institución que vaya más lejos de la contención que supone soportar las ansiedades y las incertidumbres, y que se desarrolla en el plano de lo estrictamente dual.

Una relación en la que podemos dar sentido al síntoma del sujeto, facilitando al paciente un diálogo, un instrumento relacional donde no se prima la recogida de datos, sino la contención, la interrogación, la referencia de lo inconsciente y la devolución metabolizada de determinadas ansiedades y conflictos.

2. Respecto a la institución:

Un modo de entender la dinámica institucional, capaz de promover pensamiento y el crecimiento mental, pero que a su vez se cuida de transmitir «certeza» y «verdad» en tantos conceptos antipsicoanalíticos, que requieren su desmitificación, en cuanto creencia mágica en la virtud y milagros del análisis.

Como sabemos, la exploración psicoanalítica de un conflicto modifica el mundo interno del paciente construido por imagos, fantasías conscientes e inconscientes de los objetos o del self, tipo de relación entre ellos; todo lo cual existe en una estructura o, dicho de otra manera, en una institución imaginaria.

De la misma manera, en la institución de salud mental no podemos modificar al supuesto problema, si lo escuchamos e investigamos exclusivamente en un nivel manifiesto, sin entenderlo de una manera y en un contexto similar al del mundo interno.

Esto es debido a que los problemas, como ya hemos mencionado, tienden a fragmentarse y posteriormente a proyectarse sobre objetos del mundo institucional, que entonces se hacen conscientes, pero erróneamente comprendidos.

Su abordaje conlleva inevitablemente cambios en dichos objetos institucionales, así como los roles que desempeñan. La intervención sobre la dinámica institucional puede efectuarse en los niveles conscientes e inconscientes, pero sin actuar como terapeuta del grupo, lo que respondería inconscientemente a otras motivaciones.

La figura y el papel del supervisor eventual, si no se lleva a cabo sobre grupos muy

maduros, tienen una incidencia mínima por la fugaz presencia de un objeto y de unas palabras sin soporte duradero y estable, sin disponibilidad ni presencia, que posibilite una reestructuración de la dinámica.

En resumen, creemos que la presencia en la institución de un profesional que posea una identidad analítica puede sentar las bases para la consecución de un espacio que posibilite acercarse a la verdad de la conducta, en el sentido de Bion, renunciando a la verdad abstracta o idealizada, que puede resultar un engaño fácil en la institución.

Un espacio que otorgue una mirada diferente sobre el mundo interno del enfermo-sujeto o enfermo-institución y otorgue el significante del cambio, que es imposible transmitir desde la pura contención.

Una mirada, como dice Racamier, en la cual el niño y el paciente puedan mirarse y reflejarse. Una mirada suficientemente admirativa para que puedan entrar y verter sus emociones y, como nos recuerda Green, capacite para poder ver algo radicalmente nuevo en lo ya visto y conocido.

Una mirada que, en el mito de Medusa, es adversa y asaetada, que envuelve como una totalidad y que a la vez penetra, ataca, fija y petrifica. Una mirada que no devuelve otra cosa que la descalificación de aquel que intenta ver y mirarse por sí mismo, y que mortifica su vida psíquica.

Bibliografía

Bion, W. R., *Aprendiendo de la experiencia,* Buenos Aires, Hormé, 1975.

— *Volviendo a pensar,* Buenos Aires, Hormé, 1977.

Crespo Gutiérrez, L. F., *Paradojas y metamorfosis de los esquizofrénicos*. *Clínica de la identificación proyectiva,* Madrid, Tecnipublicaciones, 1988.

— «Ser psicótico, estar psicótico», *Revista de Psicoanálisis,* núm. 12, APM, 1990, 17-33.

Cruz Roche, R., «Dinámica del equipo terapéutico en la institución psiquiátrica», *Boletín del Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Medica,* vol. 4, Madrid, 1979.

Fenichel, O., *Teoría psicoanalítica de las neurosis,* Buenos Aires, Paidós, 1966.

Freud, S., *Psicología de las masas y análisis del yo,* Madrid, Biblioteca Nueva, 1920.

— *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico,* Madrid, Biblioteca nueva, 1912.

— *Tótem y tabú,* Madrid, Biblioteca Nueva, 1912.

Green, A., «De la rememoración al insight», *Revista de Psicoanálisis,* núm. 11, APM, 1990, 15-38.

Grinberg, L., «El individuo frente a su identidad», *Revista de Psicoanálisis,* vol. 8, núm. 4, 1961, 344-360.

— *Teoría de la identificación,* Madrid, Tecnipublicaciones, 1985.

— «Las cabezas trocadas», *Revista de Psicoanálisis,* núm. 11, APM, 1990, 83-95.

Luchina, I., «Identidad médica y la relación médico-paciente*», Revista de Psicoanálisis,* vol. 25, núm. 1, 1968, 149-176.

Menzies Lyth, I., «A psychoanalytic perspective on social institutions», en *Melanie Klein Today,* vol. 2, Londres/Nueva York, New Library of Psychoanalysis, 1988, 284-299.

Nacht, S. y Racamier, P. C., «La théorie psychanalytique du délire», en *Revue Française de Psychanalyse,* 22, 4-5, 1958, 417-532.

Padrón, C. y Utrilla, M., «Croyance et modèles psychanalytiques», *56 Congrès des Psychanalystes de Langue Française des Pays Romans,* Madrid, 1996.

Pichon-Rivière, E., «Una nueva problemática para la psiquiatría», *Revista de Psicoanálisis,* vol. 4, Buenos Aires, 1978, 653-673.

Racamier, P. C., *Los esquizofrénicos,* Madrid, Biblioteca Nueva, 1983.

Rodríguez, J. F., «El problema de la identidad del terapeuta», *Revista de Psicoterapia y Psicosomática,* Madrid, núm. 22, 1981.

Rodríguez, J. F., «Mi experiencia acerca de la función y el trabajo del psicoanalista», 2.º Congreso Ibérico de Psicoanálisis, Lisboa, 1991.

Szasz, T., *La ética del psicoanálisis,* Madrid, Gredos, 1971.

Utrilla, M. S., Lebovici y Cosnier, *Interacciones terapéuticas. Fronteras del psicoanálisis,* Madrid, Tecnipublicaciones, 1986.

Wallerstein, R.S., «La relación entre el psicoanálisis y la psicoterapia», *Revista de Psicoanálisis,* vol. 1, Buenos Aires, 1971, 25-72.

Wender, L., «Las experiencias internas del analista. Su contribución al proceso analítico» (38 Congreso de la IPA), *Revista de Psicoanálisis,* vol. 4-5, Buenos Aires, 1993.

Winnicott, D. W., *Playing and Reality,* Londres, Tavistock-Routledge, 1971.

13 Luis Fernando Crespo y Guillermo Onrubia, *Revista de Psicoanálisis,* número extra, APM, noviembre de 1997.

Escucha psiquiátrica, escucha psicoanalítica

> El estudio directo del narcisismo tropieza aún con dificultades insuperables. El mejor acceso directo continúa siendo el análisis de las parafrenias.
>
> Sigmund Freud, «Introducción al narcisismo», 1914.

Relaciones entre el psicoanálisis y la psiquiatría[14]

> La psiquiatría busca las condiciones físicas de las perturbaciones psíquicas y las trata como otros motivos de enfermedad. En este sentido es unilateral. Al afirmar que es unilateral es preciso antes fijar el punto de vista desde el cual esta característica no se convierta en un reproche. En sí toda ciencia es unilateral, y tiene que serlo necesariamente por cuanto ha de limitarse a determinados contenidos, métodos y puntos de vista. La psiquiatría tiene razón al obrar así y la formación médica es excelente. El psicoanálisis es también, desde luego, especialmente unilateral como ciencia de lo inconsciente. Constituiría un contrasentido, en el cual no quiero participar, rebajar una ciencia para ensalzar otra.

Estas palabras de Freud (1926), tan respetuosas y rigurosas al mismo tiempo, nos parecen una excelente introducción para este tema, reconociendo de entrada las características diferenciales de ambas disciplinas. En efecto: por un lado, las premisas básicas de que parten, la hipótesis de trabajo y la metodología utilizada para alcanzar sus objetivos son fundamentalmente distintas en una y otra. Por otro lado, mientras que la psiquiatría se centra fundamentalmente en la investigación, prevención y tratamiento de las enfermedades mentales, esta actividad es solo uno de los múltiples aspectos del psicoanálisis. Esta es, al mismo tiempo, una técnica para la exploración y comprensión de la vida psíquica inconsciente, un conjunto de conocimientos acerca de la génesis, evolución y funcionamiento de la mente, y un procedimiento dirigido a obtener un mejor despliegue y rendimiento de las capacidades mentales, procedimiento que, por tanto, puede aplicarse como terapia de ciertos trastornos mentales, así como para la obtención de un mayor crecimiento y madurez emocional de la personalidad.

Además, los descubrimientos proporcionados por el psicoanálisis pueden ser aplicados no solo a la psiquiatría, sino también a los más variados campos del conocimiento y del comportamiento humano, especialmente la psicología, la sociología, la pedagogía, la creatividad artística, la antropología, etc.

En los Estados Unidos, la relativamente fácil penetración de los conceptos psicoanalíticos en el tejido de la psiquiatría clínica dio paso, entre los años 1945 y 1950, a una corriente psiquiátrica denominada «psiquiatría dinámica». Pero quisiéramos adelantar que el adjetivo dinámica ha restringido y delimitado su campo de acción, reduciéndolo al nivel de otras corrientes psiquiátricas tan dispares como la antropología, existencial, transcultural, conductista, cognitivista, etc. Esta posición no define la genuina influencia del psicoanálisis en el conjunto de la psiquiatría. El psicoanálisis, en nuestra opinión, ha saltado la barrera de escuela para pasar a formar parte de los conceptos básicos que pueden ser sustentados y utilizados por cualquier orientación. Creemos necesario hacer esta precisión para evitar lo que podríamos denominar «fenomenologización» del psicoanálisis, entendida como el trabajo con conceptos

psicoanalíticos, pero sin una verdadera escucha analítica cimentada en la identidad analítica a la que nos tiene acostumbrados la expresión psiquiatría dinámica, que, evidentemente, no estaba en el espíritu de sus pioneros, consumándose así los temores, expresados por el propio Freud, de que la adscripción del psicoanálisis a la psiquiatría «podría suponer una toma de posesión con el propósito de su destrucción».

Otro conjunto de problemas concierne a las relaciones entre el psicoanálisis y la clasificación de las enfermedades mentales. Aun a riesgo de excedernos en la esquematización, se pueden observar tres posiciones principales de los psicoanalistas ante el enfoque nosográfico:

1. La primera caracteriza los intentos llevados a cabo para fundamentar sobre el psicoanálisis un sistema de clasificación de los trastornos mentales, que tiene su punto de partida en Abraham y en el propio Freud. En efecto, Freud clasificó clínicamente las neurosis en dos series: las neurosis actuales (neurosis de angustia y neurastenia) y las psiconeurosis. Por otra parte, opondrá las psiconeurosis de defensa o de transferencia, que incluían la histeria y la neurosis obsesiva a las neurosis narcisistas: demencia precoz, paranoia o psicosis maniaco-depresiva.

2. La segunda vía prescinde de la nosología por el hecho de concederle más importancia a los mecanismos subyacentes y a sus defensas que al diagnóstico, porque, en efecto, el trabajo mental del psicoanalista apenas necesita de referencias nosológicas. Es verdad que existe una semiología psicoanalítica, pero esta se refiere a un modo de funcionamiento de la mente. Cuando el psicoanalista establece un nexo entre el contenido manifiesto y el contenido latente, esta conexión es un producto de la actividad mental. Cuando clasifica las operaciones mentales del paciente, el conjunto que construye con su propio aparato de pensar es un tipo de funcionamiento mental. El psicoanalista articula la operación defensiva con la activación de la fantasía inconsciente; el conflicto intrapsíquico con la transferencia. Lo que describe es un conjunto de operaciones que se organizan entre ellas y es esta vinculación la que erige en síntoma al contenido manifiesto.

El psiquiatra, por el contrario, extrae los síntomas con los que ordena entidades nosológicas de la observación directa sin buscar su articulación con otros procesos mentales.

En otros términos, mientras que la clasificación psiquiátrica se apoya sobre síntomas como valores extraídos de conductas concretas, expresión de un trastorno, la investigación psicoanalítica no concede a la conducta un valor definitivo en sí mismo, sino que la considera formando parte de un acción; el síntoma, al igual que cualquier conducta, es considerado como un acto intencional no consciente que prosigue o interrumpe al acto consciente o inconsciente que le precede.

Pero clasificar hay que clasificar, ya que si, por una parte, las clasificaciones clínicas psiquiátricas no deben tener la consideración de dogma, por otra no es posible prescindir de ellas ya que nos permiten realizar análisis y síntesis conceptuales, y por el orden y claridad que suponen incluso para el intercambio de experiencias y conocimientos entre

profesionales. Estas deben ser, y no la mera catalogación, las finalidades de la nosología.

3. La tercera vía pasa por la individualización de entidades clínicas nuevas a partir de la experiencia clínica y de la observación psicoanalítica. Es la posición más ecléctica ya que todos los debates nosológicos han conducido a la misma conclusión: el sistema psiquiátrico común de clasificación es del todo inadecuado, pero no se ha descubierto uno mejor para reemplazarlo. No cabe duda que la comprensión psicoanalítica tiene una dimensión diferente y complementaria a la del diagnóstico clínico, puesto que, si este último nos permite adjudicar el paciente una clase determinada de enfermedad, la primera posibilita la comprensión de los factores internos (pulsiones, regresión, organización mental, objetos internos, ansiedades, defensas, etc..), de los factores externos (presiones ambientales, traumatismos psíquicos, relaciones interpersonales, etc..) y de cómo se conjugan e interaccionan unos con otros, hasta encajar en el cuadro clínico que se presente antes nosotros, con lo que articulamos ya el diagnóstico y seguimiento de múltiples manifestaciones psicopatológicas:

1. El concepto de neurosis «abandónica» introducido por Guex (1950).
2. La depresión anaclítica descrita por Spitz (1946), consecuencia de tempranas deprivaciones afectivas.
3. Las denominadas por Malher psicosis simbióticas infantiles, caracterizadas por un vínculo de dependencia muy estrecho con un objeto externo, vínculo de dualidad, distinto del autismo de Kanner, caracterizado por el vínculo de unicidad.
4. Los cuadros de desorganización somática progresiva de la nosología psicosomática de la escuela de Paris (Marty), ampliando la psicopatología mental clásica.
5. La concepción ampliamente aceptada por la psiquiatría del fenómeno *borderline* como una entidad psicoestructural, separada del grupo de las psicosis. En este sentido es importante destacar que, según Kernberg (1967), la estructura *borderline* no se puede diagnosticar basándose solo en signos detectables puramente descriptivos, sino a partir de una investigación psicoanalítica en sentido estricto. En efecto, la estructura *borderline* de la personalidad se presenta bajo los siguientes parámetros: mecanismos defensivos específicos (disociación, idealización primitiva, identificación proyectiva excesiva, omnipotencia y devaluación del objeto); signos inespecíficos de debilidad del Yo (escasa tolerancia a la frustración y a la incertidumbre, descontrol de impulsos y poca capacidad para la sublimación); relaciones objetales internas y externas patológicas; tendencia al pensamiento de procesos fijos primarios. Por el contrario, el síndrome psiquiátrico que define el «trastorno *borderline* de la personalidad» es un concepto descriptivo y fenomenológico, diferente por tanto aunque coincida con algunos puntos. Se trataría aquí de un episodio micropsicótico, transitorio, reversible y egodistónico, caracterizado por una impulsividad difusa, sentimientos crónicos de rabia, relaciones interpersonales inestables, perturbaciones de la identidad, sensación general de aburrimiento y de vacío y una tendencia a llevar a cabo actos autodestructivos.

Como no podía ser de otra manera, los analistas reconocen en todos sus pacientes aspectos narcisistas al ser el narcisismo una etapa necesaria del desarrollo. Como afirma

Rangell (1982) «el fenómeno narcisista es similar, en relación con los estados psíquicos, al fenómeno de la ansiedad». Pero hay muchos pacientes en quienes los temas narcisistas tiene un papel relevante o central, y esto estimuló a muchos psicoanalistas a prestar una atención más detenida al campo de los trastornos narcisistas: Kohut (1966) describe aspectos observables a lo largo de un proceso psicoanalítico (modalidades de transferencia narcisista), un sistema de pensamiento en el que se asocian rasgos manifiestos y latentes (sí mismo grandioso) y propone un diagnóstico diferencial con los estados psicóticos y una explicación causal (carencias precoces). Kernberg (1970) considera que las personalidades narcisistas, a las que incluye en el síndrome *boderline, aparentan tener un ajuste adecuado a su medio circundante, pero en el fondo sufren graves perturbaciones en la auto-representación, con un grado poco común de autorreferencia en sus interacciones con la gente, una gran necesidad de ser amados y admirados por otros y una contradicción aparente entre un concepto muy exagerado de sí mismos y un ansia desmedida de reconocimiento por parte de los demás.* Pero anteriormente a estos autores, otros destacados analistas habían reflexionado sobre el heterogéneo grupo de trastornos narcisistas, describiendo variedades psicopatológicas y focalizando diferentes aspectos así, por ejemplo, Deutsch (1942), Balint (1960), Winnicott (1960), Jacobson (1964) y Rosenfeld (1964).

6. El vínculo establecido por M. Klein entre gravedad del trastorno y arcaísmo, permanece como modelo que se impone en psicopatología, sin que por ello se apoye sobre un sistema clasificatorio explícito.

7. El concepto de identificación proyectiva introducido por Klein(1946) y desarrollado después por analistas kleinianos.

8. Los aportes básicos de Bion (1957) sobre la forma de articulación de la parte psicótica y la parte no psicótica de la personalidad y el modelo dinámico continente-contenido. El concepto de «personalidad psicótica» de Bion es una modalidad de funcionamiento mental cuyas manifestaciones se evidencian en la conducta y en el lenguaje, en el efecto que puede producir en el objeto. Para Bion la personalidad psicótica no equivale, pues, a un diagnóstico psiquiátrico, sino que se trata casi de un concepto metapsicológico.

9. El concepto general de regresión, como retirada a una fase anterior del desarrollo y de la organización mental, tan importante en psiquiatría infantil. Y el concepto de Winnicott de «regresión organizada» como un modelo de desorganización controlada dentro del marco terapéutico, necesaria para el progreso se la cura.

10. El concepto de «falso-*Self»,* también de Winnicott (1955), considerado por su autor como una de las organizaciones defensivas más eficaces destinadas a la protección del núcleo del genuino *Self* y que Winnicott vincula con pacientes severamente perturbados.

11. Los conceptos de «invasión» de Searles (1966) y de «intrusión» de Racamier (1978) que suponen una considerable aportación al campo de la profilaxis en salud mental.

Desde una perspectiva más global podríamos afirmar que la nosografía psiquiátrica

tradicionalmente no se había interesado por un conjunto de rasgos tan característicos como, por ejemplo, el duelo, en razón de su normalidad, es decir, se desinteresa de cualquier patología para la que (la psiquiatría) no cuenta con las adecuadas herramientas terapéuticas e incluso teme, no sin razón, «medicalizar» este tipo de problemas de «gentes simplemente desdichadas». El psiquiatra constata que sus conocimientos no alcanzan a todo lo que el público le presenta como doliente. Acude entonces a otros saberes que acaban de completar sus conocimientos o, por el contrario, considera que la identidad del psiquiatra se puede diluir o perder debido a su intromisión en campos donde la naturaleza patológica del conflicto es discutible y su abordaje médico inoperante. Por el contrario, la extensión de los tratamientos psicoanalíticos se ha hecho en parte con personas que consultaron por dificultades de la vida y con síntomas que no evocaban los de una enfermedad mental precisa. El psicoanálisis «ha ensanchado» así los límites de la nosografía, en razón precisamente de su capacitación para atender aquellos estados de sufrimiento a los que se negaba el estatuto de enfermedad, un vasto conjunto que es necesario delimitar y diferenciar.

Escucha psiquiátrica frente a escucha psicoanalítica

La entrevista psiquiátrica clásica, como se enseñaba en las escuelas y en las facultades de medicina, era una tarea casi exclusiva del médico. A veces, se pedía al paciente su colaboración pero esta apenas era tenida en cuenta incluso por el propio enfermo. El paciente consultaba y el psiquiatra intentaba activamente crearse una imagen clara de los problemas mediante una seria de preguntas que obedecían a un diseño técnico: el psiquiatra iniciaba un interrogatorio de tipo general y utilizaba las respuestas obtenidas para acercarse cada vez más al objetivo diagnostico. El médico, pues, si las cosas iban bien, como afirmaría Winnicott, hacía las preguntas correctas ordenadamente: en cuanto al paciente, bastaba que comprendiera las preguntas y las contestase lo más adecuadamente posible. El médico prefería que el enfermo respondiera concisa y brevemente, sin derivaciones innecesarias, es decir, el psiquiatra determinaba qué era importante y qué no lo era. En ciertas circunstancias, la respuesta a una sola pregunta podía revelar todo lo que deseaba saber el psiquiatra.

Al final de la entrevista, el médico «formulaba» el diagnóstico y prescribía el tratamiento: había de ingerir tal pastilla, omitir determinada actividad, relajarse, etc. En esta relación mutua entre psiquiatra y paciente, el médico era la parte activa, mientras que el paciente era la parte pasiva, o en el mejor de los casos, cooperadoramente pasiva. El matiz que expresaba la conducta personal y humana del psiquiatra, su actitud comprensiva y benevolente, o fría y distante, no alteraba fundamentalmente el hecho de que se mantenía al paciente como objeto pasivo.

En esta situación, obviamente, la relación interpersonal entre el psiquiatra y el paciente no se encuentra en el foco de atención en ningún momento de la entrevista, su análisis se soslaya o se reprime, a pesar de que pueda ser más importante, por ejemplo, que la descripción pormenorizada de un síntoma depresivo o hipocondriaco.

Veremos ahora, de la mano de Freud, como discurren las cosas en las entrevistas o sesiones psicoanalíticas para tratar de establecer cuál ha sido su aporte al trabajo clínico actual de algunas escuelas psiquiátricas.

> El analista no hace más que establecer un diálogo con el paciente. No usa instrumentos, ni siquiera para reconocer ni recetar medicamento alguno. El analista pide a su paciente que sea veraz y absolutamente sincero, sin retener, intencionadamente, nada de lo que surja en su pensamiento y más adelante, que se sobreponga a todas aquellas consideraciones que le impulsen a excluir de la comunicación determinados pensamientos o recuerdos... El analista recibe al paciente a una hora determinada, le deja hablar, le escucha, le habla a su vez y le deja escucharle (Freud, 1926).

La labor del analista es, en primer lugar, facilitar al paciente un diálogo razonable, y en segundo, no tratar de extraer datos del paciente, sino recibir y transmitirle información.

La cuestión es: ¿Cómo aplicar el modelo psicoanalítico de escucha al modelo psiquiátrico? Porque, en nuestra opinión, los psiquiatras no deberían abandonar el método que les es propio, ya que no disponen de otro mejor adaptado a las circunstancias de su trabajo. La caricatura del psiquiatra que acude a una visita domiciliaria con el diván a cuestas traduce la fusión o mejor la confusión entre los modelos psiquiátricos y psicoanalíticos, pero no debe traducirse en un ideal estereotipado.

Si el psiquiatra aspira a un conocimiento más profundo, tiene que aprender en primer lugar a *escuchar*. Esta escucha requiere una técnica más difícil y sutil que la convencional y tiene su paradigma en la escucha psicoanalítica. Por otra parte, el psiquiatra tiene que conseguir, antes de escuchar, recrear un clima de cooperación relajado que permita hablar libremente. La capacidad de escuchar es, indudablemente, un arte y exige una considerable, aunque limitada, *transformación de la personalidad del psiquiatra,* en el sentido de Balint (1959). Desde el momento en que el médico descubre que posee la capacidad para escuchar a sus pacientes cosas que apenas han sido esbozadas porque el paciente solo es consciente de su importancia de una manera secundaria, el psiquiatra también comienza a escuchar en sí mismo este lenguaje apenas perceptible. Durante el curso de este proceso se dará cuenta, además, de que no existen preguntas directas que puedan sacar a la luz lo que él quiere saber.

La escucha analítica, la escucha con el tercer oído, es operativa incluso con pacientes delirantes. Las primeras aproximaciones a la psiquiatría institucional nos permitieron la observación, dentro del material aportado por pacientes graves, de dos categorías de fenómenos netamente diferenciables: lo que se manifiesta explícitamente y lo que subyace como elemento latente del discurso delirante. También nos confirmó, siguiendo a Bion, que incluso los pacientes psicóticos más graves contienen con su psiquis una parte no psicótica de la personalidad, por lo que el contacto con la realidad nunca se pierde completamente.

Bibliografía

Freud, S., *Historiales Clínicos, O.C.,* tomo II, Madrid, Biblioteca Nueva, 1974.
Kraepelin, E., *Tratado de Psiquatría,* Edimburgo, Robertson, 1921.

— *Clínica Psiquiátrica,* Madrid, S. Calleja, 1905.

Mayer-Gross, W., Slater, E. y Ruth, M., *Psiquiatría Clínica,* Buenos Aires, Paidós, 1974.

Samanes, M., «La escucha psicoanalítica», en L. F. Crespo (dir.), *Psicoanálisis y Sociedad,* Valencia, A.P.M. Promolibro, 1966.

14 Ponencia presentada en el II Congreso Nacional de Psiquiatría (1997). Publicado en *La Identificación proyectiva en la psicosis,* Madrid, Biblioteca Nueva, 1999.

PSICOANÁLISIS CLÍNICO

Lo paradójico en la esquizofrenia. Introducción a las ideas de Racamier[15]

Il n'y a qu'une science de la vie comprenant l'état normal et l'état morbide.

Cl. Bernard

Introducción

Desde el Congreso de Psicoanalistas de Lengua Francesa de 1978, en el que presentó su ponencia sobre las paradojas de los esquizofrénicos, P. C. Racamier ha insistido en sus trabajos posteriores en lo que pudiéramos llamar el modelo paradójico de la esquizofrenia. El pensamiento de Racamier en esta dirección del psicoanálisis es original y de una gran riqueza conceptual, por lo que merece ser tan conocido como lo fueron sus trabajos relativos a los cuidados del psicótico entre los analistas que trabajamos en instituciones en la década de los 70 y que leíamos fascinados en aquella especie de biblia que era para nosotros *Le psychanalyste sans divan.*

Pero la difusión del conocimiento del «modelo paradójico de la esquizofrenia» se ve dificultada, a mi juicio, por tres obstáculos de índole distinta que he tratado de obviar: el primero, el lenguaje de una gran finura y sutileza, cuasi poético con ideas apenas esbozadas, inclinación hacia la ambigüedad de los mitos grecolatinos, giros, pinceladas y alegorías, que exigen una lectura cuidadosa para no perder el hilo conductor; el segundo sería el esquema de Klein o de los neokleinianos con los que estamos familiarizados muchos de nosotros y a los que me referiré frecuentemente relacionándolos con el de Racamier; el tercer y más importante escollo sería la condensación de treinta años de riguroso trabajo psicoanalítico con la dificultad inherente de resumir su quintaesencia en pocas páginas. Por eso, he preferido la vía de espigar algunos conceptos que me parecen más fundamentales y creativos, además de hacer un resumen de las ideas tratadas en términos más inteligibles. Es probable que al lograr esta mayor claridad —si es que la he conseguido— se hayan perdido aspectos sutilmente significativos de los textos originales. En todo caso, parafraseando a D. Meltzer, resumiría así mi introducción: estas son mis ideas sobre algunas ideas de Racamier.

Paradoja, anticonflictualidad, antiambivalencia

El *Diccionario de la Lengua* define la paradoja como:

1. Especie extraña u opuesta a la común opinión y el sentir de los hombres.
2. Aserción inverosímil o absurda que se presenta con la apariencia de verdadera.
3. Figura de pensamiento que consiste en emplear expresiones o frases que envuelven contradicción.

Epiménides fue un legendario poeta griego que nació y vivió en Creta hacia el siglo VI a.C. Se atribuye a Epiménides haber afirmado: «Todos los cretenses son mentirosos».

Sabiendo que él mismo era cretense, ¿decía Epiménides la verdad? En el Nuevo Testamento, san Pablo reproduce el dilema en su epístola a Tito: «Dijo uno de ellos, su propio profeta: Los cretenses, siempre embusteros, malas bestias, panzas holgazanas. Verdadero es tal testimonio...». No sabemos si san Pablo cayó en la cuenta de la paradoja implícita en su propio texto.

Ya los antiguos griegos sabían que no basta con eliminar la autoalusión para evitar la contradicción. He aquí el diálogo de Platón y Sócrates que lo demuestra:

> *Platón*.—«La próxima declaración de Sócrates será falsa».
> *Sócrates*.—«¡Platón ha dicho la verdad!».

En el siglo V a.C. vivían en Elea, hoy Velia, el filósofo Parménides, que defendía la eternidad del ser, y su discípulo Zenón, campeón de las paradojas, que negaba la posibilidad de movimiento. De acuerdo con las tesis centrales de su escuela, Zenón sostiene que es imposible recorrer cualquier distancia porque para recorrerla íntegra, es necesario haber recorrido antes la mitad; esta, a su vez, es una distancia que para ser recorrida exige que se haya recorrido la mitad, y así sucesivamente. Sostiene, además, presentando el mismo argumento en forma inversa, que quien persigue a alguien no podrá alcanzarle jamás, aunque vaya a más velocidad que él. Aquiles no podrá alcanzar a la tortuga, pues cuando haya llegado al punto en el que se hallaba la tortuga cuando se inició la persecución, le separará de ella una determinada distancia, aunque menor, y así sucesivamente. Las aporías de Zenón siguen siendo de actualidad, y el propio Bergson ha hecho un famoso análisis de las mismas que consiste en sostener que un movimiento es una unidad descomponible en movimientos menores. Pero estos filósofos que intentan cosas tan locas como detener el tiempo o el movimiento no son en absoluto esquizofrénicos, lo que confirma nuestra idea de que es preferible pensar las paradojas que actuarlas y la idea de Racamier de distinguir nítidamente la locura de la psicosis. Como decía Freud, las filosofías son el delirio de los sanos.

Hay una vivencia de lo absurdo que descansa en el empleo dosificado de los mecanismos mentales de la paradoja y la locura. Para que surja es necesario, mediante una hábil maniobra de prestidigitación mental, que la paradoja sea anulada y desanudada ante el oyente o el espectador. Al anudarse la paradoja pone al Yo en peligro; al desanudarse, lo libera. Este mecanismo evoca, sin llamarlos así, los aspectos paradójicos de la vida, a propósito el humor de lo absurdo.

El humor es una victoria fugaz sobre las incertidumbres narcisistas, incluida la amenaza suprema: la muerte. Lo ejemplifica un dicho de Woody Allen: «No es que tenga miedo a la muerte, pero cuando llegue prefiero no estar allí». O más aún: «Creo en la inmortalidad del alma y, sin embargo, temo morir antes de conocerla». O: «¿No sé si vivo? Pues muere y entonces verás».

Al dilema de Epiménides, al dialogo Platón-Sócrates, a las carreras de Zenón y a la incursión de la mano de Woody Allen al humor negro, que tan naturalmente engarza con la cultura del esperpento de nuestro país, Racamier añade, para completarlos, y adentrarse en la clínica, un caso bien conocido de dilema pragmático. Se trata de la

historia de las dos corbatas, como ejemplo de las estrategias posesivas maternales: una madre regala a su hijo dos corbatas, una roja y otra verde. Contento, el chico se pone la verde. «¿Cómo, es que no te gusta la corbata roja que te he regalado?», se queja la madre. El chico se pone la roja y se repite la escena. Entonces se pone las dos. Decididamente, dice la madre, tú estás mal de la cabeza. Anzieu propone otra «salida» en la que la madre exclama: ¡Lo que tú quieres es volverme loca!

Este tipo de paradoja cerrada o paradoja clínica es el que fue descubierta en primer lugar por Bateson y la escuela de Palo Alto (1956) bajo el conocido rótulo de «doble vínculo». Descrito como un mecanismo típicamente esquizo (frénico o frenógeno), consiste en someter al individuo a dos órdenes inconciliables, de manera que le sea imposible obedecer una sin desobedecer la otra, formuladas a distintos niveles, de manera que su incompatibilidad permanezca secreta; y con la prohibición complementaria de darse cuenta de la paradoja o de sustraerse a ella, de tal forma que la víctima no tenga salida.

Pero el doble vínculo no es más que uno de los casos del vínculo paradójico. Más allá de la conceptualización de la escuela de Palo Alto, Racamier concibe la paradoja como el modelo de una forma de funcionamiento mental que afecta correlativamente al juego del pensamiento, al juego relacional y al sistema defensivo del Yo. Tal modelo de lo paradójico puede concebirse en términos de clínica psicoanalítica como veremos más adelante.

El sistema paradójico de funcionamiento mental de los esquizofrénicos está, a mi juicio, estrechamente relacionado con el principio de regresión teleológica descrito por S. Arietti, ya que ambos afectan al juego del pensamiento lógico. Varios autores como Goldstein, Cameron, Benjamin, Beck, etc., han descrito diversos aspectos del pensamiento esquizofrénico, del que subrayan la literalidad y el concretismo, Bateson y colaboradores señalan que el esquizofrénico usa metáforas, pero metáforas «no rotuladas». Werner y Searles consideran que el esquizofrénico es incapaz de pensar en términos genuinamente concretos, libres del tipo animista de la llamada cobertura metafórica. M. Klein, Bion, Segal y Rosenfeld, entre otros analistas, han aplicado el concepto de identificación proyectiva al pensamiento de los esquizofrénicos, abriendo nuevas perspectivas a su estudio.

La identificación proyectiva es una compleja fantasía inconsciente basada en la escisión, que permite al Yo precoz o precario establecer vías de comunicación con los objetos, tanto externos como internos, para la expresión de sus necesidades y la elaboración de sus ansiedades.

El carácter estructurante de la identificación proyectiva es uno de los pilares básicos de la metapsicología kleiniana. En efecto, para M. Klein el funcionamiento normal de la identificación proyectiva constituye uno de los factores principales en la formación de símbolos en la comunicación humana, y determina por ende la relación empática con el objeto.

Hanna Segal ha denominado «ecuación simbólica», a un fenómeno en el cual la palabra-símbolo es confundida con el objeto simbolizado que es la base del pensamiento

concreto de los esquizofrénicos, lo que da lugar a una de las características típica del lenguaje de este tipo de pacientes. Escribe Segal: «Dado que una parte del Yo es confundida con el objeto, el símbolo que es una creación del Yo, se confunde, asimismo, con el objeto simbolizado». La equiparación entre el símbolo y lo simbolizado, su no diferenciación, forma parte de los trastornos psicóticos de la relación entre el Yo y los objetos. Esto había sido enunciado de otra forma por Freud cuando dijo que el esquizofrénico, en lugar de recuperar los objetos, recupera «las sombras» de los mismos, es decir, sus representaciones verbales.

Rosenfeld piensa que, en el proceso psicótico, la excesiva identificación proyectiva oscurece la diferenciación entre realidad y fantasía, con la consiguiente regresión a un pensamiento concreto, debido a la perdida de la capacidad de simbolización.

Para Bion la actividad que conocemos como «el pensar», es decir, la función a través de cuyo ejercicio aprendemos de la experiencia, fue en su origen un procedimiento para descargar a la psique del incremento de estímulos mediante la identificación proyectiva. A grandes rasgos, dice Bion, esta teoría sostiene la existencia de una fantasía omnipotente de que es posible evacuar temporalmente partes indeseables, aunque a veces también valoradas, de la personalidad y colocarlas en un objeto.

Plantea el problema del pensar considerando que los «pensamientos» son epistemológicamente anteriores al pensar, y que el pensar tiene que ser desarrollado como un aparato que se ocupe de los pensamientos. La teoría de la existencia de «un aparato para pensar los pensamientos» es una de las ideas, más sugestivas de Bion. Es este aparato el que determina que el «pensamiento» primitivo (asociado a la «cosa en sí misma») evolucione y adquiera los caracteres cada vez más abstractos del pensamiento, lo que sienta el principio de que no basta tener pensamientos: estos deben ser «pensados» para ser utilizados como tales, y este «pensar» es consecuencia del buen funcionamiento del aparato destinado a esta finalidad.

Dos mecanismos principales participan en la formación de dicho aparato: el primero se determina por la relación dinámica entre algo que se proyecta, un contenido y un objeto que contiene, continente. El segundo está determinado por una oscilación entre la posición esquizoparanoide (fragmentación y dispersión), y la posición depresiva (integración).

El desarrollo de los pensamientos y del pensar depende de dos grandes grupos de factores en interjuego. La disposición congénita (tolerancia o no a la frustración) y factores ambientales (capacidad de *rêverie* de la madre) que determinan el desarrollo y posterior evolución de la capacidad para pensar, capacidad que, en caso de evolución positiva irá incrementándose con la formación de conceptos, abstracciones, sistemas de hipótesis, etc. La capacidad de combinar pensamientos entre sí, de crear símbolos y el lenguaje, incluye procesos como la correlación, la publicación y la comunicación. El desarrollo descrito corresponde al de la parte no psicótica de la personalidad. En el polo opuesto está la personalidad incapaz de representaciones y de simbolización.

Personalidad psicótica no equivale, para Bion, a un diagnostico psiquiátrico, sino a un modo de funcionamiento mental cuyas manifestaciones se evidencian en la conducta, en

el lenguaje y en el efecto que tiene sobre el observador. Un modo de funcionamiento mental que, incluso en pacientes seriamente trastornados, coexiste con otros modos de funcionamiento, es decir, existe una personalidad no psicótica paralela a la personalidad psicótica, pero oscurecida por esta.

Postula la existencia de una función de la personalidad, denominada función alfa, que opera sobre las impresiones sensoriales y las experiencias emocionales percibidas, transformándolas en elementos-alfa. Estos, a diferencia de las simples impresiones recibidas, pueden ser utilizados en nuevos y complejos procesos de transformación, como la formación del pensamiento simbólico, el pensar inconsciente en la vigilia, sus sueños y recuerdos; o bien son almacenados, reprimidos, etc. Por el contrario las impresiones sensoriales y las experiencias emocionales no transformadas denominadas por Bion elementos-beta no son aptos para pensar, soñar o recordar. Para Bion el paciente psicótico carece de un tipo de pensamiento capaz de auténticas simbolizaciones; su intolerancia a la frustración y al dolor mental le impulsan a evitarlos, produciéndose entonces elementos-beta no diferenciables de «la cosa en sí misma», en lugar de buscar la modificación de la frustración, con producción de elementos-alfa que llevan a la representación de «la cosa en sí misma». Se desarrolla así una perturbación del aparato de pensar pensamientos, con un funcionamiento masivo de la identificación proyectiva cuya finalidad sería la evacuación permanente de todo aquello que se relaciona con la percepción de la frustración o el dolor mental.

Lo que gradualmente describió Bion en distintas partes de su obra es que estos elementos beta, estos pensamientos fracasados no pueden ser usados, ni tampoco almacenados, formando una especie de escombros mentales de los que hay que deshacerse como sea y concibe varios modos: primero describió la pantalla beta, cuyo paradigma son aquellos pacientes que presentan un enorme flujo de material verbal, bien construido gramaticalmente y con un significado aparente, pero que, en el fondo, no expresa ningún contenido; en segundo lugar describió la evacuación de estos elementos beta y su posterior reincorporación, siempre a través de los órganos de los sentidos, que se da en los procesos de alucinación y transformación en alucinosis: los sentidos del psicótico no logran relacionarse uno con el otro para llegar al «sentido común»; y en tercer lugar describió la evacuación a través del sistema vegetativo como base de los trastornos psicosomáticos.

La organización psicótica es, ante todo, *anticonflictual.* Las psicosis, ciertamente, nacen del conflicto; pero mientras el Yo del neurótico trabaja en el seno del conflicto, en el psicótico el Yo trabaja contra el conflicto. Ya en 1911, Freud se refiere a la proyección delirógena diciendo que el objeto del conflicto interno es abolido. En 1924 especifica que en la psicosis, el conflicto no se da entre el Yo y el Ello, sino entre el Yo y la realidad externa: está desinteriorizado.

Todos los mecanismos primitivos del Yo trabajan, pues, enfrentándose al conflicto, buscando eliminarlo de la psique, borrarlo como realidad interna; escisión, negación, eyección y proyección, etc., trabajan al servicio de un Yo cuya principal aspiración es deshacerse del conflicto. Por ello se explica el aspecto totalmente radical de estas

defensas: atacan las raíces mismas de los conflictos.

La anticonflictualidad esquizofrénica, por otra parte, se organiza lo bastante activa y potentemente para salpicar al entorno, al terapeuta. En los pensamientos, los propósitos, las técnicas y las concepciones, uno tiende incesantemente a imponerse un único y exclusivo punto de vista. Todas las técnicas y teorías están marcadas con el sello de lo monocorde; todas intentan reducir, a propósito de los psicóticos, la inevitable conflictualidad de la psique. La demostración sería fácil, pero tediosa. Mostraría hasta qué punto los psicóticos nos empujan a rematar su empresa anticonflictual.

Inmediatamente ligada a la noción de conflicto aparece la ambivalencia, ya que no hay conflicto interno que no esté, ante todo, tejido de ambivalencia, y que conflictualidad equivale a ambivalencia.

El término «ambivalencia» fue tomado por Freud de Bleuler, que fue quien lo creó. Bleuler consideró la ambivalencia en tres sentidos: volitivo, intelectual y afectivo, y finalmente dio un significado primordial a la ambivalencia afectiva, es decir, a la presencia simultánea, en la relación con uno mismo objeto, de sentimientos de amor y odio. Bleuler consideró la ambivalencia como uno de los síntomas cardinales de la esquizofrenia, reconociendo la existencia de una ambivalencia normal y una forma más acusada que paraliza la vida psíquica; concepto aceptado por la psiquiatría clínica, que considera la ambivalencia junto con la extravagancia, la impenetrabilidad y el desapego, uno de los rasgos esenciales de la «discordancia» de los esquizofrénicos.

Es evidente que el síntoma denominado ambivalencia por Bleuler, que con razón veía en él un síntoma cardinal de la esquizofrenia, resulta, precisamente de la exclusión de la ambivalencia en el sentido psicoanalítico del término.

En cuanto a las raíces de la ambivalencia, Bleuler piensa que su punto de partida estaría constituido por las experiencias opuestas que se obtienen precozmente de los objetos (perfume de la rosa y sus espinas); la ambivalencia tendría su origen en el objeto, y se convertiría inmediatamente en una estructura del Yo, con capacidad de proyectarse hacia el mundo como tal.

Para Freud, en su segunda concepción, la oposición entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte, situaría claramente las raíces de la ambivalencia en un dualismo pulsional.

Abraham califica de preambivalente la primera etapa de la fase oral, en la que sitúa el punto de fijación de las psicosis. Para este autor, la ambivalencia surge con la oralidad canibalística, que implica una hostilidad hacia el objeto.

Para Melanie Klein, la noción de ambivalencia es esencial. Para esta autora, la pulsión es desde un principio ambivalente: el amor por el objeto es inseparable de su destrucción, la ambivalencia se proyecta en el objeto disociando los impulsos sentidos como malos y destructivos. También sostiene que la ansiedad persecutoria y el temor a la retaliación que resultan de tales impulsos subyacen al desarrollo de la paranoia y la esquizofrenia. Para Klein, la integración de la ambivalencia se adquiere en la posición depresiva, y tal adquisición está en la base del enriquecimiento del mundo interno, de la evolución de la relación con los objetos y de la adaptación a la realidad externa, ya que

en el desarrollo normal, con la creciente integración del Yo, disminuyen los procesos de división y aumenta la capacidad para conciliar los impulsos contradictorios, lo que lleva también a una mayor síntesis de los aspectos buenos y malos del objeto. «Ello significa —escribe Klein— que es posible amar a la gente a pesar de sus defectos y que el mundo no se ve solo en términos de blanco y negro».

Si para Abraham la esquizofrenia tiene su punto de fijación en la etapa preambivalente y para M. Klein, que hace un recorrido parecido, señalando que en la posición esquizoparanoide hay una no-integración de la ambivalencia, para Racamier, la esquizofrenia es una organización activa y minuciosamente antiambivalencial y, consecuentemente, antidepresiva. El sentido de nuestra realidad interna emana directamente de la autopercepción de nuestra ambivalencia: se siente uno ser en tanto se siente doble; la ambivalencia está en la base del sentimiento de uno mismo. Por ello comprendemos mejor el esfuerzo que supone para los esquizofrénicos el sentirse existir, como consecuencia del rechazo de su ambivalencia al desconectar uno de otro sus términos asociados.

Por otra parte, una vida sin conflictos ni diferenciación, sin razón ni contrarios, principales organizadores de la vida psíquica, ¿no es en el límite una vida desorganizada?

Paradoja y descalificación

Antes de integrar la paradoja en la más amplia perspectiva del funcionamiento psíquico, conviene que analicemos lo que significa para el Yo, en sí misma, aislada del contexto paradójico. Significa una descalificación, entendida como lo contrario de cualquier reconocimiento narcisista de la actividad propia del Yo. Descalificación que frecuentemente, tal como se revive en la transferencia, los esquizofrénicos han sufrido en su infancia, como veremos en los siguientes ejemplos clínicos:

Annie es una niña inteligente, de diez años sobre la que sus padres ejercen un control total. Es por la tarde. Desde muy temprano ha tenido un día muy cargado, minuciosamente programado y vigilado por su madre y padre, que corresponderá al doble de la tarea de una colegiala de su edad.

Llega, pues, la hora de los deberes escolares, que la retiene regularmente, hasta las doce de la noche, puesto que no debe descuidar ninguno. Por supuesto, tiene sueño. Bosteza. Sin embargo, sabe que tiene que acabarlo todo y lucha contra el sueño; la lucha contra el sueño forma parte de las innumerables tareas que ya ha aprendido. Los padres, que también tienen sueño y han terminado su quehacer cotidiano, se quedan, sin embargo, despiertos para vigilarla.

En estas circunstancias a las diez en punto, ritualmente, le dan un somnífero. Este comprimido, comprimido paradójico, está destinado a que duerma más tarde y, sobre todo, a que no se duerma antes del plazo de las dos horas que necesita para terminar sus deberes. Por supuesto, la necesidad de dormir de la niña aumenta, lo que, por otra parte, jamás ha movido a los padres modificar la hora del somnífero. La niña combate

tenazmente contra el sueño incisivo. Tanto, que cuando llega la hora de acostarse se ha vuelto incapaz de dormirse antes de varias horas, pues se halla en la fase ultraparadójica.

Los lectores han comprendido que los padres le dan un somnífero a su hija porque ellos mismos tienen sueño, a la vez que se prohíben dormir; esto es lo que Racamier llama una proyección pragmática, porque es actuada. Los padres son incapaces de confiar en la capacidad del Yo de la niña para hacer frente a las tareas impuestas y en su Yo corporal para hacerla dormir.

La intervención (mejor, intrusión) de los padres va mucho más allá de dictar una norma superyoica del tipo de: «acabarás tus deberes esta noche». Aquí, el Superyó está distorsionado por un ideal narcisista, y lo que intenta es suplir el Yo de la niña. La descalificación para permanecer oculta toma el giro de la paradoja.

Otro ejemplo clínico: se opera una descalificación en contra del niño que, de vuelta del colegio, dice que tiene hambre y a quien la madre le contesta: «No, tú no tienes hambre». Observamos que esta madre no le dice al niño que la comida no está a punto o que no es la hora; al contrario, la intervención se ejerce sobre la propia vivencia del niño, y en eso es descalificadora.

Lo mismo encontramos en el caso citado por Anzieu de la niña a quien sus padres meten en un baño de agua, muy caliente y cuando, roja y jadeante, se queja de que se quema, los padres afirman que el agua está en su punto y que ella, la niña, está haciendo teatro. Vemos en este ejemplo que a la niña, cuya percepción se descalifica, se le plantea la alternativa de creer en el testimonio de sus sentidos o de creer a sus padres; debe escoger entre la confianza en su Yo o el amor al objeto; está dividida entre su Yo y su objeto.

Si la descalificación es frecuente, constante, el resultado será que actividades naturalmente no conflictivas del Yo se vuelven conflictivas. El percibir llegará a ser conflictivo en sí mismo, y la misma suerte correrán el sentir e incluso el pensar.

Si la descalificación directa es simple, ataca a la sensación, a lo percibido. Cuando ataca a aspectos más complejos de la actividad propia del Yo, aspectos que se denominan neutros porque, en general, se ejercitan sin grave conflicto, la descalificación toma la forma de la paradoja, sin que exista otra posibilidad. Y la paradoja va más lejos: no solo descalifica el pensamiento y el proceso secundario, sino también la afectividad. ¿No hubiera dicho Schreber que es un asesinato del alma? No dejemos el ejemplo de Schreber sin subrayar la extraordinaria descalificación de que fue objeto por parte de su padre. El padre de Schreber era un ortopedista y pedagogo que tenía unas convicciones fanáticas sobre la autorrenuncia, el ejercicio físico y la dieta, que imponía a su familia. «Hace falta —decía su padre— sustituir la voluntad del niño por la nuestra». Es decir, postula una intrusión no solo en la conducta, sino en la propia psique del niño Sin duda, ese padre estaba afectado por una psicosis latente, defendida por una organización perversa. Sin duda, los padres descalificadores de los esquizofrénicos no solo son enfermos cicatrizados, crípticos o potenciales, sino que niegan ferozmente su propia fragilidad; son fuertes a costa del niño y guardan celosamente su debilidad. Pero sus hijos la conocen: son ídolos con los pies de barro. Y esa vivencia infantil sobre la

fragilidad de su descalificador no es una fantasía, sino una percepción ajustada, aunque totalmente negada en el medio familiar.

Volviendo a la descalificación elemental, Racamier la relaciona con la frustración y la agresión. Frustración no de las pulsiones del Ello, sino del Yo. Frustra la psique infantil de esa protección de la madre, gracias a la cual su Yo no solo es reconocido, sino modelado. Lejos de ayudar al Yo a emerger poco a poco del sí mismo original, la descalificación, desmentido radical, vuelve a ese Yo totalmente conflictual. A la vez que una frustración, la descalificación es también una agresión para el Yo. Por eso hallamos en la víctima un odio intenso al descalificador, procedente de la autodefensa del Yo. Cuando la descalificación deviene paradójica, hasta el odio se hace indiscernible: la paradoja cerrada provoca, junto con la confusión intelectual, la confusión de los sentimientos.

Paradoja del esquizofrénico. Lo paradójico

La patología de lo paradójico, que excluye a los neuróticos y melancólicos, cubre un abanico todavía no delimitado de estructuras *borderline* que incluye fundamentalmente a un grupo de pacientes cuyo síntoma nuclear lo constituye un vago pero profundo sentimiento de malestar e inanidad. A mi modo de ver, en este grupo de pacientes que señalaba Racamier se incluiría aquellos que exhiben la futilidad esquizoide en el sentido de Fairbairn y los pacientes que Winnicott describe dentro de las personalidades que han desarrollado un falso *Self,* y que Racamier denomina prepsicóticos, cicatrizados, crípticos, caracteres paranoides y marginales, y que conocemos habitualmente como *borderline*.

En los pacientes *borderline,* como ha mostrado Anzieu, la patología de lo paradójico mantiene una cierta flexibilidad, pero en los esquizofrénicos lo paradójico no solo es un síntoma cerrado, sino también aplastante. Afecta a la totalidad de la vida psíquica y se manifiesta inmediatamente en el contacto con el paciente, lo que constituye un elemento diagnóstico. Lo paradójico es general e inmediato.

El dilema central del esquizofrénico se basa en la existencia del objeto, de él mismo y de la relación. Objeto, sujeto y relación no existen más que no existiendo. Si es, es que no es; si no es, es que es. El paciente no puede escapar a esta paradoja insoluble, que se relaciona estrechamente con el problema edípico de los esquizofrénicos, la transferencia psicótica y la erotización de lo paradójico.

No hay nada más extraño y más controvertido que el Edipo esquizofrénico. Es dudoso que se pueda resolver el enigma remontándose cada vez más atrás en el arcaísmo, en el sentido, por ejemplo que lo hace E. Torras (1980) estirando las propuestas kleinianas. La verdadera clave de los esquizofrénicos es salirse del marco edípico en el que habitualmente se teje el Yo, ya que el Edipo esquizofrénico es más una incursión fuera del tejido edípico que una regresión a las capas más primitivas. El Yo se abre entonces a unos horizontes tan alejados que, de hecho, son abolidos.

Racamier propone llamar antedipo a esta organización específica, a la vez ante-edípica

y antiedípica: Ante, porque el Edipo pasa a través del Edipo, remontándose, como veremos, más allá de la situación edípica en la generación; y Anti, porque el antedipo se opone radicalmente a todas las fuerzas inherentes al Edipo. Esta perspectiva, según Racamier, mantiene una cierta continuidad con las observaciones freudianas sobre las relaciones entre fetichismo y psicosis y también, a mi juicio, con las ideas de Bion, al menos en sus consecuencias. En efecto, para este autor, en los esquizofrénicos, la carga emocional destructiva de la preconcepción elemento-beta ha sido tal que ha destruido la preconcepción edípica misma. Como resultado se ha perdido el aparato esencial para alcanzar una concepción de la relación parental y, en consecuencia, para la resolución de los problemas edípicos: no es que no pueda resolver los problemas, sino que nunca los aborda.

El antedipo, escribe Racamier, más que una regresión sería una transgresión, un Edipo subvertido por el narcisismo: un Edipo loco. El antedipo dibuja un triángulo subvertido en el cual el sujeto, en relación de seducción incestuosamente narcisista con su madre, ocupa su lugar y el de su progenitor, a la vez que el padre, excluido, no aparece más que como un perseguidor.

Esta paradoja explica la controversia que han mantenido los analistas sobre la transferencia psicótica, cuyo paradigma podrían ser sendos artículos de Loewald y Rosenfeld aparecidos en el *International Journal of Psycho-Analysis* en 1951 y 1952, respectivamente. Espero que el diálogo Loewald-Rosenfeld sea más esclarecedor que el de Sócrates-Platón; en todo caso, eximo a Racamier de toda responsabilidad en su presentación.

Escribía Loewald:

> Freud sostuvo que los esquizofrénicos eran inaccesibles al psicoanálisis porque no desarrollaban transferencia. Esto es verdad si se entiende transferencia como relación de objeto. La transferencia, frecuentemente precipitada y extremadamente íntima, tanto de amor como de odio, que se experimenta tan frecuentemente en los esquizofrénicos, una relación con el terapeuta que parece saltar por encima de y desestimar las condiciones y consideraciones de la situación de realidad no es una relación de objeto. Es un estadio más temprano de relación con el otro, más próximo a los sentimientos primarios narcisistas y mágicos de identidad e influencia mutua. La extrema sensibilidad, el sexto sentido que muchas personas esquizoides tienen con respecto a otras personas, la calidad empática de sus relaciones, se deben a una integración Ego-realidad más fluida y menos diferenciadora, similar a los estadios más tempranos.

Por su parte, Rosenfeld escribía:

> En el presente trabajo me propongo mostrar que en este caso de esquizofrenia, el paciente fue capaz de establecer una transferencia positiva y negativa y que es posible interpretar los fenómenos transferenciales al paciente esquizofrénico. Además, deseo atraer la atención sobre una observación mía: el paciente esquizofrénico que presento aquí, así como todos los demás pacientes esquizofrénicos que he estudiado, mostraron muy claramente una forma muy determinada de relación de objeto; en efecto, tan pronto se acercan a cualquier objeto con amor u odio, parecen confundirse con ese objeto, a causa no solo de la identificación por introyección, sino de impulsos y fantasías de entrar dentro del objeto con la totalidad o partes de su *Self,* a fin de controlar el objeto. Melanie Klein sugiere aplicar el nombre de «identificación proyectiva» a estos procesos.

Racamier no le da la razón a Freud, pero tampoco se la quita. ¿Transferencia psicótica? ¿No transferencia? La cuestión es no cerrar el debate, que no es sino el

síntoma de lo paradójico; por otra parte, los esquizofrénicos no soportan que se resuelva su paradoja, y la demostración ingenua y apresurada de su transferencia les empuja a dar en seguida aplastantes pruebas de anti-transferencia, que pueden adoptar la configuración clínica de ataques al vínculo o al propio pensamiento (Bion, 1959); de ataques contra las actividades del pensamiento del otro (Searles, 1965); de ofensiva megalomaníaca ejercida sobre los objetos exteriores y, por consiguiente, sobre el analista (Jacobson, 1967), de confusión de límites y de identidad entre el paciente y su objeto (Kernberg, 1968); de defensa paranoide contra la posición depresiva ambivalente (Rosenfeld, 1969); y, finalmente, de defensa narcisista y mortífera contra el complejo de Edipo (E. y J. Kestemberg y S. Decobert, 1972). Pero esta inversión radical de la corriente transferencial ¿no es, acaso, la prueba de una transferencia singular?

La seducción narcisista puede observarse en la transferencia y reconstruirse en la historia. Los procesos de identificación proyectiva transformaban la relación narcisista primaria, bajo la influencia y en beneficio de las pulsiones, de sus derivados y de sus representaciones. Pero supongamos una madre hostil a sus propios deseos, siempre apegada a su propia madre, comprometida con su Edipo, horrorizada por los deseos libidinales que el niño manifiesta, que inspira y que representa, y siempre amenazada por la depresión: el niño tendrá que ser parte integrante de ella misma, a título de órgano vital, de órgano narcisista. Esta madre pretenderá que el niño sea carne de su carne dentro de su propia carne; reincluirlo en ella misma de una vez por todas: este niño, narcisistamente seducido, debe aparecer como si no hubiese nacido. No tiene que llevar a cabo este segundo nacimiento que son el nacimiento psíquico y el crecimiento biológico: no debe pensar, ni crecer, ni desear, ni soñar. ¿Acaso puede soñar quien no es más que un sueño?

El contrainvestimiento de las representaciones de los deseos no basta para apagarlos, hay que agotar sus fuentes; el medio descrito por Winnicott consiste en saciarlos antes de que sean experimentados y representados. Con el fin de evitar que el niño tenga el deseo de conocer y, más tarde, desear libidinalmente al objeto, deberá alimentarle sin cesar y posteriormente alimentar el incesto, del cual vislumbramos ya su función antiedípica y antidepresiva.

Para el niño, evidentemente, la seducción narcisista es la promesa de ser un todo omnipotente con la madre, de no perderla nunca, de luchar con ventaja contra la excitación pulsional y de erradicar de un golpe al padre y a la castración. Por ello, no se puede seguir manteniendo la tesis de atribuir a la madre la iniciativa de la seducción. Es una posición cómoda, pero parcial: al niño le gusta también ser seducido y seducir a su vez. A la vista de lo cual no puede dictaminarse, por muy lejos que nos remontemos en la relación precoz madre-hijo ¿Quién empieza a seducir a quién? Lo cual hace insoluble toda cuestión relativa a sus orígenes.

Así permanecerá, además, la ley de la seducción narcisista, una ley en la que los seres son intercambiables y cada cual puede ocupar el lugar del otro y, en el límite, llega a abolir la alteridad.

En la transferencia, el paciente esquizofrénico tiende a reconstruir la seducción

narcisista. Sería ingenuo creer que apenas lo consigue; el analista que no quiera dejarse seducir narcisistamente —de manera activa y pasiva— haría bien en no acercarse jamás a un esquizofrénico; y si se caricaturiza intencionadamente su contratransferencia no es para que se entregue a ella, sino para indicar la pendiente hacia la cual el paciente le atrae. Insidiosa y secretamente, se sentirá la única persona del mundo capaz de comprenderle; el paciente está en él, lo alberga; él también está en el paciente; juntos forman un mundo, se crean mutuamente; esta diada no admite terceros, no soporta el impacto de lo real externo, y la simple representación de los demás ya figura como una intrusión.

El psicótico tiene enormes dificultades para sacar partido de las gratificaciones cotidianas del funcionamiento mental y corporal. Se mantiene alejado del placer de vivir y le acecha siempre la muerte. La referencia de signo contrario le viene dada por la erotización de lo paradójico, que únicamente cuaja en los esquizofrénicos, con exclusión del resto de pacientes con estructura psicótica. Así, la paradoja se vuelve para el auténtico esquizofrénico un objeto gozoso, y además el único.

La estrategia paradójica es un mecanismo de defensa que, consecuentemente, organiza y estructura la esquizofrenia como psicosis caracterial. Pero, además de mecanismo defensivo y de medio de agresión al objeto y autoagresivo, la paradoja se configura en sí misma como fuente de placer; placer, pues, que no está exclusivamente relacionado con los beneficios defensivos y agresivos. Con una observación paciente y atenta se advierte que los esquizofrénicos disfrutan enormemente hilvanando, con sutileza, paradojas insolubles.

En general, los clínicos ignoran este placer erótico por la imagen deplorable que se tiene del sufrimiento psicótico y también por los propios problemas contratransferenciales, ya que ese placer extraño, impenetrable y obtenido a nuestra costa nos irrita y preferimos negar en bloque nuestra hostilidad y su causa.

La erotización paradójica tiene dos tipos de consecuencias, en cierto modo opuestas. Por una parte, la contribución que aporta a la economía psíquica no es desdeñable, pero cuando se agota, en determinados enfermos, da paso a una regresión de la vida mental, a un vaciamiento del Yo, que constituye el estado final de los procesos esquizofrénicos más dramáticos.

En cambio, la erotización paradójica aporta ese *gozo* complementario que proporciona un vigor extraordinario al sistema defensivo narcisista, del que se apropia, y que utiliza para evacuar conflictos, flanquear la ambivalencia, agredir al objeto sin perderle, etc. Podemos entender ahora que el paciente no quiera prescindir de un medio tan eficaz y poderoso. La erotización paradójica deviene así un importante factor de la resistencia de los esquizofrénicos a la cura.

Así aparece el dilema en el que engrana toda cura de esquizofrénicos: es la erotización lo que permite el esquizofrénico gozar de su actividad mental, conservarla y seguir una cura, y es esta erotización paradójica la que dificulta el dejar de serlo...

Bibliografía

Nacht, S. y Racamier, P.-C., *La théorie psychanalytique du délire,* R.F. Psa., 22, 4-5, 217-532, 1958.
Racamier P.-C., *Esquisse d'une clinique psychanalytique de la paranoia,* R.F. Psa., 31, 1, 145.172, 1966
— Diatkine, R., Lebovici, S. y Paumelle, Ph., *Le psychanalyste sans divan,* París, Payot, 1970.
— «L'interprétation psychanalytique de la schizofrénie», *Encyclopédie méd-chir. Psychiatrie,* 37291, A 10, París, 1976.
— *Los esquizofrénicos,* Madrid, Biblioteca Nueva, 1983.
15 *Revista Psicoanálisis,* núm. 4, APM, 1986.

Ser Psicótico: estar psicótico[16]

> Otras dificultades se suman para detener nuestro progreso. Las afecciones narcisistas y las psicosis relacionadas con ellas solo pueden ser desentrañadas por observadores formados en el estudio analítico de las neurosis de transferencia. Pero nuestros psiquiatras no estudian psicoanálisis, y nosotros, los psicoanalistas, vemos muy pocos casos psiquiátricos. Primero tiene que surgir una raza de psiquiatras que haya pasado por la escuela del psicoanálisis como ciencia preparatoria.
>
> S. Freud, *Conferencias de introducción al psicoanálisis,* parte II, 1917.

Decía Ortega y Gasset:

> Una lengua es un sistema de signos verbales merced al cual los individuos pueden entenderse sin previo acuerdo, al paso que una terminología es inteligible si previamente el que escribe o el que habla y el que lee o escucha se han puesto individualmente de acuerdo sobre el significado de los signos.

El que algunos términos que se utilizan en el campo de la psiquiatría tengan un significado diferente en psicoanálisis y la transmisión de los conocimientos en diferentes lenguas y con distintos esquemas referenciales ha dado lugar, concretamente, a un uso equívoco del término psicótico; equívoco que se constituye en obstáculo infranqueable para el progreso del conocimiento y para la práctica que del mismo se deriva. Es necesario saber, pues, a qué se llama psicótico.

En este sentido, y siguiendo a Ortega, se trataría de que en nuestra posterior discusión podamos entendernos mediante un acuerdo grupal previo para definir el adjetivo «psicótico» tanto aplicado al sujeto como al síntoma, lo que necesariamente implica renuncias semánticas individuales.

Me ha parecido que la utilización del Ser y del Estar, sin connotaciones filosófico-existenciales y sin renunciar a la noción de estructura, puede ayudarnos a discernir ambas conceptualizaciones. Pensando en español, podríamos usar esos dos maravillosos verbos «ser» y «estar» con esta finalidad. En este sentido llevamos ventaja a nuestros colegas alemanes, franceses o anglófonos, que traducen ser y estar por un único verbo.

El término psicótico se utiliza en Psiquiatría para describir un trastorno mental con una grave alteración del juicio de realidad y creación de una nueva realidad en un determinado momento vital.

Cuando una persona «está» psicótica, su conducta se muestra tan altamente desorganizada que permite inferir razonablemente que evalúa incorrectamente la exactitud de sus percepciones y pensamientos y hace inferencias incorrectas incluso a pesar de las evidencias contrarias. Sería prueba directa de conducta psicótica la presencia de ideas delirantes o alucinaciones (sin conciencia de su naturaleza patológica). Los enfermos que padecen este trastorno están psicóticos durante algún tiempo.

Esta definición, tomada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, conocido como DSM-III. R (1987), supone un primer escollo epistemológico, ya que para muchos psiquiatras no delimita con nitidez ni el concepto de psicosis ni el de síntoma psicótico. Pero este trabajo no pretende un fino análisis psicopatológico, sino ofrecer claridad en dos ámbitos: el psiquiátrico y el psicoanalítico. Es necesario saber a

qué se llama psicótico en cada uno de ellos. De este modo puede haber error en la aplicación del término al objeto, pero eso sería subsanable y no conduciría inexorablemente a la Torre de Babel.

Hace aproximadamente 10 años, en una conferencia en la Clínica Puerta de Hierro, Grinberg postulaba que los psicoanalistas no siguieran utilizando la nomenclatura y la nosología psiquiátrica. Mi empeño es más modesto y limitado, al objetivo de discriminar y facilitar el entendimiento.

Esta claridad terminológica no tiene nada que ver con una actitud reduccionista. Precisamente uno de los riesgos del conocimiento de las psicosis es el de limitarnos a alguno de sus aspectos, acotado por un autor, escuela, etc. La psicosis es un fenómeno complejo y los conocimientos que tenemos sobre ella son dilatados y heterogéneos, de modo que intentar reducirlos a los modelos propuestos por los diferentes autores es esterilizante y poco científico. Por otra parte hay la tendencia entre los psicoanalistas a utilizar diferentes palabras para designar el mismo proceso y a partir de esas nuevas palabras avivan y alimentan después las diferencias. Tal estrategia da lugar, en ocasiones, a nuevos matices e incluso desarrollos enriquecedores que prestigian la nueva palabra y le dan carta de naturaleza. En este sentido es preciso reconocer que muchos de los avances en el conocimiento de las psicosis han sido debidos a las audaces hipótesis formuladas por «observadores formados en el estudio de las neurosis de transferencia» sin acceso a la investigación psicoanalítica de las psicosis clínicas. Porque, sorprendente destino, el que esto haya sido así no nos resulta tan extraño cuando se analiza cuidadosamente el fenómeno, pero este sería un tema monográfico. Lo que sí quiero constatar y destacar aquí es que en la discusión científica, en el desarrollo de la ciencia, un cierto nivel de ambigüedad estimula la controversia productiva. Lamentablemente, en el psicoanálisis actual la ambigüedad y la laxitud con la que se utilizan algunos términos lindan a veces con el caos y esteriliza la controversia. Si conseguimos reducir las ambigüedades terminológicas a nivel óptimo, ayudaremos a encontrar un fundamento común. En este intento propongo aquí la delimitación terminológica en tres campos estrechamente relacionados: el de la psicosis, el de la estructura y el del narcisismo.

Volviendo al DSM-III. R, los trastornos psicóticos incluyen la esquizofrenia, los trastornos delirantes, los trastornos psicóticos no clasificados en otros apartados, algunos trastornos mentales orgánicos y algunos trastornos afectivos. Corresponde a las llamadas psicosis clínicas e incluirían las neurosis narcisistas de Freud en su sentido originario.

En el caso de Schreber (1911), Freud propuso el término «parafrenia» para reemplazar el de «dementia praecox» y su equivalente, esquizofrenia, diferenciando esta entidad de la paranoia. «Entiendo que lo más adecuado es bautizar a la dementia praecox con el nombre de parafrenia, que, en sí mismo de contenido indeterminado, expresa sus vínculos con la paranoia y, además, recuerda a la hebefrenia incluida en ella». «Más sustantivo me parece conservar la paranoia como un tipo clínico independiente, aunque su cuadro, harto a menudo, se complique con rasgos esquizofrénicos».

Más tarde, en «Introducción al narcisismo» (1914), Freud cambió de parecer y propuso darle a la parafrenia una aceptación mas abarcativa, reuniendo en ella a la

esquizofrenia y a la paranoia, si bien siguió designando a la esquizofrenia como parafrenia propiamente dicha, ya que siguió manteniendo la convicción de que la paranoia se diferenciaba de la esquizofrenia en base a los puntos de fijación y a los mecanismos restitutivos.

> Nuestros supuestos sobre las fijaciones predisponentes en la paranoia y la esquizofrenia permiten entender sin más que un caso puede empezar con síntomas paranoicos y desarrollarse, empero, hasta una esquizofrenia; que fenómenos paranoides y esquizofrénicos se combinan en todas las proporciones, y que pueda producirse que un caso como el de Schreber, que merece el nombre de «demencia paranoide» de razón de lo parafrénico por la relevancia de la fantasía de deseo y las alucinaciones y del carácter paranoide por el mecanismo de proyección y el desenlace.

En 1916, Freud mantenía la tesis de reunir la paranoia y la dementia praecox bajo la denominación de parefrenias, relativizando la cuestión de los nombres.

Hasta cerca de la década de los 30, la concepción descriptiva de las psicosis de Freud coincidía esencialmente con la de la psiquiatría, aunque no coincidieran en los nombres. Freud hablaba de las psicosis en términos de psicosis clínicas, con síntomas «ruidosos», alucinaciones «tormentosas», etc. Dementia praecox, paranoia, demencia paranoide, amencia de Meynert, «demencia aguda alucinatoria», forma quizá la más extrema e impresionante de las psicosis... son términos habituales en sus trabajos. Durante este periodo de tiempo, el pensamiento nosológico de Freud sobre las psicosis se aplicó sobre todo a investigar los rasgos comunes y diferenciales de la esquizofrenia y la paranoia: la localización de las fijaciones predisponentes, los destinos de la libido... en 1896, Freud expone sus reflexiones sobre el tratamiento de un caso de paranoia crónica. Se trataba de una mujer de 32 años, con una sintomatología delirante y alucinatoria, que a los 20 años «padeció una depresión pasajera y obnubilación de juicio» según recogió Freud en la anamnesis. Diez o doce años más tarde, cuando la toma en tratamiento presentaba un cuadro con ideas delirantes, vivencias de influencia corporal y alucinaciones. En una nota de 1924 referente a este caso de «paranoia crónica», el propio Freud matiza: «Quizá más exactamente de demencia paranoide». Es decir, que Freud tomaba en tratamiento pacientes esquizofrénicos y en circunstancias especialmente difíciles contrariamente a ciertas afirmaciones generalizadas y poco críticas que él mismo, con su modestia en este punto, explica así:

> Me apresuro a exponer en este trabajo los datos adquiridos en tal análisis por no tener probabilidades de estudiar la paranoia sino en casos aislados y esperar que estas observaciones aisladas muevan a algún psiquiatra a incorporar la teoría de la «defensa» a la viva discusión actual sobre la naturaleza y el mecanismo de la psicosis.

Freud, que en sus escritos había definido siempre a todo el conjunto de psicosis en términos de «neurosis narcisistas», cambia de parecer en 1924, limitando el empleo del término a las afecciones de tipo melancólico, diferenciando las neurosis narcisistas tanto de las neurosis de transferencia como de las psicosis:

> Empero podemos postular provisionalmente la existencia de afecciones en cuya base se encuentra un conflicto entre el Yo y el Superyó. El análisis nos da cierto derecho a suponer que la melancolía es un paradigma de este grupo, por lo cual reclamaríamos para estas perturbaciones el nombre de psiconeurosis

> narcisistas. Y, en verdad, no desentonaría con nuestras impresiones que hallásemos motivos para separar de las otras psicosis estados como el de la melancolía. Pero entonces nos percatamos de que podríamos completar nuestra simple formula genética sin desecharla. La neurosis de transferencia corresponde al conflicto entre el Yo y el Ello, la neurosis narcisista al conflicto entre el Yo y el Superyó y la psicosis al conflicto entre el Yo y el mundo exterior.

De modo que, desde 1924, Freud asigna muy precisamente a la melancolía y estados afines a una situación nosográfica particular, intermedia entre neurosis y psicosis, bajo la rúbrica de neurosis narcisistas.

Desde entonces, la extensión del calificativo de neurosis narcisista al conjunto de las psicosis, ampliamente generalizada entre analistas, me parece, obviamente abusiva, del mismo modo que la asimilación de la melancolía a la psicosis se sitúa, en cierto modo, fuera del marco de referencia freudiano. Sin embargo, en las fases activas de las psicosis maniaco-depresiva, los pacientes «están» psicóticos, y en los periodos fenomenológicamente asintomáticos de esta entidad, generalmente con una buena adaptación socio-profesional —los llamados intervalos libres de la P.M.D. por la Psiquiatría— muchos de estos pacientes siguen «siendo» psicóticos, aunque este tipo de funcionamiento, en la mayoría de los casos, solo puede ser detectado en la clínica psicoanalítica.

En la actualidad, el empleo del término narcisismo, ya sea como sustantivo o para calificar algún otro componente o mecanismo, se ha mostrado sumamente útil y adecuado para referirse a toda una gama de matices de la clínica psicoanalítica, que va desde los conceptos del narcisismo normal de Freud, de vida de Green o de narcisismo estructurante de Guillén, Loren y Orozco, al considerar que los aspectos narcisistas de la estructura psíquica son los que permiten al sujeto lograr un cierto grado de coherencia y unidad en tanto que hacen al individuo, hasta la utilización que hacen Kohut y Kernberg del narcisismo, con unas connotaciones patológicas muy precisas, a las que me referiré más adelante y a las que personalmente limitaría su uso en este sentido patológico, porque, como ya he señalado, a la hora de intentar una delimitación del fenómeno psicótico, considero que los adjetivos «narcisista» y «psicótico» no deben utilizarse como sinónimos ni tan siquiera para referirse a las psicosis afectivas, es decir, las neurosis narcisistas que Freud rescató en 1924 del conjunto de las psicosis.

El término psicótico se emplea en psicoanálisis, además de utilizarse para distinguir aquellas afecciones con síntomas «ruidosos», como la esquizofrenia y la paranoia, para designar la organización psíquica de pacientes que utilizan excesivamente mecanismos primitivos de defensa en su funcionamiento habitual. Tal funcionamiento mental psicótico coexiste con un funcionamiento no psicótico. En razón de la mayor preponderancia del funcionamiento psicótico, los psicoanalistas consideramos que ciertos pacientes son psicóticos.

Tal comprensión estructural permite un diagnóstico del conflicto interno en ausencia de síntomas manifiestos, ya que la especificidad psicótica estaría dada por la organización subyacente.

Los pacientes que están o han estado psicóticos, en el sentido psiquiátrico del término, son psicóticos desde el punto de vista psicoanalítico. Pero hay pacientes que son

psicóticos desde esta perspectiva y nunca estarán psicóticos.

Vemos, pues, que más allá de la diferenciación entre síntomas o entidades nosológicas aparece la estructura como matriz determinante del quehacer psicoanalítico.

La concepción estructural se conjuga perfectamente con la evolución del pensamiento de Freud[17], que hacia 1930 se halla más interesado en profundizar en ciertos mecanismos psicóticos, especialmente los conceptos de «Spaltung» y de «Verlengrung», tan ligados entre sí, que en oponer unas entidades nosológicas a otras.

En «Los tipos libidinales» (1931), Freud distingue tres tipos de personalidad que rara vez se dan puros; lo común —dice— es encontrar tipos mixtos. El paradigma de normalidad seria la personalidad erótico-obsesiva-narcisista, de modo que, según Freud, el aspecto narcisista de la estructura psíquica es necesario para dar coherencia, unidad al individuo. Freud describe las siguientes características del tipo «narcisista»: desinterés por el erotismo, agresividad, intolerancia a la frustración; y señala que son particularmente aptos para sumir el papel de líderes y que son individuos predispuestos a padecer psicosis, a estar psicóticos. Pero, insisto, al considerar los aspectos narcisistas de la estructura psíquica, en contra de esta opinión de Freud, yo reservaría el término de narcisismo patológico para los grupos de pacientes borderline descritos por Kohut y Kernberg.

En *«La descomposición de la personalidad psíquica»,* de sus «Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis», en 1932, Freud nos recuerda que «si arrojamos un cristal al suelo, se hace añicos, pero no caprichosamente, sino que se fragmenta siguiendo líneas de escisión cuya delimitación, aunque invisible, estaba ya previamente establecida en la estructura del cristal». Y Freud cree que lo mismo ocurriría con la estructura psíquica, cuya organización individual no formaría una unidad compacta, maciza e invisible, sino que estaría constituida de manera duradera y específica por diferentes elementos separados, articulados entre sí mediante suturas invisibles en la situación normal. En las descompensaciones agudas de la enfermedad mental aparecen estas líneas de fisura entre los fragmentos originarios y también en el curso del proceso analítico podemos visualizar estas líneas, escindidas o suturadas, entre los elementos primarios fundamentales.

El enfoque estructural está ampliamente aceptado en la clínica psicoanalítica actual, pero la referencia a la estructura no siempre se acompaña de acuerdos en su definición, lo que conduce a una polisemia en el uso del término y a la misma encrucijada que el uso del adjetivo psicótico. Todo lo cual corrobora la ventaja de utilizar el «Ser» y/o «Estar» psicótico que yo postulo.

Recordemos, por ejemplo, que Bergeret concibe la estructura como base ideal de organización estable de los elementos metapsicológicos constantes y esenciales en un sujeto, en tanto que el carácter aparece como el nivel de funcionamiento manifiesto y no mórbido de la estructura tal como acaba de ser definida. Desde esta óptica, la sintomatología se convierte simplemente en el funcionamiento mórbido de una estructura cuando esta se descompensa.

Lacan incorpora al pensamiento psicoanalítico elementos tomados de la lingüística, la

lógica, la matemática y la antropología estructural. Desde el comienzo de su obra plantea la existencia en el campo psicoanalítico de tres registros interdependientes: el simbólico, el imaginario y el real. Los tres niveles se articulan en la estructura.

Por otra parte, el modelo estructural de la mente que propone Bion es un modelo más dinámico; es a la vez desestructurante y neo-estructurante; en efecto, el crecimiento de la mente es visto por Bion como el crecimiento de la capacidad de pensar acerca de las experiencias emocionales que permiten al individuo aprender transformándose en una persona diferente a la que era antes, con diferentes capacidades a través de «cambios catastróficos», es decir, cualitativos, estructurales en definitiva.

Psicosis y organización «borderline»

Los criterios de diferenciación entre psicosis y neurosis se complican cuando nos referimos a pacientes difícilmente clasificables como neuróticos o psicóticos, porque tienen características propias de ambas categorías: me refiero a los pacientes «borderline» o fronterizos. Como nos recuerda Freud (1937) en el mundo real, las transiciones y los estados intermedios son mucho más corrientes que los estados opuestos y claramente diferenciables; y el yo del neurótico se aproxima al del psicótico «en esta o aquella pieza, en grado mayor o menor, y el monto del distanciamiento respecto de un extremo de la serie y de la aproximación al otro nos servirá provisionalmente como medida...».

En efecto, sin recurrir al conocido material clínico del «Hombre de los lobos», confirmado catamnésicamente como un caso fronterizo, Freud (1940) se refiere seguramente a esta categoría de pacientes cuando escribe:

> Existe, sin embargo, otra clase de enfermos psíquicos evidentemente neuróticos de padecimiento grave. Las condiciones de la enfermedad, así como los mecanismos patógenos, por fuerza serán en ellos los mismos o al menos muy semejantes. Pero su Yo ha mostrado ser capaz de mayor resistencia, se ha desorganizado menos. Muchos de ellos pudieron afianzarse en la vida real a despecho de todos sus achaques y de las insuficiencias por estos causadas. Acaso estos neuróticos se muestran prestos a aceptar nuestro auxilio. A ellos limitaremos nuestro interés y probaremos hasta donde y por cuales caminos podemos «curarlos».

Ya en W. Reich (1925) encontramos la descripción de ciertos estados mixtos de abigarrada sintomatología neurótica y rasgos caracterológicos propios de la psicosis en los que señala todos y cada uno de los elementos para proceder a la delimitación del síndrome «borderline», aunque probablemente la primera referencia a dicho término sea la de Stern (1938). Knight (1960) señaló la labilidad del Yo de estos pacientes y llamó la atención sobre la severa regresión que sufren en la transferencia. Winnicott (1969) define a los «borderline» como pacientes cuya perturbación nuclear es psicótica, pero que poseen una organización neurótica suficiente, pues son capaces de presentar alteraciones neuróticas o somáticas cuando la ansiedad psicótica central amenaza con irrumpir crudamente.

Pero no voy a exponer aquí la vasta literatura sobre los estados fronterizos, sino que resumiré los trabajos de Kernberg que, en forma sistematizada, recogen, a mi juicio, las

más importantes aportaciones al tema, junto a mis propias ideas sobre el mismo.

Desde el punto de vista descriptivo, el síndrome «borderline» presenta una sintomatología variable y polimorfa, pero organizada de manera específica y estable. De modo que el polimorfismo sintomático sin orden aparente deviene paradójicamente una de sus claves diagnósticas.

Los desórdenes fronterizos de la personalidad presentan diversas combinaciones de los siguientes síntomas: ansiedad flotante, crónica y difusa; neurosis polisintomática (fobias, obsesiones, hipocondría, conversiones...); tendencias sexuales perverso-polimorfas; estructura de la personalidad de tipo paranoide o esquizoide, o ciclotímica, con marcado predominio hipomaniaco, narcisista, etc.; tendencia al alcoholismo y a las drogadicciones y, por último, la conservación de la prueba de realidad que falta precisamente en las psicosis.

Pero es importante destacar, siguiendo a Kernberg, que la organización «borderline», caracterizada por una insuficiente delimitación de las representaciones del self y del objeto, con la consiguiente difusión de la identidad, no es diagnosticable basándose solo en signos detectables puramente descriptivos, como los enumerados más arriba, sino en base a una investigación psicoanalítica que contemple los siguientes parámetros: labilidad yoica con predominio de mecanismos de defensa primitivos (escisión, identificación proyectiva, idealización primitiva, negación, omnipotencia, etc.) y signos inespecíficos de debilidad del Yo (escasa tolerancia a la frustración, tendencia al «acting out», insuficiente desarrollo de los canales de sublimación); una particular patología de las relaciones objetales internalizadas representada por lo que Erikson (1956) denominó difusión de la identidad, es decir, «la falta de un concepto integrado de sí y de un concepto igualmente integrado y estable de los objetos totales en relación con el sujeto» ya que, en efecto, la presencia de introyecciones e identificaciones contradictorias produce confusión a los propios pacientes y determina su cualidad «como si» en el sentido de H. Deutsch (1944); el temor a la envidia, a la propia y a la de los demás, adquiere en el «borderline» una calidad deliroide, y la presencia de un Superyó primitivo que destruye lo bueno de la vida es una amenaza constante.

La naturaleza y variedad de los síntomas hallados en pacientes «borderline» hacen de su diagnóstico psiquiátrico una tarea imposible. El propio DSM-III.R, cuya característica más valorada es la descripción específica, inicia la delimitación del síndrome con un lenguaje que recuerda al de los psicoanalistas que se ocuparon del tema: «Pauta generalizada de inestabilidad respecto a la propia imagen... Notable y persistente alteración de la identidad...».

Es indudable que esta descripción del trastorno «borderline» ha supuesto un avance de cara a su delimitación fiable por la psiquiatría. Pero tal delimitación se ve sin embargo coartada cuando se utilizan exclusivamente estos criterios diagnósticos, por cuanto, por la índole misma de los síntomas (alteración de la identidad, incertidumbre respecto a la autoimagen, etc.), no pueden ser aprehendidos privados de significado sin un antes y un después fuera de la situación analítica.

Como he señalado anteriormente, toda esta densa sintomatología solo es reconocible

en base a una estricta investigación psicoanalítica; pero es que, además, la seguridad para efectuar un diagnóstico preciso a nivel metapsicológico viene dada por la aparición en el curso del proceso psicoanalítico de frecuentes momentos de transferencia psicótica, en los que el sentido que el analista intenta darle a sus palabras es distorsionado hacia una versión agresiva o erótica, sobre todo en las primeras fases del análisis.

Los «borderline» son pacientes cuyas dificultades tienen muy profundas raíces y que, sin lugar a dudas, han carecido desde el principio de cuidados maternos necesarios. Pero ni las personalidades más graves de este grupo deben identificarse pura y simplemente con las psicosis, aunque los psicóticos que podemos analizar tienen muchas semejanzas con ellos. El error de muchos analistas es considerar que estructuras defensivas semejantes confirman necesariamente entidades nosológicas unívocas.

Las manifestaciones psicóticas de carácter agudo que eventualmente pueden presentar algunos pacientes neuróticos no definen al «borderline», de la misma manera que padecer una cefalea o una hiperacidez gástrica no implica una enfermedad psicosomática. La denominación «borderline» deber quedar reservada para aquellos pacientes que presentan una organización estable como la descrita, que no es típicamente neurótica ni típicamente psicótica, sino, repito, una amalgama estable diacrónica de ambos elementos que incluye episodios de inestabilidad.

El síndrome borderline ha sido, pero no debe seguir siendo, un cajón de sastre. Debe diferenciarse también del grupo de pacientes que han padecido un brote esquizofrénico con una buena adaptación posterior, es decir, de los estados postpsicóticos; en algunas ocasiones, cuando las formaciones psicóticas —delirios y alucinaciones sobre todo— aún no están sólidamente instaladas, los psiquiatras hablan de fenómenos prepsicóticos amasados de angustia y extrañeza y ante los cuales el paciente se muestra todavía relativamente incrédulo. El fenómeno prepsicótico de la psiquiatría debe diferenciarse del concepto psicoanalítico de borderline. Esta fase prepsicótica, que culmina con la ruptura con la realidad, también ha sido abordada psicoanalíticamente por S. Arietti, M. Katan y J. Freeman.

El estudio de las personalidades narcisistas o de los llamados trastornos narcisistas de la personalidad constituye un desafío difícil de cara a su delimitación fiable en la línea establecida para este trabajo. Para Kohut, las personalidades narcisistas permanecen fijadas a configuraciones arcaicas de un sí-mismo grandioso y/o objetos arcaicos narcisisticamente sobreestimados. Kernberg las considera como un subgrupo de pacientes «borderline», como una forma especial y benigna de organización «borderline». A mi juicio, ya lo adelantaba antes, deberíamos reservar para este tipo de pacientes el término de narcisismo patológico o el de trastornos narcisistas graves de la personalidad, lo que, además, guarda cierta correspondencia con la descripción por Freud en los tipo libidinales del tipo «narcisista».

Las personalidades esquizoides descritas por Khan, Guntrip, Fairbairn; el carácter psicótico según Frosch, Racamier; la transferencia delirante de Margaret Little, y, probablemente, algunos síndromes más que me dejo en el tintero, son modalidades de estructuras «borderline», como ha puesto de manifiesto Carlos Paz. Tampoco son

psicosis las personalidades «como si», de H. Deutsch, o los pacientes que han desarrollado un «falso self», de Winnicott.

El concepto de «personalidad psicótica» de Bion es una modalidad de funcionamiento mental cuyas manifestaciones se evidencian en la conducta, en el lenguaje y en el efecto que puede producir en el objeto. La personalidad psicótica de Bion no equivale, pues, a un diagnóstico psiquiátrico, sino que se trata casi de un concepto metapsicológico. En este sentido conceptual, la diferencia que establece Bion entre la «personalidad psicótica» y la «personalidad no psicótica» —fundamental para el trabajo clínico con todo tipo de pacientes, incluidos los que son o están psicóticos— es, asimismo, un desarrollo metapsicológico y no un diagnóstico clínico.

Psicosis y locura

El objetivo de la psiquiatría es que los pacientes que están psicóticos dejen de estarlo.

El objetivo del psicoanálisis es modificar la organización psíquica de estos pacientes. Esta modificación estructural implica la flexibilización cualitativa y cuantitativa de los mecanismos de defensa primitivos: proyección, escisión, denegación, omnipotencia, identificación proyectiva...

El tratamiento psiquiátrico, que a veces aun sin proponérselo, va más allá de lo estrictamente farmacológico, puede conseguir que el paciente que está psicótico no solo remita y deje de estarlo, sino que sea menos psicótico por una modificación estructural más o menos limitada. También puede ocurrir lo contrario, que un paciente deje de estar psicótico después de un tratamiento psiquiátrico y sea más psicótico en su funcionamiento mental, como consecuencia de una reorganización defensiva más psicótica, estructurada en el curso de un tratamiento psiquiátrico ambientalmente incorrecto. Esta eventualidad está íntimamente relacionada con el concepto de Falso Self Institucional acuñado por mí hace varios años.

Ciertos pacientes están siempre psicóticos, a pesar de un tratamiento psiquiátrico correcto, porque subyace en ellos una estructura tan gravemente psicótica, son tan psicóticos, que el ser y el estar psicóticos no solo se superponen como en las psicosis clínicas, sino que se funden en la misma cosa. Algunos psicoanalistas hablan de estos casos de «psicosis sintomáticamente organizada con un funcionamiento mantenido».

La psiquiatría denomina psicóticos crónicos indistintamente a los pacientes que han estado varias veces psicóticos; a los que están psicóticos por años, sin prácticamente remisiones; a las psicosis sintomáticamente organizadas con un funcionamiento mantenido, y a los locos.

Desde hace una década aproximadamente, Racamier hace un original diagnóstico diferencial entre psicosis y locura: opone la psicosis clínica a la locura. La psicosis clínica ya la hemos delimitado: son los pacientes que *están* psicóticos en un determinado momento vital. La locura corresponde a la imagen que el paciente tiene de su psicopatología psicótica previa, que ya no necesita para sobrevivir. El sistema yoico percepción-conciencia se halla extraordinariamente bien desarrollado en los locos, con

percepciones muy precisas acerca de la verdad de los demás y de sí mismo.

La locura es a la psicosis lo que la histeria a la neurosis, en el sentido de que ciertos psicóticos utilizan los mecanismos de la locura como ciertos neuróticos utilizan mecanismos de la histeria.

La locura, los pacientes locos son aquellos que en una o varias ocasiones, *han estado* psicóticos, han padecido una psicosis clínica, mantienen una especial psicopatología que no corresponde a la de la psicosis clínica; una psicopatología más amable, más lúdica en general, que la de la psicosis clínica y, evidentemente, siguen siendo psicóticos. La locura es una organización caracterial amasada de psicosis en la doble acepción que estamos manejando y de otros elementos a los que nos referiremos luego.

Insisto en este mecanismo de la locura porque, si en principio me parecía un instrumento necesario para el trabajo institucional con psicóticos, su validez en un sentido más amplio ha sido puesta de relieve recientemente por J. Alarcón, que enfatizaba su riqueza conceptual y técnica en el manejo de la cura psicoanalítica «sensu estricto».

Volviendo al diagnóstico clínico diferencial que establece Racamier entre psicosis y locura, resulta sorprendente que tal distinción la estableciera ya, en 1511, el célebre humanista Erasmo de Rotterdam. En efecto, en su conocida obra satírica *Elogio de la locura* aparecen muchos de los argumentos que casi 500 años más tarde utilizara Racamier para delimitar su concepto.

Escribía Erasmo:

«Hay dos clases de locura: una funesta y deplorable, hija terrible de los infiernos y que las crueles furias esparcen por la Tierra...». Descripción que correspondería a la de la psicosis clínica.

> Y hay una segunda locura detractada continuamente incluso por los más locos... Todo el mundo se mofa de estas extravagancias que toman por locuras, y lo son en efecto. Pero a los que las padecen les preocupa muy poco. Satisfechos de sí mismos, disfrutan de la felicidad que les proporciona la locura. ¡Que me digan los que consideran todo esto ridículo si no es mejor pasarse la vida en una locura que estar pensando a cada instante en ahorcarse! Es cierto que todos estos locos están desacreditados a los ojos de los demás, pero ¿Qué les importa? El descrédito es uno de los males que no sienten en absoluto, y si lo sienten alguna vez procuran ahuyentarlo rápidamente. ¡Una pedrada en la cabeza sí que hace realmente daño! Pero el deshonor y las injurias no ofenden más que a los que quieren darse por ofendidos. Un mal no es tal para aquel que no lo siente. Todo el mundo te silba, ¿Qué te importa si tú te aplaudes a tí mismo? Y es únicamente la locura lo que hace que se aplauda a sí mismo.
>
> Otra cualidad nada despreciable de los locos es que son los únicos hombres sinceros... Todo lo que el loco lleva en su corazón lo dice su lengua sin ambajes ni rodeos, mientras que la boca del sabio sopla igualmente en frío que en caliente y sus discursos suelen estar con frecuencia muy lejos de sus pensamientos.
>
> A pesar de todo el boato que les rodea, los príncipes parecerían desgraciados si no tuviesen a nadie que les dijese la verdad y se viesen precisados a rodearse únicamente de aduladores que se la ocultan. La verdad, cuando no ofende, tiene un aire de ingenuidad que agrada. Por esa razón, los reyes escuchan con placer de boca de los locos no solo las verdades, sino las injurias menos disimuladas por las cuales harían colgar a un filósofo...

Bertrand Russell afirmaba que el progreso de la ciencia se realiza no solamente «hacia adelante» acopiando resultados, sino también «hacia atrás» volviendo periódicamente a

los orígenes para reexaminar el punto de partida, los conceptos y los métodos. Esto es especialmente cierto para el objeto de estudio que nos ocupa: «Psicosis. Teoría de la técnica», donde existen, entre los psicoanalistas, serias discrepancias de carácter teórico y metodológico.

Por eso, y para terminar, propongo ese esclarecedor volver «hacia atrás» de Bertrand Russell en la controversia que han mantenido los analistas sobre la transferencia psicótica, cuyo paradigma podrían ser sendos artículos de Loewald y Rosenfeld aparecidos en el *International Journal of Psycho-Analysis* en 1951 y 1952, respectivamente.

Escribía Loewald:

> Freud sostuvo que los esquizofrénicos eran inaccesibles al psicoanálisis porque no desarrollaban transferencia. Esto es verdad, si se entiende transferencia como relación de objeto. La transferencia, frecuentemente precipitada y extremadamente íntima, tanto de amor como de odio, que se experimenta tan frecuentemente con los esquizofrénicos, una relación con el terapeuta que parece saltar por encima de y desestimar las condiciones y consideraciones de la situación de realidad, no es una relación con el otro, más próximo a los sentimientos primarios narcisistas y mágicos de identidad e influencia mutua. La extrema sensibilidad, el sexto sentido que muchas personas esquizoides tienen con respecto a otras personas, la calidad empática de sus relaciones, se debe a una integración Ego-realidad más fluida y menos diferenciadora, similar a la de los estadios más tempranos.

Por su parte, Rosenfeld escribía:

> En el presente trabajo me propongo mostrar que en este caso de esquizofrenia el paciente fue capaz de establecer una transferencia positiva y negativa y que es posible interpretar los fenómenos trasferenciales al paciente esquizofrénico. Además, deseo atraer la atención sobre una observación mía: el paciente esquizofrénico que presento aquí, así como todos los demás pacientes esquizofrénicos que he estudiado, mostraron muy claramente una forma muy determinada de relación de objeto; en efecto, tan pronto se acercan a cualquier objeto con amor u odio parecen confundirse con ese objeto, a causa no solo de la identificación por introyección, sino de impulsos y fantasías de entrar dentro del objeto con totalidad o partes de su self, a fin de controlar el objeto. Melanie Klein sugiere aplicar el nombre de identificación proyectiva a estos procesos.

Expondré a continuación las últimas ideas de P. C. Racamier *(Antœdipe et ses destins,* 1989) sobre «transferencia-no transferencia de los psicóticos».

«Hemos visto la sorprendente blancura de los autoengendrados (individuos y familias). ¿Qué más vemos? Tres ausencias: la de las generaciones, la de la dependencia y la del verdadero transfert».

Un fenómeno proviene de forma natural de la predominancia aplastante del autoengendramiento de la denegación de los orígenes que lo propulsa: el de la «confusión de generaciones». Tanto en las palabras de un individuo como en las de una familia (en su discurso, como dirían los pedantes...) se ejerce una insidiosa y difusa subversión del orden de las generaciones. En la vida psíquica habitual de una familia o de un individuo, el paso en forma fantasmática de la frontera de las generaciones es organizado y vivido como una infracción, una transgresión. ¿No ha armado un lío la de Edipo? Aquí nada semejante: admitamos que a partir del momento en que los orígenes son denegados, las generaciones se vuelven naturalmente intercambiables. La genealogía seguirá ciertamente siendo conocida, pero no tendrá sentido... ni alcance.

De aquí proviene una y otra vez que ni los individuos ni las familias en las cuales reina el antedipo enteramente admitan hacer una transferencia. Realizarán un investimiento, establecerán una religión, ejercerán interacciones, pero nada de todo de este revuelo tomará forma de auténtica transferencia. En realidad se defienden de la transferencia: así lo quiere la autosuficiencia del autoengendramiento.

¿No creen ustedes que tenemos aquí una de las claves del secreto transferencia-no transferencia de los psicóticos?

Para terminar: ¿transferencia psicótica? ¿No transferencia? La cuestión es mantener vivo y no cerrar el debate, que no es, en última instancia, sino el síntoma de lo paradójico en los psicóticos.

De modo que, desde 1924, Freud asigna muy precisamente la melancolía y estados afines a una situación nosográfica particular, intermedia entre neurosis y psicosis, bajo la rúbrica de neurosis narcisistas.

Desde entonces, la extensión del calificativo de neurosis narcisista al conjunto de las psicosis, ampliamente generalizada entre analistas, me parece, obviamente, abusiva, del mismo modo que la asimilación de la melancolía a la psicosis se sitúa, en cierto modo, fuera del marco de referencia freudiano. Sin embargo, en las fases activas de la psicosis maniaco-depresiva, los pacientes «están» psicóticos, y en los periodos fenomenológicamente asintomáticos de esta entidad, generalmente con una buena adaptación socio-profesional —los llamados intervalos libres de la P.M.D. por la Psiquiatría—, muchos de estos pacientes siguen «siendo» psicóticos, aunque este tipo de funcionamiento, en la mayoría de los casos, solo puede ser detectado en la clínica psicoanalítica.

En la actualidad, el empleo del término narcisismo, ya sea como sustantivo o para calificar algún otro componente o mecanismo, se ha mostrado sumamente útil y adecuado para referirse a toda una gama de matices de la clínica psicoanalítica, que va desde los conceptos de narcisismo normal de Freud, de vida de Green o de narcisismo estructurante de Guillén, Loren y Orozco, al considerar que los aspectos narcisistas de la estructura psíquica son los que permiten al sujeto lograr un cierto grado de coherencia y unidad en tanto que individuo, hasta la utilización que hacen Kohut y Kernberg del narcisismo, con unas connotaciones patológicas muy precisas, a las que me referiré más adelante y a las que personalmente limitaría su uso en este sentido patológico, porque, como ya he señalado, a la hora de intentar una delimitación del fenómeno psicótico, considero que los adjetivos «narcisista» y «psicótico» no deben utilizarse como sinónimos ni tan siquiera para referirse a las psicosis afectivas, es decir, las neurosis narcisistas que Freud rescató en 1924 del conjunto de las psicosis.

El término psicótico se emplea en psicoanálisis, además de utilizarse para distinguir aquellas afecciones con síntomas «ruidosos», como la esquizofrenia y la paranoia, para designar la organización psíquica de pacientes que utilizan excesivamente mecanismos primitivos de defensa en su funcionamiento habitual. Tal funcionamiento mental psicótico coexiste con un funcionamiento no psicótico. En razón de la mayor preponderancia del funcionamiento psicótico, los psicoanalistas consideramos que

ciertos pacientes son psicóticos.

Tal comprensión estructural permite un diagnóstico del conflicto interno en ausencia de síntomas manifiestos, ya que la especificad psicótica estaría dada por la organización subyacente.

Los pacientes que están o han estado psicóticos, en el sentido psiquiátrico del término, son psicóticos desde el punto de vista psicoanalítico. Pero hay pacientes que son psicóticos desde esta perspectiva y nunca estarán psicóticos.

Vemos, pues, que más allá de la diferenciación entre síntomas o entidades nosológicas aparece la estructura como matriz determinante del quehacer psicoanalítico.

La concepción estructural se conjuga perfectamente con la evolución del pensamiento de Freud, que, hacia 1930, se halla más interesado en profundizar en ciertos mecanismos psicóticos, especialmente los conceptos de «Spaltung» y de «Verlengrung», tan ligados entre sí, que en oponer unas entidades nosológicas a otras.

Bibliografía

Bion, W. R., «Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas», en *Volviendo a pensar,* Buenos Aires, Hormé, 1971.

Grotstein, J. S., *Identificación proyectiva y escisión,* Méjico, Gedisa, 1983.

Ortega y Gasset, J., *El hombre y la gente,* Madrid, Revista de Occidente, 1947.

Racamier, P. C., *Los esquizofrénicos,* Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.

— *Le Psychanalyste sans divan,* París, Payot, 1970.

16 Introducción a la mesa redonda sobre *«Psicosis: Teoría de la técnica», Revista de Psicoanálisis,* núm. 12, APM, 1990.

17 Sobre algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos (1925): *El fetichismo* (197), *Los tipos libidinales* (1931), *La escisión del Yo en el proceso defensivo* (1938), *Compendio del psicoanálisis* (1940).

La transferencia en pacientes severamente perturbados[18]

Algunas referencias históricas

Mientras que el psicoanálisis de las neurosis se ha desarrollado en línea ascendente, sin apenas paradas ni desviaciones hasta alcanzar con relativa rapidez el actual refinamiento técnico, no ha acontecido lo propio con las ideas y las técnicas analíticas relativas a las psicosis en general y a la esquizofrenia en particular, que han evolucionado a saltos y detenciones, por oleadas de entusiasmo y escepticismo de algunas de las cuales he sido testigo, para llegar hoy a una cierta situación de desinterés por parte de los psicoanalistas que, sin embargo, parecen ocuparse cada vez más en sus consultas y publicaciones de los pacientes borderline o narcisistas (narcisistas en el sentido de Kohut o Kernberg y de los DSM, y no en el sentido freudiano).

El primer paso hacia delante lo constituyó la teorización de los sueños. Freud descubre que la psicosis es un sueño con todos los despropósitos, formaciones delirantes y espejismos sensoriales que ella supone. En Zurich, Jung y Bleuler se aplicaron en utilizar con provecho este descubrimiento y se toparon con una paradoja a la que nos tienen acostumbrados los esquizofrénicos: el esquizofrénico parecía proporcionales los medios de comprenderle, en ese sueño prolongado, pero por el contrario no parecía proporcionales los medios de influir en él eficazmente. Freud se había dado cuenta muy pronto de esta paradoja y, en efecto, ya en 1904 señaló que las «psicosis no eran de la incumbencia terapéutica del psicoanálisis» apoyándose en un silogismo al parecer irrebatible: en las psicosis no hay transferencia y por consiguiente los psicóticos no pueden ser analizados.

Sin embargo, intentaré demostrar con textos del propio Freud a lo largo de su obra que su afirmación no fue tan contundente como algunos de sus epígonos interpretaron y obviamente no se ha comprobado. En todo caso, y durante mucho tiempo, el punto de vista freudiano enfatizando la incapacidad del psicótico para establecer relaciones transferenciales alejó de este campo psicopatológico a la mayoría de los psicoanalistas. Pero hubo excepciones: las observaciones de Abraham (1908) sobre las fases orales de la sexualidad le condujeron a conceptualizar los puntos de fijación de la psicosis maniacodepresiva e inevitablemente consiguió establecer relaciones transferenciales con este tipo de pacientes en plena fase melancólica y señaló que debía interpretarse únicamente la transferencia positiva. Por su parte Federn (1926) postuló que el esquizofrénico es capaz de transferir tanto con la parte de su personalidad que sigue sana y en la realidad, como con la parte enferma o psicótica y aborda el Yo como una entidad global, cuya integridad y funcionamiento sintético dependen estrechamente de las cargas pulsionales. Según esto, los límites del Yo se extienden interiormente hacia el Superyó y las tendencias del Ello, pero señala que los límites con el mundo exterior son los más importantes.

La paternidad del concepto de límites del Yo corresponde en realidad a Víctor Tausk. Tausk pensaba que las dificultades del esquizofrénico se debían fundamentalmente a un

Yo débil, deficitario; mantenía consecuentemente, que si el analista lograba reforzar el yo, el esquizofrénico podía discriminar mejor entre su Yo y la realidad externa.

La antorcha de Federn fue recogida por la escuela de Sullivan y por la de su discípula F. Fromm-Reichman, y la de Abraham por M. Klein y sus seguidores que, centrando el análisis exclusivamente en la transferencia, ampliando su interpretación también a la transferencia negativa y minimizando el papel de la realidad sea cual sea el grado de patología derriban, en cierto modo, la barrera entre neurosis y psicosis.

Progresivamente, la realidad de la transferencia psicótica y su naturaleza particular fueron objeto de confrontaciones, precisiones y de diferentes conceptualizaciones. Cuando estudiamos la forma en que se fue desarrollando el concepto de transferencia en la psicosis hay que destacar a Numberg (1920), Bychowski (1925), R. Mack-Brunswick (1928), etc.

A partir de la década de los 30 el concepto de la transferencia en la psicosis se desarrolla simultáneamente en Estados Unidos, Inglaterra, Austria y Francia. Así K. Menninger, K. R. Eisler, M. Katan, G. Scwings, S. Nacht y P. C. Racamier. Este último autor, y los analistas británicos seguidores de Klein (H. Segal, S, Isaacs, H. Rosenfeld, R. C. Back y sobre todo W. Bion), han desarrollado, a mi juicio, los trabajos que conceptualmente han influido más en el pensamiento actual sobre la transferencia en pacientes severamente perturbados.

Las Transferencias

En el Análisis fragmentario de una histeria (1901-1905), el caso Dora, Freud se pregunta ¿Qué son las transferencias? Y de corrido las define así:

> Reediciones o productos ulteriores de los impulsos y fantasías que han de ser despertados y hechos conscientes durante el desarrollo del análisis y que entrañan como singularidad característica de su especie la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. O para decirlo de otro modo: toda una serie de sucesos psíquicos anteriores cobran vida de nuevo, pero no ya como pasado, sino como relación actual con la persona del médico.

Y añade luego (ya no es literal, sino que resumo): «Algunas de estas reediciones son simples reproducciones o reediciones invariadas. Otras, por el contrario, son más sofisticadas. Serian reediciones corregidas y aumentadas y no meras reproducciones».

A pesar de esta definición tan ajustada que recoge ya, junto a la compulsión a la repetición, los aspectos creativos y estructurantes de las transferencias tan esenciales en la cura psicoanalítica; en una u otra forma, las transferencias influyen y matizan todas las relaciones humanas, y duran toda la vida.

Por eso, precisamente, si se encuentra una especial dificultad en proponer una definición de la transferencia, se debe a que este término ha adquirido, para muchos autores, una extensión muy amplia fuera del análisis. En efecto, existen transferencias que se dan en circunstancias muy variadas: en diversos tipos de psicoterapia, en relaciones médicas y en interacciones sociales, académicas y de trabajo.

En su sentido más restringido el concepto de transferencia es el proceso por el cual un

paciente, como resultado de la tendencia a la repetición, reproduce y revive en el presente de la situación analítica los deseos inconscientes correspondientes a su pasado. Se trata de una repetición —invariada, alterada o recreada— de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad durante la cura psicoanalítica. Por otra parte, la situación general de la abstinencia y frustración inherentes a la misma, favorece la regresión hacia esos prototipos infantiles, lo que lleva a un despliegue mayor de la transferencia, con lo que se cierra el círculo en el que se produce la neurosis de transferencia, réplica de la neurosis infantil.

Neurosis de transferencia

En *Recuerdo, repetición y elaboración,* Freud (1914) introduce dentro de la teoría psicoanalítica, la noción de neurosis de transferencia, como una neurosis artificial centrada en la relación con el analista en la cual tienden a organizarse las manifestaciones de transferencia al principio difusas. Esta nueva neurosis es accesible al análisis y su esclarecimiento y disolución permiten la cura. Sin embargo, el paciente debe tener la capacidad de observar y criticar su propio funcionamiento transferencial en la cura, mediante su identificación con el analista: «La introducción del tratamiento conlleva particularmente que el enfermo cambie su actitud consciente frente a la enfermedad... Es preciso que el paciente cobre el coraje de ocupar su atención en los fenómenos de su enfermedad».

Freud destaca las ventajas de esta sustitución de una neurosis clínica por una de transferencia. Y esta sigue siendo una noción esencial en la teoría psicoanalítica, aunque el propio Freud en el viraje de los años 20 pondrá en primer plano los inconvenientes y las resistencias de la neurosis de transferencia: el analista deberá esforzarse en limitar lo más posible su dominio, empujar el mayor contenido posible en la vía de la rememorización y abandonarse lo menos posible a la repetición. Y llega a afirmar en 1937 que «el paciente mismo no puede utilizar la situación transferencial para reactivar todos los conflictos pulsionales». Esta nueva toma de posición implicaba pues de hecho, cuestionarse sus anteriores afirmaciones de que, resuelta la neurosis de transferencia, el paciente curaría.

En síntesis diríamos que esencialmente Freud sostuvo:

1. La neurosis de transferencia consiste en la adquisición por parte del paciente de un nuevo sentido para los síntomas y de un continente para sus contenidos mentales.
2. El presente reemplaza al pasado (lo actualiza).
3. El paciente debe tener la capacidad de observar y criticar su propio funcionamiento durante la cura.
4. La neurosis de transferencia puede constituirse en resistencia; repetir para no cambiar, por ejemplo, en el «amor de transferencia».
5. La enfermedad curaría al disolverse la neurosis de transferencia, afirmación que relativizaría, como hemos señalado, en *Análisis terminable e interminable.*

M. Neyraut (1974) constató, como antes lo hiciera O. Glover (1955), que son las interpretaciones transferenciales las que construyen la Neurosis de Transferencia y en este sentido la define como «la organización de una neurosis artificial dentro de la cura analítica, reagrupando todas las significaciones transferenciales».

La noción de Neurosis de Transferencia sigue plenamente vigente aunque muchos psicoanalistas, probablemente por la connotación iatrogénica del término, prefieren utilizar el concepto más general de Proceso Psicoanalítico que la engloba. Sin embargo, otros analistas como Serge Viderman (1980) critican el abandono tan frecuente de esta expresión que Viderman considera «la manifestación central del análisis con el único nombre que da cuenta del papel que desempeña en un tratamiento en su pleno desarrollo».

En la concepción de M. Klein y su escuela: Susan Isaacs, Joan Rivière, Paula Heimann... la relación transferencial se hace comprensible si se la considera como la expresión de una fantasía inconsciente, con una génesis, una estructura, un contenido y una función particulares. Por otra parte, para comprender la naturaleza y la función de la fantasía la situación más fructífera es la transferencial.

La relación del paciente con su analista es pues casi por entero una relación de fantasía inconsciente. La personalidad, las actitudes e intenciones y aun las características internas y sexo del analista, tal cual las siente la mente del paciente cambian constantemente según los cambios en su vida interna movilizados por las interpretaciones del analista o sucesos externos; «el desvelar las fantasías transferenciales y rastrear su relación con las primeras experiencias y las situaciones actuales constituyen el principal instrumento de la cura», afirma S. Isaacs (1944).

Transferencia del Psicótico y/o Psicosis de Transferencia

En el Capítulo primero, «La paradoja del esquizofrénico. Lo paradójico» aludía a «la controversia que han mantenido los analistas sobre la transferencia psicótica, cuyo paradigma podrían ser sendos artículos de Loewald y Rosenfeld aparecidos en el *International Journal of Psycho-Analysis* en 1951 y 1952, respectivamente.

Escribía Loewald: «Freud sostuvo que los esquizofrénicos eran inaccesibles al psicoanálisis porque no desarrollaban transferencia. Esto es verdad si se entiende la transferencia como relación de objeto».

Por su parte, Rosenfeld escribía: «En el presente trabajo me propongo mostrar que en este caso de esquizofrenia, el paciente fue capaz de establecer una transferencia positiva y negativa y que es posible interpretar los fenómenos transferenciales al paciente delirante».

Transcribo a continuación las últimas ideas de P. C. Racamier (Antœdipe et ses destins, 1989), en la línea de Loewald, sobre «transferencia-no transferencia» de los psicóticos:

> Hemos visto la sorprendente blancura de los autoengendrados (individuos y familias. ¿Qué más vemos? Tres ausencias: la de las generaciones, la de la dependencia y la del verdadero *transfert.* Un fenómeno que proviene de forma natural de la predominancia más aplastante del autoengendramiento de la denegación de

los orígenes que lo propulsa: el de la «confusión de generaciones». Tanto en las palabras de un individuo como en las de una familia (en su discurso, como dirían los pedantes...) se ejerce una insidiosa y difusa subversión del orden de las generaciones. En la vida psíquica habitual de una familia o de un individuo, el pasaje en forma de la frontera de las generaciones es organizado y vivido como una infracción, una transgresión. Aquí nada semejante: admitamos que a partir del momento en el que los orígenes son denegados, las generaciones se vuelven naturalmente intercambiables. La genealogía seguirá ciertamente siendo conocida, pero no tendrá sentido... ni alcance.

De aquí proviene una y otra vez que ni los individuos ni las familias en las cuales reina el antedipo enteramente admitan hacer una transferencia. Realizarán un investimiento, establecerán una relación, ejercerán interacciones, pero nada de todo este revuelo tomará forma de auténtica transferencia. En realidad se defienden de la transferencia: así lo quiere la autosuficiencia del autoengendramiento.

Por una vez estoy en desacuerdo con Racamier, mi respetado maestro que, sin embargo, unos años antes en su admirable libro Los esquizofrénicos (1978) se preguntaba ¿Transferencia psicótica?, ¿No transferencia? No se pronunciaba entonces, para él la cuestión era no cerrar el debate que no es sino el síntoma de lo paradójico; por otra parte, decía, los esquizofrénicos no soportan que se resuelva su paradoja.

Yo cambiaría el cuestionamiento de Racamier. En efecto, en el momento actual se acepta ampliamente que el psicótico sí es capaz de transferencia, pero: ¿desde dónde se transfiere y cómo se transfiere? Porque la llamada psicosis de transferencia no es desde luego el modelo de funcionamiento transferencial de la neurosis de transferencia descrita por Freud y considerada por una mayoría de analistas como la manifestación central del análisis y principal instrumento de la cura.

La psicosis de transferencia es el modo de reconversión de los síntomas psicóticos durante el tratamiento psicoanalítico para lograr allí su modo de expresión y se describe como intensa, primitiva, voraz, simbiótica y masiva. Rosenfeld (1965) afirma que si interpretamos los fenómenos delirantes transferenciales positivos o negativos que aparecen espontáneamente, evitando estrictamente promover una transferencia positiva con apoyo directo o expresiones de amor, las transferencias psicóticas se ligan a la relación con el analista. «En la misma forma en que se desarrolla una neurosis de transferencia en el neurótico, también en el análisis de los psicóticos se desarrolla lo que podemos llamar una Psicosis de Transferencia».

Afirmación que debería añadir:... Y que no presenta ninguna de las cinco condiciones postuladas por Freud para su definición de neurosis de transferencia que resumo de nuevo con él (Freud, 1914):

Con tal de que el paciente nos muestre al menos la solicitud de respetar las condiciones de existencia del tratamiento, conseguimos, casi siempre, dar a todos los síntomas de la enfermedad un nuevo significado transferencial, sustituir su neurosis ordinaria por una neurosis de transferencia de la que puede ser curado en virtud del trabajo terapéutico... El nuevo estado ha asumido todos los caracteres de la enfermedad, pero constituye una enfermedad artificial asequible por doquier a nuestra intervención. Al mismo tiempo es un fragmento del vivenciar real-objetivo, pero posibilitado por unas condiciones particularmente favorables, y que posee la naturaleza de algo provisional.

A mi juicio, la llamada psicosis de transferencia no es una simple o compleja repetición o recreación de prototipos infantiles, sino una distorsión de la relación con el analista irreal o hiperrealista[19]. Sus principales características: la intensidad y la

fragilidad, la avidez y la intolerancia a la frustración, el ímpetu y la timidez, condicionan unas especiales relaciones del psicótico con el analista del que esperan, con una extrema impaciencia, un apego absoluto y una ceguera total para la realidad.

De modo que los principales caracteres de la psicosis de transferencia se hallan atravesados por el proceso psicótico y fundamentalmente alterados por el mismo.

En todo caso, la transferencia delirante, la psicosis de transferencia y su manejo terapéutico en forma semejante al de la neurosis de transferencia han sido ampliamente aceptadas entro los psicoanalistas que han analizado o analizan psicóticos, sobre todo entre los analistas británicos seguidores de M. Klein, H. Rosenfeld y H. Segal por ejemplo, que son los más nos interesan conceptualmente en este trabajo, por su influencia en nuestro medio y en mí personalmente. Paradójicamente estos autores como el propio Bion sostienen la posición de que una parte de la personalidad de los pacientes severamente perturbados tienen una organización y funcionamiento no psicóticos a los que generalmente llamamos parte neurótica.

Para E. Pichon-Rivière (1952) la situación transferencial del esquizofrénico se caracteriza por la aparición de neurosis, caracteropatías y psicosis de transferencia, aunque considera que si sus reacciones transferenciales son más tumultuosas y más imprevisibles que las de los neuróticos, ello se debe a los inevitables errores del analista.

J. Bleger (1967) describe la psicosis de transferencia como masiva, invasora, precipitada, tenaz y lábil. Sostiene la existencia de una situación original de indiferenciación que determina lo que llama el objeto aglutinado. Este objeto habría de discriminarse en el curso del desarrollo. Afirma que la posición esquizoparanoide descrita por M. Klein ya implica una discriminación y postula la existencia de una posición previa que denomina glischo-cárica. Según Bleger, siempre quedará dentro de la personalidad una parte no discriminada —ambigua— que constituirá la parte psicótica y que entrará en un permanente interjuego con la parte discriminada —neurótica— dando lugar a distintas sintomatologías.

J. García-Badaracco (1982 y 1985) en su *Biografía de una esquizofrénica* y en su conocido trabajo sobre el *objeto enloquecedor* hace algunas consideraciones sobre la transferencia psicótica en el tratamiento psicoanalítico en la que el paciente revive aspectos traumáticos de la reacción primitiva con los objetos parentales y, al mismo tiempo, trae sus identificaciones patógenas con los aspectos patológicos de sus objetos. En estos trabajos García-Badaracco ha contribuido a la discriminación de la parte no psicótica de la personalidad del esquizofrénico integrándola en el desarrollo global infantil del futuro esquizofrénico ya que «el accionar psicótico comienza a aparecer cada vez más como un actuar necesidades primitivas sanas, que hacen cada vez más comprensible la conducta psicótica como formas de buscar, a través de conductas infantiles, la manera de retomar un crecimiento yoico que había quedado detenido». En cierto modo esta es también la tesis de D. Meltzer (1968), noción que Carlos Paz (1986) integra en su visión de «parte no psicótica».

H. Etchegoyen (1986) dedica un capítulo de *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* al estudio de la Psicosis de Transferencia. L. Grinberg en su ponencia de

1992 del I Simposio de Madrid sobre Transferencia y su interpretación dice textualmente: «Los métodos teórico-técnicos usados por M. Klein permitieron llegar a estratos más profundos del psiquismo y analizar a las personas más regresivas: psicóticos, etc. Se trataría de la así llamada *psicosis de transferencia».*

H. Rosenfeld, máximo exponente, como ya hemos visto, de los analistas que postulan la utilización clínica de la psicosis de transferencia para la cura psicoanalítica del paciente severamente perturbado a semejanza de la neurosis de transferencia en el análisis del neurótico, insiste, sin embargo, en que ha podido observar en numerosos esquizofrénicos que:

> Hay una lucha entre una parte omnipotente y destructiva que representa la pulsión de muerte y una parte libidinal y dependiente del *self,* unida al objeto, que representa la pulsión de vida. La parte narcisista y destructiva del *self* ataca la parte libidinal y sana del *self,* intentando destruir sus vínculos con el objeto...; así se ejerce una influencia poderosa y paralizante sobre la parte sana del *self,* que queda dominada y ligada a los procesos delirantes. Esto produce que la parte sana del *self* se sienta aterrada y generalmente muy débil para enfrentar al *self* psicótico destructor y se someta para buscar apaciguamiento.

Y el propio Bion (1967) escribe textualmente sobre la transferencia del psicótico.

> El vínculo con el analista es prematuro, precipitado y de una intensa dependencia; cuando bajo la presión de sus instintos de vida y muerte, el paciente ensancha el contacto, se ponen de manifiesto dos corrientes concurrentes de fenómenos. Primero, la escisión de su personalidad y la proyección de fragmentos dentro del analista (es decir, la identificación proyectiva) que se hace hiperactiva con los consecuentes estados confusionales que Rosenfeld ha descrito. Segundo: las actividades mentales y toda otra a través de la cual el impulso dominante, sea de vida o muerte, trata de expresarse son de inmediato sujetas a mutilaciones por el impulso temporariamente subordinado. El paciente perseguido por esas mutilaciones y tratando de escapar al estado confusional, retorna a una relación restringida. Oscilaciones entre tentativas de ensanchar el contacto y tentativas de restringirlo se suceden continuamente a lo largo del análisis.

Aunque lo expuesto por Bion no tiene desperdicio, no aplica, a mi juicio[20], hasta sus últimas consecuencias en esta descripción de la dinámica transferencial del psicótico su convicción metapsicológica de que este tipo de pacientes, contiene en su psiquis, una parte no psicótica de la personalidad, afortunadamente víctima de los múltiples mecanismos neuróticos con los cuales el psicoanálisis nos ha familiarizado.

La parte no psicótica de los pacientes severamente perturbados en la obra de Freud

La muestra más evidente de la riqueza de los desarrollos e investigaciones de Freud en cuanto a la comprensión de los mecanismos psicodinámicos de las psicosis la tenemos en el análisis de las Memorias del Presidente Schreber (1911) obra clave para la compresión de las psicosis delirantes o en su Introducción al narcisismo (1914) donde se realiza una exposición profunda y detallada de las neurosis narcisista (la nosología freudiana incluye en las neurosis narcisistas a la melancolía, la esquizofrenia y la paranoia). En efecto, ya en 1904 escribía:

> Si se quiere actuar sobre seguro, es preciso limitar la elección a personas que posean un estado normal, pues en el procedimiento psicoanalítico nos apoyamos en él para apropiarnos de lo patológico. Las psicosis, los estados de confusión y de melancolía profunda (diría: tóxica) son, pues inapropiados para el

> psicoanálisis, al menos tal y como hoy lo practicamos. No descarto totalmente que una modificación apropiada del procedimiento nos permita superar esa contraindicación y abordar así una psicoterapia de la psicosis.

Freud fue el primer autor que realmente consiguió explicar los contenidos de la esquizofrenia, desvelando también el significado simbólico de sus síntomas. También fue el primero en revelar de manera convincente la importancia de los factores psicodinámicos en la etiología de este proceso. Pero sus descubrimientos no se acompañaron del correspondiente abordaje técnico ya que, como hemos apuntado, encontró enormes dificultades para el establecimiento de una adecuada relación transferencial considerando a estos pacientes incapaces de cualquier tipo de vínculo objetal. A pesar de que mantuvo esta posición a lo largo de toda su obra, es mi propósito mostrarles cómo también en la misma, aunque sin aparente relieve, Freud apunta a una parte no psicótica en los pacientes severamente perturbados, lo que a mi juicio abre una interesante vía freudiana para el abordaje de estos pacientes.

En las psiconeurosis de defensa Freud (1884) precisaba: «El Yo ha roto con la idea intolerable; pero como esta está indisolublemente ligada a una parte de la realidad, en cuanto el Yo consigue romper con la idea, al mismo tiempo corta con las fuentes de la realidad, totalmente o en parte».

En el prólogo de sus memorias el doctor Schreber (1903) escribe premonitoriamente: «Espero que el interés científico de mis memorias venza en el doctor Flesching, posibles susceptibilidades personales».

Freud (1910) le toma la palabra y se dirige discriminadamente a la parte no psicótica de Schreber en el preámbulo a su historial clínico: «Es posible que el doctor Schreber viva todavía y se haya retractado lo suficiente del sistema delirante que sostenía en 1903 como para que le resulten penosas las puntualizaciones que hago sobre su libro».

Más tarde relata que durante los seis meses que Schreber estuvo ingresado en la clínica de Leipzig, el paciente estableció con su médico Flesching una relación positiva, no exenta de ambivalencia. Schreber escribe en sus memorias: «La gratitud de mi esposa era tal vez, aún más cordial en tanto veía en el profesor Flesching al hombre que le restituyó a su marido, de ahí que conservara por años su retrato sobre su escritorio».

Y apostilla Freud:

> Me imagino cuán incierto tiene que parecer el supuesto de que una sensación de simpatía hacia un médico pueda estallar de pronto.... Podemos fácilmente señalarle una posibilidad en virtud de la cual pierde su carácter asombroso. No es difícil que.... proviniera de un «proceso de transferencia», por el cual una investidura de sentimiento es, en el enfermo, trasladada de una persona para él sustantiva a la del médico.

Se podría objetar que hasta 1937, Freud no introduce el concepto de «alteración del yo» del psicótico, término que él mismo considera provisional e impreciso, y también se podría objetar que cuando Schreber hace la transferencia con el doctor Flesching el diagnóstico oficial era de «Acceso grave de hipocondría» y el propio Schreber asegura que esta enfermedad transcurrió «sin incidente alguno de carácter metafísico»; en todo caso aunque no estuviera psicótico ni delirante en aquel momento, Schreber ya era un psicótico (Crespo, 1990). Tal proceso se dio también con el enfermero jefe de aquel

sanatorio Von W.; y diez años después con el Doctor Weber en el sanatorio de Somnerstein.

Pero cuando Schreber engloba a estos personajes en su delirio, tal proceso, diferente del trasferencial antes descrito por Freud, podría llamarse psicosis de transferencia si no fuera por la confusión analógica que introduce el término ya que la psicosis de transferencia no conserva ninguna de las características de la neurosis de transferencia para el desarrollo y fin de la cura, como ya hemos visto.

En la XXVII conferencia y en su párrafo final Freud (1916-1917) afirma tajantemente: «Los pacientes que adolecen de neurosis narcisistas no muestran transferencia alguna y por eso son inaccesibles para nuestro empeño, no podemos curarlos».

Sin embargo, en los párrafos anteriores había dejado de nuevo espacio para la duda. Escribe:

> Les prometí hacerles comprender, con el auxilio de la transferencia, la razón por la cual nuestro empeño terapéutico no tiene resultado alguno en las neurosis narcisistas. Puedo hacerlo con pocas palabras y ustedes verán cuán simplemente se soluciona el enigma y todo se compagina. La observación permite conocer que los que adolecen de neurosis narcisistas no tienen ninguna capacidad de transferencia o solo unos restos insuficientes de ella.

Finalmente, al analizar las llamadas neurosis narcisistas para acercase al enigmático inconsciente, Freud (1915) escribe: «La incapacidad de estos pacientes para la transferencia... al menos hasta donde llega el proceso patológico...».

Dejando abierto de nuevo el camino para la posibilidad de transferencia, que se establece justamente ahí donde termina el proceso patológico, es decir, desde la parte no psicótica de estos pacientes.

En el Esquema del Psicoanálisis (1940 [1938]) insiste en este criterio atransferencial, señalando que se debía renunciar al plan de curación psicoanalítica del psicótico, «y esa renuncia puede ser definitiva o solo temporal, hasta que hallemos otro plan más idóneo para él». Sin embargo, el propio Freud afirmaba en el citado trabajo:

> Aun en el caso de estados que se han distanciado tanto de la realidad efectiva del mundo exterior como ocurre en una confusión alucinatoria (amentia), uno se entera, por la comunicación de los enfermos tras su restablecimiento, de que en un rincón de su alma, según su propia expresión, se escondía en aquel tiempo una persona normal, la cual como un observador no participante, dejaba pasearse frente a sí al espectro de la enfermedad.

Les ruego que retengan esta afirmación freudiana que, por lo demás, ha reiterado a lo largo de su obra y que, sin embargo, se halla oscurecida por la contundencia de su afirmación precedente. «Las neurosis narcisistas no tienen capacidad de transferencia».

En el delirio y en los sueños, los símbolos y las metáforas toman carácter de hechos.

> El sueño es, pues, una psicosis (Freud, 1940) con todos los despropósitos, formaciones delirantes y espejismos sensoriales que ella supone. Por cierto una psicosis de duración breve, inofensiva, ... Pero es, con todo, una psicosis, y de ella aprendemos que incluso una alteración tan profunda de la vida anímica puede ser deshecha, puede dejar sitio a la función normal.

Y sabemos que los psicóticos no sueñan o sueñan poco y sus sueños son poco elaborados. Probablemente sus producciones diurnas los hacen innecesarios. Lo que

vemos aquí, en psicopatología, nos recuerda el trabajo del sueño que Freud resaltó; es la noción, capital, del Trabajo del Delirio. Este punto de vista, muestra al delirio como una actividad dinámica, como una producción, y deja finalmente adivinar que puede ser una solución. Esta analogía entre sueño y delirio no tiene una secuencia terapéutica equivalente. El estudio y la interpretación de los sueños es la vía más idónea para conocer lo inconsciente, su «vía regia» a la que difícilmente se le podrá negar rigor científico, consistencia interna y eficacia terapéutica. Frente a la psicosis de duración breve, inofensiva, que es el sueño, parecería una ventaja que el sueño prosiga indefinidamente en la esquizofrenia ofreciendo más oportunidades merced a esa presencia indefinida para investigar este proceso destructor de la vida psíquica. ¿Pero de qué serviría interpretárselo a un paciente mientras duerme? Se trata de no ignorar la potencia y la autonomía del delirio y nada más ineficaz que pretender interpretar y reconducir de entrada los contenidos delirante-alucinatorios.

Esta crítica sobre la interpretación transferencial al delirante dentro de la psicosis de transferencia no empaña en absoluto el valor de conjunto que tienen las aportaciones psicoanalíticas para la comprensión psicodinámica del delirio.

Transferencia y diferenciación de la parte psicótica y neurótica en pacientes severamente perturbados. Aportaciones de Bion

La obra de Bion es esencial para la compresión de la transferencia de este tipo de pacientes. Aunque su monografía de 1957 *Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas* resume y sintetiza su pensamiento sobre este tema, podemos afirmar que esta cuestión se plantea una y otra vez a lo largo de su obra.

A mi juicio, Bion no aplica hasta sus últimas consecuencias a la dinámica transferencial del psicótico su convicción de que este tipo de pacientes contiene en su psiquis una parte neurótica de la personalidad; probablemente más interesado en mostrar la parte psicótica de los neuróticos severos, que debe ser descubierta y tratada como tal, para que la terapia tenga éxito.

Para una comprensión más cabal de la transferencia del psicótico, con repercusión en el contacto analítico y el tratamiento, hay que profundizar en el concepto fundamental de parte psicótica y parte no psicótica de la personalidad que Bion extrajo de tres textos freudianos: *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico* (1911), *El Yo y el Ello* (1923) y *Neurosis y Psicosis* (1924), trabajos que por mi parte no he utilizado para mostrar los antecedentes freudianos de la conceptualización bioniana que nos ocupa.

Bion señaló que los mecanismos defensivos utilizados predominantemente por la parte psicótica son la escisión y la identificación proyectiva que funcionan de manera simultánea y complementaria. Y consideró a la represión como el mecanismo característico de la parte neurótica.

Los rasgos esenciales de la parte psicótica serían: incapacidad para producir auténticas simbolizaciones; intolerancia a la frustración, al dolor mental y a la incertidumbre;

predominio de impulsos destructivos y pánico de aniquilación; odio hacia la realidad externa e interna; una tenue pero tenaz relación objetal. Personalidad psicótica no equivale, para Bion, a un diagnóstico psiquiátrico, sino a un modo de funcionamiento mental cuyas manifestaciones se evidencian en la conducta, en el lenguaje y en el efecto que tienen sobre el observador.

Los rasgos esenciales de la parte neurótica serían: capacidad de combinar pensamientos entre sí, de crear símbolos y lenguaje; acceso a la realidad interna y externa: equilibrio de los impulsos libidinales y destructivos; utilización de la angustia en forma creativa; sentido común y tolerancia a la frustración, capacidad para establecer sólidas y estables relaciones objetales.

La escisión de la personalidad es la expresión que define a la esquizofrenia. ¿Cómo, si no, muchos esquizofrénicos pueden participar activa y gozosamente, a veces, en la vida cotidiana, y, al mismo tiempo, y sin que lo uno estorbe a lo otro, vivir en su mundo alucinatorio-fantástico?

Por eso los psicóticos nos inducen a que ahondemos en su divergencia, que volvamos más abrupta, más hermética su escisión, mientras que con nuestro trabajo atendiendo sobre todo a la parte neurótica de la personalidad, intentamos a menudo favorecer los intercambios entre ambas. En efecto, cuando se ha establecido una neurosis de transferencia con la parte no psicótica de la personalidad, las sucesivas identificaciones proyectivas del paciente en el analista (continente) permiten una paulatina discriminación. En este sentido, una interpretación es eficaz cuando implica la reintroyección de un objeto y una emoción definidos, que empiezan a tomar nombre, que pueden representarse y pueden comenzar a ligarse con otros elementos. No es cuestión de transformar a un psicótico en neurótico —la utopía de la neoneurosis que postulaban algunos analistas—, pero es posible asistir a la aparición de formas de relación que configuran un neoacondicionamiento de las escisiones y la desligazón psicótica.

Mi experiencia clínica en el tratamiento psicoanalítico de psicóticos me ha confirmado una y otra vez que la transferencia del psicótico, precaria (lo masivo pertenece a otro proceso: al proceso delirante), tenaz, muy dependiente y cautelosa (incluso instalada la confianza básica en la cura, pueden aparecer puntas de suspicacia) se instaura desde la parte no-psicótica de la personalidad, ya que el funcionamiento psicótico y el delirio coexisten con realidades producidas por represión y el esquizofrénico es por tanto potencialmente capaz de establecer una neurosis de transferencia desde su parte no-psicótica o neurótica.

Es más, teniendo en cuenta que en la personalidad psicótica no existen relaciones simbólicas sino formaciones previas donde el símbolo está equiparado con lo simbolizado —lo que H. Segal denomina ecuaciones simbólicas— interpretaciones basadas en simbolismos no solo son ineficaces, sino iatrogénicas constituyéndose en el origen de nuevas formaciones delirantes. Para Bion, el paciente psicótico es incapaz de producir auténticas simbolizaciones a causa de su intolerancia a la frustración, a la incertidumbre y al dolor mental. En vez de simbolizaciones produce elementos beta no diferenciables de la «cosa en sí misma», uno de cuyos destinos es la evacuación a través

de los órganos de los sentidos como se da en los procesos de alucinación y transformación en alucinosis.

Esta incapacidad para la simbolización pone de manifiesto la incapacidad de la parte psicótica para generar una transferencia capaz de producir cambios psíquicos y el correspondiente cambio externo, creativa en suma. El trabajo creativo de la transferencia, las ediciones corregidas y aumentadas de Freud, tienen su correlato en la creatividad artística del psicótico. En el tercer Congreso Ibérico de Psicoanálisis (Barcelona 1993) presenté una comunicación sobre *La obra plástica de un esquizofrénico* en la que señalaba que, desde el vértice de Bion y su teoría sobre la divergencia de las dos partes de la personalidad, podía explicarse que algunos locos geniales logren desplegar su capacidad creativa a pesar de su psicosis. Lo que matiza de manera importante, sin contradecirla, la clásica afirmación de Kris de que el arte como fenómeno estético está relacionado con la integridad del Yo.

Estas partes divergentes se originan en el comienzo mismo de la vida. Bion nos invita a investigar la «caesura», pero no solo se refiere a la ruptura en la continuidad de la vida intrauterina en el acto del nacimiento —él se cuestiona acerca de las percepciones del sujeto antes de esa ruptura— sino también a todas las caesuras que se dan durante el desarrollo de la vida y las existentes dentro del sujeto y entre sujetos que viven en espacios o tiempos distintos.

Es interesante recordar y destacar que para fundamentar la divergencia de las personalidades psicóticas y no-psicóticas Bion se apoya fundamentalmente en la tesis de M. Klein sobre los ataques sádicos fantaseados por el niño contra el pecho durante la posición paranoide-esquizoide y en su descubrimiento de la identificación proyectiva; y, por otra parte, en la descripción freudiana del aparato mental que es puesto en actividad por las demandas del principio de realidad, particularmente aquella parte del mismo que está en relación con la conciencia de los órganos de los sentidos.

Comparto con Rosenfeld y con Segal su criterio de que el concepto kleiniano de identificación proyectiva ha permitido ampliar nuestra compresión de la transferencia del psicótico y ha abierto un nuevo campo para su compresión. Y la ampliación conceptual de Bion de que el psicótico realiza identificaciones proyectivas de parte de su aparato mental y de emociones intensas dentro de su mundo circundante, que invariablemente tiene como resultados una auto-transformación y la transformación del objeto, como consecuencia de la cual ambos se pueden sentir confundidos, desorientados, desvitalizados, despojados y vulnerables a ideas de influencia y control por parte del Otro.

En efecto, otro concepto de Bion que tiene consecuencias en el plano de la clínica psicoanalítica de psicóticos es el de continente-contenido. La relación c-c se expresa como algo complementario entre la proyección del niño y la receptividad materna. La madre es continente de lo proyectado, lo recibe y lo procesa. Bion designa con la palabra revêrie el estado de receptividad materna. Es decir, que para que la identificación proyectiva se produzca debe estar presente la idea de un continente hacia el cual enviar la proyección. En otras palabras, debe haber un objeto que tenga capacidad para contener

la proyección. Bion habla también de «cambio catastrófico» cuando se produce una ruptura vincular en un sistema continente-contenido. El agente provocador es en la teoría del pensamiento de Bion un elemento disruptivo que no encuentra un continente mental que lo contenga.

El concepto de Bion de identificación proyectiva patológica y otras muchas de sus ideas articuladas con él se ilustran con un ejemplo literario magistral en la obra de H. Melville (1853) *Bartlebly, el escribiente (Una historia de Wall Street)*. Y es que, como dice Bion en *Volviendo a pensar...,* «ciertos libros suscitan emociones poderosas y son capaces de ofrecer a los demás una proyección no saturada que estimula nuestras propias proyecciones».

Cuando en este verano de 1998 pensaba en Bartlebly, el escribiente y en su empleador, el abogado bienintencionado, para explicar algunos aspectos de la identificación proyectiva descrita por Bion en pacientes severamente perturbados, la muerte de Julien Green, acaecida en esos días, me hizo recordar que en *Sobre la identificación* (1955) M. Klein explica también su propio e innovador concepto de identificación proyectiva a través de una interpretación de la novela del citado autor *Si yo fuera usted*. Es la historia de Fabian, un joven huérfano pobre que aborrece su destino y hace un pacto con el Diablo, para convertirse en otra persona y tener acceso así a la fortuna que cree merecer. En nuestro caso los protagonistas son dos, pues para que la identificación proyectiva descrita por Bion se produzca, debe haber un objeto que tenga profundidad como para contener la proyección o para que se produzca la ruptura vincular del sistema continente-contenido cuando la capacidad del continente mental es sobrepasada.

Los jugosos soliloquios del abogado sesentón: «pacífico, prudente y metódico», en los que se siente transformado, confundido, desorientado, apesadumbrado, despojado, enloquecido y vulnerable, como consecuencia del impacto que le produce el permanente apremio proyectivo de Bartlebly, un joven de aspecto desolado y frágil, de figura pálida y limpia, casi sin antecedentes ni etiqueta diagnóstica, pero con severas anomalías de actitud catatónica: rígida, negativista, inaccesible, que evoluciona hacia un mutismo absoluto y finalmente hacia la muerte.

He aquí unos fragmentos del monólogo del abogado:

> Lo que vi aquella mañana me persuadió de que el escribiente era víctima de un trastorno innato e incurable. Podría dar limosnas a su cuerpo; pero su cuerpo no es lo que dolía; era su alma la que sufría, y a ella no podía llegar.... Y me estremecí al pensar que mi contacto con el escribiente ya había afectado, y seriamente, mi capacidad mental. Y ¿Qué otras aberraciones más profundas no podría producirme todavía?...
>
> Por primera vez en mi vida se apoderó de mí un sentimiento sobrecogedor y doliente de melancolía. Antes, jamás había experimentado nada que pasara de una tristeza no demasiado desagradable...
>
> Pero a medida que la soledad de Bartlebly fue creciendo en mi imaginación, esa misma melancolía se fundió en temor, y la piedad en repulsión...
>
> Dócil una vez más al admirable ascendiente que aquel inescrutable amanuense ejercía sobre mí, y del cual, hiciera lo que hiciera, no lograba escapar del todo, bajé lentamente las escaleras y alcancé la calle.

La invocación al sentido común, hecha por Bion, es fundamental para el manejo de la transferencia del paciente severamente perturbado. Bion (1962) relaciona el sentido

común con la prosecución de la verdad hasta sus últimas consecuencias (F. Fromm-Reichmann decía que es grave y a veces criminal mentir al psicótico) con la intuición, la prudencia y la previsión, y sería el resultado de utilizar toda nuestra experiencia y la del Otro, así como de la utilización de todos los sentidos: oídos, vista, olfato Sinónimo de sentido común sería Pensar (con mayúscula), considerando a este Pensar como aquel acto reflexivo que lleva a aquella acción comunicacional que es la interpretación:

Una función importante de la comunicación es la de alcanzar correlación. En tanto que la comunicación sigue siendo una función privada, las concepciones, los pensamientos y sus verbalizaciones son necesarios para facilitar la conjunción de una serie de datos aportados por los sentidos con otra. Si la conjunción de datos es armónica, se experimenta una sensación de verdad y es de desear que este sentimiento se exprese en una afirmación análoga a una afirmación funcional de la verdad. El fracaso de esta conjunción de los datos de los sentidos, y por lo tanto de un punto de vista con sentido común, provoca un estado mental de debilidad en el paciente como si la inanición de verdad fuera análoga a la inanición alimentaria... El equivalente del punto de vista con sentido común en el conocimiento privado es el punto de vista emocional común; si la visión de un objeto odiado se pone en conjunción con la visión de un objeto amado, y la conjunción confirma que el objeto experimentado en las dos distintas emociones es el mismo objeto, se experimenta un sentimiento de verdad. Entonces se establece una correlación.

Bibliografía

Abraham, K., «Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz», *Piscoanálisis Clínico,* Buenos Aires, Hormé, 1959, págs. 95-96.

Bion, W. R., *Volviendo a pensar,* Buenos Aires, Hormé, 1972.

Bleger, J., «Simbiosis y Ambigüedad», *Estudio Psicoanalítico,* Buenos Aires, Paidós, 1967.

Crespo, L. F., *Paradojas y Metamorfosis de los Esquizofrénicos, Clínica de la Identificación Proyectiva,* Madrid, Tecnipublicaciones, 1988.

— «La obra plástica de un esquizofrénico», *Anuario Ibérico de Psicoanálisis* II, I, Madrid, 1995.

— «Ser psicótico: estar psicótico», *Revista de psicoanálisis de Madrid,* 12, Madrid, 1995, págs. 17-32.

Etchegoyen, R. H., *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica,* Buenos Aires, Amorruru, 1966.

Federn, P., *Psychoanalysis of Ego psychology and the psychosis,* Londres, Imago, 1953, págs. 117-165.

Freud, S., «Sobre un caso de paranoia descrito autobiograficamente (Schreber)», *SE,* 12, 1910.

— «Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico», *SE,* 12, 1911.

— «Sobre la dinámica de la transferencia», *SE,* 12, 1912.

— «Sobre psicoterapia», *SE,* 7, 1905.

— «Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II)», *SE,* 12, 1914.

— «El Yo y el Ello», *SE,* 19, 1923.

— «Análisis terminable e interminable», *SE,* 23, 1937.

— «Esquema del psicoanálisis, partes II y II», *SE,* 23, 1940.

Garcia Badaracco, J., «Identificación y sus vicisitudes en la psicosis. La importancia del objeto enloquecedor», *Revista de Psicoanálisis,* tomo XLII, núm 3, Buenos Aires, 1985.

Grinberg, L., Ponencia del I Simposio de la APM, Madrid, 1992.

Isaac, S., «Naturaleza y función de la fantasía», *Desarrollos en psicoanálisis,* Buenos Aires, Hormé, 1971.

Jacobson, E., *Psychotic conflict and reality,* citado por H. Etchegoyen (1986), Nueva York, University Press, 1967.

Klein, M., *Sobre la identificación, Obras Completas,* tomo 4, Paidós-Biblioteca Nueva, 1976.

Mack-Brunswick, R., «Análisis de un caso de paranoia. Delirio de celos», citado por H. Etchegoyen, en *Revista*

de Psicoanálisis (1986), Nueva York, 1928.

Paz, C. A., «Las partes no psicóticas en las esquizofrenias. Su importancia para el progreso psicoanalítico», *Revista de Psicoanálisis,* XLIII, 3. 1986.

Pichon-Rivière, E., «Quelques observations sur le transfert chez des patients psychotiques», *Revue française de Psychanalyse,* tomo 16 (1-2), 1952.

Racamier, P.-C., *Les Schyzophrènes,* Payot, Madrid, Biblioteca Nueva, 1983.

Rosenfeld, H., *Estados Psicóticos,* Buenos Aires, Hormé, 1974.

Searles, H., *Escritos sobre esquizofrenia,* Barcelona, Gedisa, 1980.

18 Texto ampliado de la conferencia dictada en el curso sobre «El padecimiento psíquico y la cura psicoanalítica» de la F. G. Universidad Complutense de Madrid (El Escorial, 1998).

19 Por adiciones de relaciones objetales del pasado negadas.

20 Como tampoco lo hicieran los autores citados anteriormente.

La metamorfosis del aparato de influir[21]

Preámbulo

El aparato de influir se ha descrito siempre en psicología como una estructura impositiva que se organiza centralmente contra el paciente, al que persigue feroz y despiadadamente. «Se sabe que la máquina de influencia no se realiza sin persecución» (Nacht y Racamier). En efecto, en mi revisión tanto de la literatura psiquiátrica como psicoanalítica, de la que les he ofrecido una muestra en los anteriores apartados, no he encontrado referencias de otra índole.

Sin embargo, en mi experiencia, el aparato de influir perseguidor y maléfico puede evolucionar con el adecuado tratamiento hacia un aparato de influir que beneficia al paciente y le proporciona cuidados.

Esta transformación, de la que la metamorfosis tecnológica no es sino un paradigma curioso y un señuelo como sin duda habrán comprendido, se ha podido evidenciar gracias a las posibilidades que tenemos en la actualidad de proporcionar tratamientos psicoanalíticos de larga duración a esquizofrénicos tan severamente perturbados.

El marco conceptual kleiniano y particularmente el descubrimiento de la identificación proyectiva por Melanie Klein y los desarrollados posteriormente de Bion, Meltzer, Rosenfeld, etc., nos permiten profundizar y seguir investigando tanto en la génesis del aparato de influir de V. Tausk, como en la naturaleza de su transformación en un aparato de influencia protector en la base de cuya organización se encuentran, sin duda, los mecanismos básicos de la posición esquizoparanoide: la escisión y la identificación proyectiva.

Mi experiencia más precisa se refiere a dos pacientes a los que hice un seguimiento de más de diez años. Sin embargo, para no alargar demasiado esta comunicación solo resumiré el historial clínico de uno de ellos cuyo aparato de influir es un ordenador[22].

En efecto, como ya he señalado anteriormente, cerebros electrónicos, robots, procesadores, microordenadores de generaciones que se van pisando los talones, etc., forman la estructura de los actuales aparatos de influir, sustituyendo a las manivelas, palancas, ruedas y baterías de las viejas máquinas hidráulicas. La revolución informática reemplaza a la revolución industrial. El *homo informático al homo termodinámico.*

Aun a riesgo de ser repetitivo, quiero dejar constancia de que mi pensamiento en torno al aparato de influir toma en cuenta los aportes de muchos autores (Tausk y Freud, Bibring y Katan, Natch y Racamier, Grotstein y Searles, entre otros) cuyos esquemas referenciales, controversias y desarrollos he procurado integrar con mi propio modelo.

Por otra parte, con las ideas y textos precedentes en torno a la identificación proyectiva, así como de otras conceptualizaciones que por razones metodológicas no he incluido y, finalmente, con las ideas que he incorporado a través de diferentes experiencias analíticas con esquizofrénicos, he resumido un, a mi juicio, suficiente cuerpo teórico que permite sustentar mi hipótesis sobre la formación y la transformación

del aparato de influir a través de la identificación proyectiva.

Historial médico

Alberto G. nació en 1947. Administrativo de una Empresa Internacional de Transportes ingresa en el Sanatorio el 11 de febrero de 1975. Presentaba un grave delirio de influencia. No se prestaba bien a la exploración, ya que pensaba constantemente que todo el mundo sabía sus pensamientos; se mostraba en extremo desconfiado, reconocía falsamente a las personas y desarrolló transitoriamente un grave estado de agitación que obligó a mantenerle en cura de semisueño durante varios días. Lentamente mejoró su estado. En las entrevistas que inició conmigo cinco semanas después de su ingreso relató, todavía bajo sus vivencias delirantes, lo siguiente:

Fue un niño sano y fuerte físicamente y aprendió con dificultad; asistió a varias escuelas laicas y colegios de curas; su tío le machacaba para enseñarle a leer, pero le costaba aprender: «Para los estudios, siempre fui torpe». La abuela tenía una frutería y con ella vivían, en el piso de arriba, los padres, el hermano mayor, el paciente y la hermana menor. El ambiente era muy religioso y austero. Madrugaban mucho porque eran asentadores de frutas y verduras, por las noches se rezaba el rosario y echaban agua bendita por los rincones para ahuyentar al diablo. Los rezos redoblaron ante un cúmulo de desgracias familiares que acontecieron cuando Alberto tenía cuatro o cinco años. Alberto describe como muy negra esta etapa de su vida. Sentía entonces que sus padres se ocupaban poco de él o quizá sea una deducción más reciente, fruto de las conversaciones de sus padres. Pasaba mucho miedo y se sentía muy solo. Recuerda todavía con horror que su abuela criaba cerdos y que por Navidades los mataban en un pequeño patio al que daba su dormitorio. Nunca los vio matar, pero oía sus «quejidos».

Hacia los diez años dejan a la abuela y a las tías y se van a vivir a la zona de San Blas, que entonces era el barrio de los basureros. Aunque la casa era modesta y sin comodidades, ni siquiera tenían agua, Alberto fue muy feliz. Era el encargado del abastecimiento de agua: usaba dos cubos y utilizaba un aro metálico que le prestaba un vecino para transportarla sin mojarse. Al contarme esto, cae en la cuenta de que fue un hijo modelo que ayudó mucho en casa y recibió poca recompensa. Tenía una pandillas de amigos que organizaban guateques con turrón y anís y jugaban al billar... le gustaba tanto el billar que algunos domingos jugaba hasta doce horas seguidas. Llegó a ser campeón del barrio. También en el colegio le iba mejor, pero no aprendía mucho por lo que abandonó los estudios y se colocó de botones en una empresa de montajes eléctricos. Por aquella época fue de vacaciones a Santoña y allí empezó a tener problemas con las chicas por su timidez y porque tenía la cara llena de granos: le llamaban la panera social. Entonces «vi a mi hermana hecha una mujercita y yo no hacía más que cogerle la mano, como si quisiera ligar con mi propia hermana».

A la vuelta de vacaciones, Alberto rondaría los dieciséis o diecisiete años, estuvo tiempo sin trabajar, dejó de hacer deporte, empezó a distanciarse de sus amigos de San Blas y comienza para él un nuevo periodo de soledad. Parece que el paciente advierte

entonces un cambio de su vida mental. Como una monotonía y un alejamiento de la gente: «A veces me despersonalizaba» dice, lo que quizás expresaba su depresión y la comprensión de su pérdida de intereses, actividades y emociones.

El paciente se incorpora a los dieciocho años al servicio militar como voluntario. Apenas recuerda el periodo de instrucción. Después le destinaron a oficinas militares. Allí, durante algún tiempo, le pareció como si hubiera algo hostil en el ambiente, pero no podría decir de qué se trataba. Sus compañeros le observaban, evitaban tomar café con él en la cantina o si lo hacían le miraban mientras tanto de un modo peculiar; eran con él todo menos camaradas. El teniente de oficinas era peor: «Me cogió manía, para que no se metiera conmigo, recurría a hacer cosas raras, como sentir mi estómago».

Al finalizar el servicio militar, consiguió un empleo en una empresa de publicidad. Allí trabajaba de noche; por las mañanas iba a una academia de contabilidad y por las tarde dormía: «Lo pasé muy mal, pues los estudios no me entraban y apenas dormía... Afortunadamente —añade el paciente— a los pocos meses de pasarlo tan mal me coloqué en la Agencia Internacional de Transportes». Sucedía esto en febrero de 1969 y desde entonces Alberto trabaja allí como administrativo, en tanto cree secretamente, como veremos más adelante, ser el centro del universo a través de un potente ordenador (el Lelo) y experimenta sensaciones e influencias manifiestamente anormales.

Este mismo verano de 1969, consulta por problemas de insomnio con dos o tres psiquiatras que le recetan pastillas. Hace también un curso de relajación. Entonces ocurre algo que puede haber cambiado su vida de forma radical. Estaba trabajando en Barajas, cuando destinaron a su oficina una chica nueva, llamada Cristina. Al principio le pareció feúcha, pero un día pasaba por el pasillo y a través del cristal le miró intensamente y le hizo sentir un amor que él nunca había sentido. Fue un gran estímulo para él: se iba al campo a disfrutar de la naturaleza, se iba al Retiro a remar, se iba a ver una buena película... Para conquistar a Cristina fue a la sierra a esquiar, escalar o marchar.

Echaba horas extras para poder contemplarla y darle la tabarra. Al principio ella protestaba e incluso se quejó a los jefes, pero luego la trasladaron de oficina y empezó a interesarse por él, por telepatía.

Para sustituir a Cristina trajeron a un empleado varón que era tonto o lelo; al principio no se daba cuenta de que ese hombre era tonto. Pero un día el paciente compró tres botellas de Coca-Cola y el empleado lelo le preguntó qué porque compraba tantas. Alberto se enfadó y de un puñetazo rompió el cristal transparente de la mesas del despacho. Cuidadosamente fue recogiendo los cristales y los fue llevando al recipiente de la basura. Tuvo entonces como una iluminación: ese hombre era lelo y él, que hasta ese momento se creía normal, era también tonto o lelo. Parece tratarse de un episodio confusional por identificación proyectiva patológica con el nuevo empleado. El paciente intenta controlar y recomponer su estado de desintegración recogiendo cuidadosamente los diminutos fragmentos de su personalidad rota, proyectándolos en el «contenedor» de basuras: ante-proyecto y ante-proyección del futuro aparato de influir.

Fue entonces, por indicación telepática de Cristina, cuando acudió a un Centro de Salud Mental para hacerse un «psicoanálisis» con el doctor V. El doctor V. le implantó

un ordenador en el cerebro mediante una trepanación incruenta. Es una especie de aparato que de algún modo pueden poner «más fuerte» y «más flojo». Cuando funciona con toda intensidad, se encuentra totalmente sin voluntad; todo está totalmente dirigido; tiene que hacer todo lo que el aparato le inspira; sus movimientos más pequeños son regulados directamente; incluso la escritura no era la suya. Todo estaba indudablemente, regulado desde el Lelo[23]. Cuando el aparato funciona «flojo» le es posible ser él mismo y tener voluntad propia pero siempre está vigilado.

Las personas de la calle están informadas de sus pensamientos por el aparato, se hacen señas, se burlan de él y le injurian; también los coches, los electrodomésticos y todos los aparatos con motor le hablan y le insultan. También, notó, mediante la transmisión de pensamiento, que se encontraba bajo el control del Lelo, lo que, en cierto modo, le alivió. Querían sonsacárselo todo. Cuando él pensaba algo, los demás le daban a entender que conocían sus pensamientos, mirándole a los ojos o tosían de un modo significativo o el propio Lelo se lo comunicaba directamente; de modo que constantemente tenía que replegarse sobre sí mismo y esforzarse en tener solo pensamientos inofensivos[24]. Esto le exaspera y le fatiga.

Al principio, antes del nacimiento del Lelo, podríamos decir durante su gestación, el paciente estaba como en su incertidumbre y perplejidad. Se torturaba la mente pensando en cómo podía funcionar todo eso; se preguntaba constantemente si estaría dirigido por una persona determinada o incluiría a todas las personas del mundo en una especia de conjura universal para burlarse de él y atormentarle; incluso sus mejores amigos, uno tras otro, se apartaron de él; no sabía quiénes eran amigos o enemigos; confundía a las personas y sus intenciones, «no sabía dónde tenía la mano derecha...». Ahora eso ya lo ha resuelto; sus preguntas tienen respuesta; por fin, lo ha comprendido todo... El pequeño cerebro electrónico implantado en su cabeza, es un potente microordenador de origen japonés que mediante ondas magnéticas transforma en robots a coches, frigoríficos, etc.; está conectado con otro más grande controlado por el doctor V. desde el Centro de Salud Mental; aunque en realidad la terminal más importante en conexión con el procesador de datos universales tiene autonomía propia o depende de Dios Naturaleza Natural. (He aquí, la naturaleza mística del aparato señalado por V. Tausk).

En este último fragmento del historial podemos observar como el ejercicio excesivo de las identificaciones proyectivas dirigidas al cuerpo-aparato constituyen para el paciente un nuevo conocimiento de la realidad. El aparato de influir, en el fondo, nace del esfuerzo del paciente para salir del caos y la anarquía de un mundo interno y externo desintegrado, que había perdido sus objetos, sus límites, sus perspectivas y su estructura.

Los fenómenos que estoy describiendo se encuentran implícitamente incluidos en un amplio proceso que Bion denominó transformación en alucinosis.

En este modelo, la transformación en alucinosis de Alberto puede expresarse como su creencia que el aparato de influir, benéfico y protector es el resultado de su capacidad de rodearse de un universo generado por él mismo, que le brinda un método infalible para evitar la persecución del primitivo Lelo y el dolor de la frustración.

El paciente «cree», además, que su método es superior a cualquier otro método que le

es propuesto para su ayuda, en nuestro caso el método propuesto por el psicoanálisis, al que sin embargo utiliza selectivamente para sus fines. En estas condiciones, el paciente tiene que negar la existencia de una realidad externa que le limita, le oprime y le amenaza con el sufrimiento de la frustración y al mismo tiempo mantiene bajo control las ansiedades persecutorias. Por lo tanto, la única «realidad» en la que el «cree» es aquella «realidad» generada por sí mismo a través del método de la alucinosis. Así que se escapa también al dilema planteado por Rosenfeld, a propósito de las defensas narcisistas contra la conciencia de separación entre *Self* y objeto.

Por otra parte, como dice Freud[25], «no debemos olvidar que la relación psicoanalítica está basada en su amor a la verdad —eso es, en el reconocimiento de la realidad— y que excluye cualquier tipo de impostura o engaño». Tesis que compartimos y que nos instala en una aparente contradicción, ya que, en efecto, la renegación del delirante tiene que ver con su verdad armada de una irrebatible convicción, lo que no equivale a ser un concentrado aniquilador de verdad.

En este estado, el fin implícito del análisis —perseguir la verdad hasta sus últimas consecuencias— puede ser considerado como la expresión en la confianza del analista en su capacidad para contener aspectos disociados y proyectados; pero también puede ser vivida desde el lado del paciente con una exigencia intolerable que transformaría el análisis en un factor de regresión.

En cuanto el aparato aparece y se organiza, el mundo interno y externo del paciente recobra forma, vida y unidad. Pero el precio de la esclavitud que paga el paciente es demasiado elevado. De nuevo hay lugar para el *Self* y un objeto, pero uno y otro, y tanto la realidad interna como la externa aparecen cambiados por el influjo de la máquina.

El aparato también dirige su sexualidad: cuando Cristina va al servicio le obliga a que la mire (la alucine) para que vea su sexo y se produzca una aberración sexual, ya que Cristina que ahora hace de mujer, iba a hacer de madre.

Le pido al paciente que me aclare este punto y me dice: «El amor que me hacía sentir el Lelo provenía de Cristina, que como es virgen no ha dado su sexo a ningún hombre, pero yo llegué a pensar que el amor que recibía provenía de mi madre».

En el «psicoanálisis» que le hicieron entre el doctor V. y el Lelo descubrió que había visto hacer el amor a sus padres cuando tenía aproximadamente tres años y medio, edad en que los niños empiezan a percibir al Amor de Dios Naturaleza Natural, por medio de la madre. Una vez estando en la cama de sus padres, su madre le puso en un rincón. Recuerda que su madre dijo: «está ahí el niño» y el padre afirmó: «está dormido». Él estaba con los ojos cerrados pero estaba despierto y vio toda la «jodienda» de sus padres. Cuando terminaron, la ventana estaba llena de luz y la madre le cogió en sus brazos; sus ojos estaban satisfechos sexualmente, pero él estaba alelado de una vez por todas. Con el acto sexual que había presenciado, sus propios padres le habían dejado lelo. En un sueño que tuvo por entonces inducido por el lelo

> iba donde una vecina que tenía una perra; la vecina le entregaba un sobre con una nota dentro para su madre. La madre le llevaba a la cocina y le daba un plato con dos clases de carne: una tierna y otra más pasada. Usted como psiquiatra interpretará el sentido correcto, pero a mi modesto entender la carne más

tierna era yo y la más pasada era mi padre.

El Lelo también le influye directamente en la sexualidad y aun cuando todo el día esté pensando en Cristina, sin pensar en nada «malo», cuando llega la noche le induce sensaciones en el pene aunque él se resistía. Siente de pronto como una comezón en el pene. Este se pone rígido, y ocurre todo lo demás. Todas las noches sufre estas molestias. Son capaces de hacer todo esto como castigo a sus malos pensamientos.

Por medio del Lelo que le implantó el doctor V., el dios Ralo le enseñó la verdadera historia del Jesucristo, ya que lo que cuentan los curas es falso.: Jesucristo habría llegado a la tierra ilegalizado como él mismo está ilegalizado. El, como Jesucristo, fue crucificado por el lelo por mandato del Dios Ralo; en esta crucifixión que no recuerda con mucha claridad, vio imágenes de Dios Ralo y Jesucristo a su derecha.

Todo el tiempo que tuvo implantado el Lelo del doctor V. fue de mucho sacrificio y de mucho sufrimiento. Ahora, en el Sanatorio las cosas han mejorado: el trato es duro, pero correcto. Conviven aquí con él, con apariencia de pacientes: El Enviado de Dios Naturaleza Natural, Dios Ralo y El que Ve las Cosas Ralas.

Soporta mejor el nuevo microordenador que le hemos puesto aquí, aunque también le despersonaliza y le hace sufrir. A mi pregunta sobre la naturaleza de este microordenador el paciente sonríe con aire de complicidad y responde: «Usted ya lo sabe... parecido al del doctor V.».

Evolución clínica

No voy a analizar aquí en detalle los aspectos técnicos del proceso analítico ni su teorización; lo que me interesa en este trabajo es describir y tratar de comprender psicoanalíticamente el proceso evolutivo desde un Lelo persecutorio y feroz hasta un aparato de influir benevolente y protector.

Como comentario previo, señalaré que el juego de proyecciones identificativas y reintroyecciones que permitió tal evolución, estuvo entretejido con el establecimiento y desarrollo de una transferencia estable y precaria, lo que en principio parece contradictorio. Pero en el paciente se daba el doble movimiento por la predominancia de una omnipotencia tranquila: sin agujas, se daba un movimiento internalizado Lelo-analista lo que explicaba su arraigo, junto a un movimiento de alejamiento del objeto externo-analista, lo que explicaba la relación precaria con el objeto. En todo caso deseo resaltar que los rasgos definitorios de la relación transferencial no fueron la masividad y la fragilidad que se describen habitualmente en los psicóticos. *Creo necesario diferenciar la transferencia masiva de los psicóticos de las identificaciones proyectivas excesivas de la transferencia psicótica, que pueden ser insidiosas*. Distante, desvitalizada, automática, en la relación entre Alberto y el objeto se interpone como una «pantalla de cristal». Por momentos uno tiene la sensación de que el paciente posee también conexiones y circuitos. Sus afectos parecen suspendidos en un esquema aéreo; como si no perteneciera a la intimidad. Se trata de una impresión contratransferencial; pero si uno se sobrepone a esta primera impresión, puede reconocerse su existencia y su

persistencia, su furtiva calidez y su tenacidad; su apego y su reconocimiento al objeto; y estos aspectos vivenciales del propio paciente se adentraban y eran experimentados por el analista mediante el mecanismo de la contraidentificación.

También quisiera señalar que no siempre fueron así las cosas: durante el desarrollo de la primera fase de nuestra relación terapéutica, el paciente presentó una intensa confusión con los objetos, lo que coincide con los mecanismos observados por H. Rosenfeld en la transferencia que se desarrolla en el análisis de la fase aguda de los esquizofrénicos. El citado autor muestra que esta confusión con los objetos, ya sean objetos odiados o amados, sería debida no solo a las fantasías de incorporación oral, que conduce a la identificación proyectiva, sino también a las fantasías de entrar omnipotentemente dentro del objeto, que dan lugar a una masiva identificación proyectiva con ansiedades de pérdida de *Self*. Sabemos que el esquizofrénico no ha superado nunca la temprana fase del desarrollo en que se da este tipo de relación objetal y en los episodios psicóticos regresa a ella, con la consiguiente relación restringida con el analista.

Hemos visto como el concepto kleiniano de identificación proyectiva ha permitido ampliar nuestra comprensión de la transferencia del psicótico (y de Alberto en particular) pero no solo ha determinado el acercamiento a este tipo de pacientes, sino que ha facilitado la extensión del concepto de transferencia, donde no solo se incluye la comunicación verbal, sino la acción paraverbal que la vertebra, y, también, la comunicación preverbal. Pero, repito, la comunicación pre y paraverbal aparece en forma de acción, intentando modificar la mente del analista para llevar a este a desempeñar uno o varios papeles de los objetos internos externalizados de la transferencia, generalmente de forma alternativa. En este terreno movedizo de comunicación a través de la identificación proyectiva nos deberemos mover estando atentos al uso que hace el psicótico tanto de su comunicación como de la del analista.

H. Racker (1953) considera la contratransferencia como un instrumento de comprensión en las situaciones de transferencia que vengo describiendo y señala también el riesgo que entraña para el trabajo analítico, en el sentido de pérdida del papel de identidad por parte del analista:

> Las identificaciones complementarias se producen ya por el hecho de que el analizado trata al analista como un objeto interno, razón por la cual este se siente como tal, es decir, se identifica con este objeto... Por otro lado existe una relación de objeto muy similar a muchas otras, una verdadera «transferencia» en la que el analista «repite» vivencias anteriores, representando el analizado objetos internos del analista.

Para Racker, las reacciones contratransferenciales concordantes serían una reproducción de los propios procesos pasados del analista, que sirven como respuesta a estímulos del paciente, dando lugar a una contratransferencia positiva, que determina un cierto grado de empatía.

Money-Kyrle (1956), que investigó las reacciones contratransferenciales a través de las relaciones más habituales, entiende que parece inevitable para el analista el sentirse afectado como resultado probable de la contribución inconsciente del paciente, y que este resultado, a su vez, perturbe al paciente.

> De esta manera tenemos que considerar tres factores: primero, la perturbación emocional del analista quien puede verse obligado a resolverla en silencio para luego lograr distanciarse lo suficiente como para comprender los otros factores; segundo, el papel que juega el paciente al provocarlas; y, finalmente, el efecto que tiene la perturbación sobre el mismo. Es, desde luego, posible ordenar los tres factores en cuestión de segundos: es entonces cuando la contratransferencia empieza a funcionar como fino aparato-receptor.

Las reacciones contratransferenciales complementarias exhaustivamente estudiadas por Racker y descritas con finura por Money-Kyrle, basadas, como hemos visto, en reacciones emocionales del analista o en sus remanentes neuróticos reactivados por los conflictos del paciente, deben ser diferenciadas del fenómeno de contraidentificación proyectiva que ha sido estudiado y descrito por Grinberg (1957): «El funcionamiento patológico de la identificación proyectiva —escribe este autor— puede originar en el analista una reacción específica para la cual propuse el término de «contraidentificación proyectiva». Esta reacción no es percibida ni registrada conscientemente por el analista quien, en consecuencia, se ve «llevado» a desempeñar pasivamente los *roles* o funciones, o a experimentar las distintas emociones (rabia, depresión, angustia, aburrimiento, sopor, etc.) que, de manera práctica —aunque inconsciente— el analizado «forzó» dentro de él, con independencia de actitudes emocionales propias o de sus remanentes neuróticos». En este sentido, uno de los peligros que corre el analista es el de dar una respuesta inconsciente a la identificación proyectiva creando un *feedback* patógeno entre él y su paciente. «Cuando el analista sufre las consecuencias de la contraidentificación proyectiva, puede demorar cierto tiempo en liberarse de sus efectos. A veces estos se prolongan, con todos los inconvenientes que esto trae aparejado» (Grinberg).

Otto Kernberg enfatiza también el peso contratransferencial de la psicosis, señalando que se da como un continuo en relación con la psicopatología del paciente que va desde el polo neurótico al conflicto psicótico, de modo que cuanto más regresivo mayor será su contribución en la reacción contratransferencial del analista.

Retomando el trabajo de Grinberg[26], su conceptualización de la contraidentificación proyectiva permite pensar que la intensa utilización de la identificación proyectiva positiva implica la posibilidad de «forzar» una respuesta, también positiva, de contraidentificación proyectiva propiciando el establecimiento de relaciones de objeto beneficiosas en un proceso creativo y lúdico ya que el impulso asociado con las representaciones proyectadas es libidinal; tal respuesta debe ser diferenciada de la contratransferencia concordante en la que se reviven los propios procesos pasados del analista a estímulos del paciente. Este espacio puede permitir al analista que trabaja con psicóticos delirantes y alucinados comprender y tolerar mejor toda la potencia patógena de la identificación proyectiva usada para atacar al objeto o controlarlo. Porque, obviamente, los diversos usos de la identificación proyectiva se hallan implicados en permutaciones alternativas y/o combinaciones complejas. Este hecho, además, favorece el proceso de identificación introyectiva que hace posible otra forma de relación en la que aspectos buenos del *Self* del analista pasan al mundo interno del paciente sin perder su autonomía; fenómeno que, como vimos, se halla estrechamente vinculado a la noción

de continente.

Por otra parte la específica respuesta puede ser también difícil de solucionar y/o soportar, y puede originar igualmente una interacción patogénica entre analista y paciente ya que, en términos de contratransferencia y contraidentificación, la única respuesta posibilista frente al poder patogénico de la identificación proyectiva es la aceptación de las propias limitaciones haciendo oídos sordos al canto de sirenas de la seducción narcisista, para poder elaborar y reelaborar la identificación narcisista sin convertirla en ideal narcisista del Yo.

En la actualidad el paciente funciona la mayor parte del tiempo mediante su propia voluntad. No se siente ya agobiado, avasallado y perseguido. Pasan semanas y meses en que solo tiene indicios de la antigua acción perniciosa del aparato de influir por algunos episodios de «despersonalización», pero ni el Lelo directamente, ni los robots subsidiarios como automóviles, televisión, etcétera, le injurian o le persiguen como antes; ni las personas de la calle conocen sus pensamientos por ondas que emita el ordenador, de modo que ahora es libre para pensar lo que quiera, no tiene que ocultar sus pensamientos o no pensarlos.

Porque, en efecto, la actual función cuidadora del aparato de influir no consiste en condicionar o manipular su personalidad: no es una máquina intrusiva; sino que le apoya silenciosamente, tomando únicamente parte activa en momentos cruciales o de peligro real. Alberto cree percibir que tal apoyo proviene de fuerzas bondadosas y protectoras y la vivencia resultante es la de sentirse comprendido, amado y protegido. Por ejemplo:

Hace aproximadamente un año se planteó una reconversión en la empresa donde trabaja. Alberto temía, por razones obvias, que él fuera uno de los empleados que pasaran al paro.

Mientras me contaba sus cuitas laborales yo participaba de sus mismos temores: seguramente el rendimiento profesional de Alberto dejaba mucho que desear. Además tenía la historia psiquiátrica muy cargada, conocida por la Empresa, y aunque los últimos años había disminuido notablemente su absentismo al no necesitar periodos de internamiento, seguía dándose de baja con frecuencia por sus episodios de «despersonalización». Por otra parte, me sentía muy satisfecho de sus progresos y temía que el quedarse sin trabajo fuera un factor perturbador del proceso terapéutico. Este era más o menos el hilo de ¿mis pensamientos? Cuando el paciente me dijo:

> Me ha comunicado el Lelo que no nos preocupemos, que lo que tengo que hacer ahora es rendir al máximo, no darme de baja pase lo que pase y que aguante la «despersonalización» cuando me dé en la oficina; que me vaya al servicio me tome un tranxilium... y si me echan con la indemnización y lo que tengo ahorrado... ya veremos[27].

Afortunadamente para él, en los cambios de personal que se produjeron ocho meses más tarde, Alberto fue destinado a un puesto de mayor responsabilidad.

El aparato mantiene su influencia en la esfera sexual, pero ahora las cosas son distintas. El Lelo se lo hace pasar bien, ya que gracias a él ha empezado a sentir mucho amor por las noches y también algunas mañanas en la oficina.

La transformación del aparato de influir, su auténtica metamorfosis que trasciende al

simple cambio de poleas por circuitos, tiene, a mi modo de ver, dos tipos de consecuencias en cierto modo opuestas. Por una parte, no desdeñable le aporta una serie de gratificaciones complementarias que proporcionan un vigor extraordinario al sistema defensivo y narcisista, del que se apropia y que utiliza para evacuar conflictos internos y externos.

Podemos entender que el paciente no quiera prescindir de un aliado tan eficaz y poderoso.

Cuando se inició el tratamiento, el paciente vinculaba su «enfermedad» al aparato de influir y deseaba ardientemente que el Lelo despareciera de su vida, lo que en cierto modo dependía de mí ya que tenía acceso al ordenador y conocía su funcionamiento... y en última instancia de la propia voluntad del Lelo que, obviamente, intentaría evitar que le fundieran los chips o le arrancasen los cables para no morir[28]. Durante algún tiempo Alberto manifestó dudas sobre la existencia del Lelo; parecía que se tambaleaba su convicción delirante, pero posteriormente se aclaró todo: las dudas le habían sido sugeridas por el propio Lelo. Ahora las cosas han cambiado. El paciente no se muestra en absoluto deseoso de que el Lelo desaparezca: «Ahora no se mete en mi vida... me deja en paz... cuando no lo necesito...». Recientemente me contaba que había renunciado a hacer un viaje a Brasil —al que tenía derecho como empleado de la A.I.T.— «por temor (me aclara no sin cierta resistencia) a que con la altura se fundan o se embrollen los circuitos...».

Consolidada esta situación, prescindir del aparato de influir obligaría al paciente, como diría Meltzer, a desmantelar temporalmente la estructura total de su mundo interno para poder reconstruirlo luego excluyendo el Lelo; y que en ese momento de caos, de «cambio catastrófico» para emplear la expresión de Bion, el sistema delirante se presenta doblemente seductor: por un lado la idea nueva» de excluir al Lelo de su vida, al trastocar sus conceptos previos le coloca en una situación de ansiedad catastrófica «que le hace muy vulnerable frente al canto de sirena que significa el sistema delirante»; pero además la propia neoestructura protectora tiene en sí misma un fuerte atractivo para el paciente que se inclina también, por esta vía, al sistema delirante. Así pues, la ruptura con la realidad de Alberto cobra una nueva dimensión que difícilmente puede encorsetarse en el esquema referencial de Jacobson (1967), asumido por diversos autores que se ocuparon del tema, cuando escribía: «El psicótico rompe con la realidad y la reemplaza por una construcción delirante cuando la realidad falla en la ayuda que precisa para enfrentar el conflicto». Hemos visto, por el contrario, que a veces, buena parte de la sintomatología delirante puede entenderse en términos de un ingente trabajo psíquico para mantener contacto con el objeto.

El análisis ha permitido a nuestro paciente sin que esto haya sido mi objetivo, y probablemente a causa de esto, reconstruir un «Imaginario» para utilizar la expresión de Lacan[29], suficientemente consistente para protegerle de los efectos de la alienación total y permitirle relacionarse mejor con el objeto. La pregunta es: ¿este proceso favorece o imposibilita el proceso de simbolización?[30]. Mi hipótesis provisional es que ambos

procesos son indisociables.

De modo que la transformación del aparato de influir es lo que permite a algunos esquizofrénicos gozar de su actividad mental y somática, conservarla y proseguir el tratamiento, y es esa transformación la que paradójicamente, como diría Racamier les dificulta el dejar de serlo. Se comprende que el paciente se aferre a su aparato protector y que no renuncie fácilmente a él. Y que lo idealice: la idealización es otro de los mecanismos utilizados discrecionalmente por Alberto para defenderse de su ansiedad persecutoria y una trampa para él que nosotros debemos constatar[31]. Viviendo dentro del mundo alucinatorio, en oposición al mundo externo, se niega totalmente la relación con un objeto real. Ese mundo alucinatorio dominado por una parte omnipotente y omnisciente que idealiza, atrae hacia él las partes sanas del paciente y se propaga insidiosa o descaradamente a toda su actividad mental. Esta situación conduce a un constante *acting out* con los objetos externos, que son utilizados para la identificación proyectiva. Para rescatar al paciente de sus objetos enloquecedores, escribe G.Badaracco. «Será necesario tener la convicción de que, a pesar de la condición psicótica, existe un sujeto virtual con capacidad potencial y asistir al *Self* carenciado que se pondrá más en evidencia en los momentos de desidentificación».

La cuestión del tratamiento de las psicosis se plantea desde este momento en estos términos: ¿Y cómo asistir al *Self* carenciado desde el psicoanálisis? En efecto, si la aplicación del análisis a la psicosis clínica siempre es delicada, en pacientes con una regresión del yo a niveles tan arcaicos como Alberto, por ejemplo, plantea problemas de técnica e incluso de indicación que no es posible abordar aquí. Como dice M. Klein, sin embargo, hay que conservar cierto optimismo con respecto a los resultados de la terapia. «Este optimismo se funda en el hecho de que, incluso en personas tan enfermas como estas, existe una tendencia a la integración y también cierta relación, por rudimentaria que sea, con el objeto bueno y el *Self* bueno».

En este sentido es indudable que estos pacientes pueden lograr no solamente un compromiso con sus posiciones esquizoparanoides, sino también y sobre todo, pueden sufrir menos por ellas; hay que añadir a estos méritos intrínsecos, lo que supone de enriquecimiento de la teoría psicoanalítica y de comprensión de la patología psicótica. Como dejó dicho Freud: «Los enfermos mentales saben más de la realidad psíquica interna y pueden descubrirnos cosas que de otro modo permanecerían inaccesibles para nosotros».

Fundamentos teóricos y aportaciones

Considerada en su conjunto, la teoría de la identificación proyectiva explica una gran variedad de hechos clínicos y constituye, al menos en mi criterio, una pieza esencial para la comprensión del aparato de influir y un instrumento sumamente valioso en la praxis clínica con este tipo de pacientes. En este sentido podemos afirmar que la introducción del concepto metapsicológico de identificación proyectiva, permite el acercamiento psicopatológico a la génesis del aparato de influir, hasta ese momento difícilmente

accesible a la intelección psicoanalítica a pesar del admirable esfuerzo de Víctor Tausk.

La identificación proyectiva es un mecanismo mental por el cual el *Self* experimenta la fantasía inconsciente de ubicarse o ubicar partes del propio *Self* en un objeto con fines de prospección o de defensa. Usada como mecanismo de defensa, aspecto que nos interesa aquí fundamentalmente, la identificación proyectiva libera los contenidos de la propia mente, en los casos más severos la mente misma; un objeto hasta entonces separado, se convierte en el continente de los contenidos alienados o negados, o se confunde con ellos por identificación. En efecto, el Self siente que puede liberarse de aspectos repudiados y escindidos ubicándolos en un objeto, como consecuencia de lo cual el paciente puede sentirse desorientado, confuso, desvitalizado, vacío y vulnerable a la influencia y control por parte del objeto; pero también puede tener la fantasía de penetrar en él para controlarlo activamente o ser controlado por él; o fusionarse con el objeto, borrando la diferenciación entre *Self* y objeto y entre adentro y afuera.

La identificación proyectiva positiva se refiere a la proyección en el analista de aspectos buenos del *Self* del paciente, que los experimenta como aspectos del propio *Self* y los trata como a una parte valiosa de él mismo; en la contraidentificación proyectiva o alternativamente en la contratransferencia el analista desarrolla sentimientos positivos congruentes con el estar siendo tratado como un objeto valioso o *Self*-objeto valioso. El analista entonces puede modificar las proyecciones, dándoles significado y verdad, de tal forma que el paciente puede reintroyectarlas para el crecimiento de su mundo interno.

En el trabajo con pacientes psicóticos el reconocimiento de la identificación proyectiva positiva es de la mayor importancia: de hecho al focalizarse privilegiadamente la interpretación en los aspectos destructivos o envidiosos, al tiempo que se ignoran los aspectos positivos del proceso, se pueden inhibir o dañar los intentos del paciente de establecer relaciones objetales más significativas.

En ciertos esquizofrénicos la identificación proyectiva patológica implica la fragmentación y la evacuación de objetos de la mente y de partes del *Self* en un objeto alucinado, o, dicho de otro modo, lo evacuado sufre una transformación delirante que lo hace aparecer como el objeto. Esta neoformación controla al paciente al que puede perseguir o proteger, lo que depende de los complejos procesos que intento describir.

El aparato de influir sirve también para negar omnipotentemente la envidia al objeto: escindiendo y proyectando la parte envidiosa del Self en el objeto alucinado-envidiado, el paciente niega radicalmente la envidia. Ya lo sabemos, no cabe delirio sin omnipotencia, de modo que al borrarse los límites del Yo, para utilizar la expresión de Tausk, surge al unísono una liberación grandiosa. La omnipotencia se instala así como un carril del aparato de influir. Repito, no hay aparato de influir sin omnipotencia, plataforma desde la cual el paciente puede pensar lo que quiera y transformar las palabras y las cosas en realidad por sí y en sí mismas, aunque nosotros constatemos que la ilusión inicial del descubrimiento delirante acaba casi siempre en una monótona producción.

Si el analista, a través de la función analítica, se hace cargo de las necesidades y metaboliza las ansiedades, y si el proceso de la identificación proyectiva no está

excesivamente dominado por la omnipotencia, facilita la introyección, abriéndose paso a una mayor integración yoica. Por el contrario, el rechazo de la identificación proyectiva por parte del analista hace que el paciente perciba que su sentimiento ha sido desprovisto de significado, siendo invadido por lo que Bion denomina un «terror sin nombre» e impidiendo el desarrollo de la función alfa que como vimos al ocuparnos del sistema paradójico del funcionamiento mental de los esquizofrénicos es aquella que transforma los datos de los sentidos en elementos alfa. Si esta transformación no se establece, los elementos alfa que llevan a la representación de la cosa «en sí misma» quedan reducidos a elementos beta no diferenciables de la «cosa en sí misma» y son evacuados a través de la identificación proyectiva con lo que se perpetua la perturbación del pensamiento. De este funcionamiento de la identificación proyectiva surge la valiosa abstracción bioniana del modelo continente-contenido. Esta relación dinámica puede representar crecimiento o fracaso; en el caso de Alberto podemos visualizar ambos movimientos.

En el inicio de su psicosis clínica recuerden que los minúsculos fragmentos disociados de su Yo se proyectaron en un objeto inanimado (un contenedor de basuras), esbozo del Lelo, para posteriormente proyectarlos violentamente en el vacío, creando una realidad poblada de «objetos bizarros», materiales que conformarán y constituirán el Lelo.

En mi opinión, la violenta proyección en el vacío de estos materiales, tiene como finalidad evitar la envidia y la voracidad de un continente real inadecuado, sin función de *rêverie,* y también para preservarlo y preservarse de la frustración.

Se produce así un alejamiento infinito del objeto real, lo que a mi juicio es más grave que su «aceptación» con la compleja fantasía inconsciente de modificarlo, en un continente con capacidad de *rêverie.*

Es decir, en la fase de constitución del Lelo, el modelo continente-contenido está presente y se caracteriza por la ausencia del objeto-continente. En la metamorfosis del Lelo, el modelo continente-contenido, también se halla presente en una dinámica múltiple:

El analista se hace cargo de las proyecciones del paciente y se las devuelve convenientemente metabolizadas de forma que sean tolerables para él.

El paciente pone en el continente-analista-Lelo partes buenas y valiosas introyectadas en el curso del tratamiento o reactivas en él que son reintroyectadas por el paciente.

Las sucesivas experiencias de la relación con ese objeto van determinando la existencia de límites (Tausk) pudiendo iniciarse la delimitación de espacios internos y externos, hecho ligado a una mayor integración yoica.

Este hecho favorece el proceso de introyección de aspectos buenos del Self del analista por el Yo del paciente, capaz ahora de las relaciones características de la tridimensionalidad, es decir, de identificaciones introyectivas.

Hemos visto que Tausk brinda en su trabajo una notable descripción clínica de la evolución del aparato de influir: se había deshumanizado progresivamente, los miembros se habían aplanado, los órganos genitales habían desaparecido, la fría y misteriosa mecánica había sustituido progresivamente al cuerpo humano; era evidente que, cuanto más se deshumanizaba y mecanizaba la máquina, menos podía reconocerse en ella la

enferma.

En el límite, en algunos paciente borderline, el aparato de influir puede manifestarse fugazmente en ciertos momentos del análisis calificados por Winnicott de replegamiento y que desde nuestra perspectiva podemos considerar «equivalentes del aparato de influir». En efecto, frente a la cronicidad delirante, que parece inseparable de la esquizofrenia lo relevante del replegamiento es su instantaneidad: el replegamiento es una crisis de desestructuración instantánea, una disolución diríamos, nutrida por un «momento fecundo», una inspiración, una revelación..., dentro del marco de la sesión analítica.

A estas experiencias fulgurantes, siempre amasadas de angustia, suceden en el mejor de los casos dramáticos insights y procesos de elaboración estructurantes. Si por el contrario el paciente no encuentra un continente adecuado que devuelva convenientemente metabolizados estos contendidos alucinatorios, la tendencia será la de la perpetuación del seudo-*Self*.

Otro de mis pacientes, J.M., de veinticinco años presentaba un delirio de influencia con proyección del propio cuerpo, que siguiendo el esquema evolutivo de Tausk sería previo al aparato de influir. Este paciente lo describía así:

> Es como yo, pero no soy yo, tiene mi cara, pero en plan vampiro. Yo también me estoy convirtiendo en vampiro... (me muestra sus dientes). No duermo, me paso las noches hablando con el clónico ese; es un tipo asqueroso; es como si te tocara el cerebro, te vuelve loco.

Frente a la evolución de la máquina de Natalia, la paciente de Tausk, el equivalente del de Winnicott, o la proyección del propio cuerpo de J.M., Alberto llega a un compromiso en que hombre y máquina aparentemente se funden; en efecto un microordenador que apenas ocupa espacio físico hace evolucionar el cuerpo de Alberto hasta transformarle en puro y simple hardware(soporte) del software (programa), que recuérdese controlaba, regulaba e inducía desde el más recóndito de sus pensamientos hasta el más leve de sus movimientos. Pero además en Alberto hemos podido observar la evolución en sentido contrario y al humanizarse el Lelo (programa) se fue hominizando el soporte humano sin necesidad de cambios morfológicos.

Pero, repito, además de la metamorfosis estructural del «aparato de influir» de mi paciente —un microordenador— con respecto a la máquina descrita por Tausk, y más allá de su conceptualización, hay también una transformación de sus funciones que es el núcleo central de esta comunicación. El ordenador de Alberto no es un aparato que sirva únicamente para perseguir al paciente transmitiéndole o sustrayéndole pensamientos y sentimientos. Más adelante no le producirá ya más sensaciones desagradables ni daños somáticos. Por el contrario, le produce bienestar, le aconseja pertinentemente y cuida de su salud, de su trabajo y sus relaciones objetales. Cambio en las funciones que, obviamente, nada tiene que ver con el progreso tecnológico y que está ligado a mi modo de ver a dos aspectos: por un lado, a un proceso terapéutico de la larga evolución, que presumiblemente, Tausk no tuvo la oportunidad de practicar e investigar. Por otro, el marco referencial kleiniano y neokleiniano, resumido anteriormente, que nos aporta una gran luz para la comprensión del fenómeno que he intentado describir.

En un primer momento frente a la angustia psicótica masiva que se hace intolerable, el compromiso, la solución elaborada por Alberto mediante el abuso de la identificación proyectiva tras un complicado proceso (el primer diseño fue un contenedor de basura), cuaja en un peculiar «aparato de influir» —un microordenador con soporte humano— en él pone partes destructivas y malas, y «objetos bizarros», que relativamente le producen los perniciosos efectos descritos por Tausk. En el desarrollo del proceso terapéutico, el analista se hace cargo de estos contenidos indeseables y pone en marcha, pacientemente, mecanismos tendentes a modificarlos para devolvérselos al paciente de forma que sean tolerables para él.

En una segunda fase, para esquematizar, y también mediante mecanismos de identificación proyectiva ahora al servicio de un deseo de curación, el paciente pone en su ordenador partes buenas y valiosas introyectadas en el curso del tratamiento o reactivadas en él; que son reintroyectadas por el paciente a la vez que introyecta un objeto comprensivo y con capacidad de identificación proyectiva, una, por así decirlo, reidentificación proyectiva, indisociable de los procesos de simbolización.

Una vez modelado el aparato de influir, una de sus características es la de obra concluida, cerrada a cualquier transformación. De este modo, el aparato de influir persecutorio queda estancado en una monótona producción convirtiéndose en la «última obra del psicótico». Este carácter último hace difícil la labor analítica, pero la metamorfosis hecha efectiva por mi paciente muestra que ese destino puede romperse. Es discutible, ya lo hemos dicho, el valor terapéutico de esta tarea de transformación; pero al menos su valor creativo es una evidencia que suscribiría el propio Bion; teniendo presente, por otra parte, la recomendación de Rosenfeld cuando escribía que «deberíamos recordar que todo el análisis de los cuadros psicóticos, sean estos por largos o cortos periodos, exitosos o no, enriquecerán nuestros conocimientos y facilitarán el tratamiento de otros pacientes psicóticos».

Y es que, repito, la transformación benéfica del aparato de influir proporciona un vigor extraordinario al sistema defensivo narcisista que el paciente utiliza para evacuar conflictos internos y externos y le sirve para relacionarse más cómodamente con el objeto. Podemos entender que el paciente no quiera prescindir de un aliado tan eficaz, renunciar a unos beneficios tan considerables, lo que puede traducirse en un impasse del proceso curativo, ya que el ideal de todo análisis de esquizofrénicos parece ser su transformación en una neoneurosis y no en una neopsicosis como es este caso.

Sin embargo, la anterior evolución clínica del paciente parece apuntar a que esta neopsicosis, esta metamorfosis del aparato de influir, sea un paso previo y obligado para una más completa transformación.

Epílogo etimológico

Cuando se busca la verdad, la Sabiduría con mayúscula, como decían los antiguos maestros, se cometería un grave error al relegar el valor del Mito, excluido por la investigación científica. Porque lo más prodigioso de todo es que la ciencia y la vieja

concepción mítica se dan la mano sin rencillas. En efecto, la humana aspiración eterna de acercarse a la Sabiduría, ha creado dos caminos, el científico y el mítico, la verdad empírica y la verdad directa. Y como no son excluyentes quisiera terminar este itinerario por el camino mitológico, menos árido sin duda, y señalarles que el aparato de influir tiene su propio mito en Dédalo.

Dédalo, brillante arquitecto ateniense, era también escultor y constructor de aparatos mecánicos, como las estatuas animadas de las que habla Platón en su *Menón*. Por problemas con la justicia, Dédalo buscó refugio en Creta. Allí realizó una serie de trabajos, todos los cuales revelaban el máximo ingenio. Primero hizo para la esposa del rey Minos, Pasifae, que estaba locamente enamorada de un toro albino, una vaca de bronce tan perfecta que engañado, el toro no dudó en aparearse con ella; como Pasifae astutamente se había introducido en el interior de la vaca, de esta unión nació Minotauro. Pero aunque la Mitología afirma taxativamente lo dicho, que el Minotauro era hijo de aquel toro albino, orgullo del rey Minos y de su insaciable esposa, hubo quien interpretó el mito con el adulterio de la reina con un oficial llamado Tauro, por lo que resulta hijo nominal de Minos y efectivo de Tauro, lo cual fue expresado irónicamente por el pueblo con el nombre de Minotauro. Pero esto son agudezas de Heráclito.

Algunos atribuyen también a Dédalo la creación del autómata de bronce de Talos. Luego construyó en las dependencias del palacio real de Knosos el laberinto, también a imagen del cuerpo humano, de su interior en un corte sagital, con su recinto, que es como una piel que contiene anfractuosidades y meandros. Minos encerró en él al Minotauro y también a Dédalo junto a su hijo Ícaro. Dédalo imaginó salir de allí, con unas alas, un aparato de vuelo, con el que lo consiguió, aunque Ícaro pereció en la travesía... Pero esta es otra historia.

Y como los mitos se renuevan y enriquecen constantemente puesto que «el mito es el resultado de la operación ingenua sobre los hechos de la experiencia» nos interesa también el mito del hombre actual ante un objeto que aparece como extraño, intrigante y enigmático como el aparato de influir: el mito actual del aparato de influir benéfico y protector podría ser, por ejemplo, «el coche fantástico» de una serie televisiva que pasaban cuando curiosamente escribía estas páginas, en la que un hombre (Michael) y un coche (Kit) se asocian a una empresa que combate la injusticia y defiende al débil. Kit cuida de Michael y le ayuda eficaz y decisivamente a salir airoso de situaciones comprometidas en su lucha contra el mal. El coche, por supuesto, habla y mantiene con el hombre un diálogo profesional que más tarde se hace coloquial y, finalmente, evoluciona hacia una relación afectiva, no exenta de humor.

Hablar del mito me obliga a ciertas reflexiones que quizá resulten ociosas, por obvias. La primera es que el carácter personalísimo del aparato de influir le diferencia del fenómeno del mito que es de condición impersonal y de dominio colectivo aun cuando esté sometido a variaciones y a variantes infinitas. Por otra parte, el aparato de influir, pese a su personalismo, posee una apariencia anónima, en la medida en que todos los aparatos de influencia se parecen y se inspiran en el libro común. En segundo lugar, no hay que olvidar que la comprensión e interpretación del aparato de influir resulta tan

personal —tan impersonal— como el propio aparato.

El concepto metapsicológico de identificación proyectiva nos ilustra y nos ayuda a la comprensión de los mecanismos genéricos y transferenciales del aparato de influir, pero nunca debe llevarnos a hacer una interpretación común, reduccionista. *El aparato de influir no puede ser descifrado como un texto más o menos cerrado, sino que hay que entenderlo contratransferencialmente y en la contraidentificación proyectiva, y de ahí la necesidad de la relación psicoanalítica.*

Bibliografía

Freud, S., «Análisis terminable e interminable», *O.C.,* tomo IX, Madrid, Biblioteca Nueva, 1974.

Grinberg, L., *Teoría de la Identificación,* Madrid, Tecnipublicaciones, 1985.

Tausk, V., «On the Origin of the "Influencing Machine" in Schizophrenia», *Psychoanalytic Quarterly,* 1933.

Racker, H., «Estudios sobre técnica psicoanalítica», Prefacio, Buenos Aires, Paidós, 1960.

21 Conferencia dictada en la APM el 14 de mayo de 1987. Publicado en *La identificación proyectiva en las psicosis,* Madrid, Biblioteca Nueva, 1999.

22 Recientemente, en otro contexto, A. Guiter ha relatado la evolución clínica, en el curso del tratamiento psicoanalítico, de un paciente con un aparato de influir similar al de Alberto, «Observaciones Psicoanalíticas en torno al Cáncer».

23 Reencontramos de nuevo lo paradójico en la esquizofrenia: el paciente designa con el nombre de «Lelo» (fatuo, simple y como pasmado, para la Real Academia), al ser-Máquina todopoderoso que le controla y le influye.

24 Una forma de ataque al pensamiento y de autismo.

25 «Análisis terminable e interminable», tomo IX, pág. 3361.

26 En el curso de la discusión de este trabajo el doctor Grinberg me comunicó que en la última edición de su *Teoría de la Identificación* (1986) había enfatizado el papel de la contraidentificación proyectiva en el proceso psicoanalítico.

27 El aparato psíquico del paciente asentado en buena parte en un aparato físico, tiene, sin embargo, la necesidad imperiosa de fusionarse con el analista en calidad de objeto real exterior, buscando establecer una simbiosis, en el sentido de Searles, que le permita utilizar mis recursos yoicos como si fueran suyos. Kohut desarrolla ideas similares para describir la función del analista en el trabajo analítico. Dice: «El paciente utiliza al analista como objeto de sí-mismo, es decir, como un sustituto anticipado de estructuras psicológicas que aún no existen». En contraposición, R. Cruz describe una simbiosis «perversa» en la que el paciente invade funcionalmente al analista, para impedirle pensar analíticamente.

28 Algunos de estos pacientes se niegan a tomar neurolépticos incisivos, lo que se interpreta por los psicofarmacólogos como un rechazo debido a una sensibilidad especial a sus desagradables efectos secundarios y que en realidad puede deberse a una medida precautoria impuesta por el aparato de influir.

29 Para recordar la insistencia de Lacan en rescatar lo Imaginario en el tratamiento del psicótico adulto, cuando diseña de nuevo en los 70 las grandes líneas de su conceptualización. «Je n'ai jamais dit imaginaire= caca».

30 Fundamento de la fantasía y sobre el que se construye también la relación con el mundo y con la realidad, y que sitúa el proceso analítico ante un nuevo desafío.

31 La idealización es aquí, en el sentido kleiniano, el corolario del temor persecutorio, su escudo protector, pero surge también de la aspiración a una gratificación inagotable merced a un objeto omnipotente y siempre generoso, por consiguiente recrea un objeto ideal.

Interacciones de las partes psicótica y neurótica de la personalidad en los procesos «borderline»

Introducción[32]

El concepto de *borderline* fue formulado por Kraepelin en 1883 como una «forma atenuada de esquizofrenia», y por Kahlbaum en 1885 con la heboidofrenia. Como entidad nosológica ubicada entre las neurosis y las psicosis aparece en la clasificación de Kraepelin en 1912. Bleuler también lo conceptualiza, pero habla de preesquizofrenia o de esquizofrenia latente.

Es decir, en sus orígenes, los pacientes borderline fueron estudiados en las instituciones psiquiátricas. Sus repetidos ingresos o sus internamientos prolongados cronificaban sus síntomas, de modo que el «hospitalismo» dificultaba su diagnóstico diferencial con el grupo de las esquizofrenias. En este sentido, Hoch y Polatin sostenían que los borderline eran un subgrupo de las esquizofrenias y lo denominaron esquizofrenia pseudoneurótica, concepto que se difundió mucho en Estados Unidos.

Dando un salto de más de cien años en la psiquiatría, de Kraepelin a los DSM de la APA, podemos afirmar que la naturaleza y la variedad de los síntomas hallados en pacientes borderline hacen del diagnóstico psiquiátrico una tarea imposible. El propio DSM-IV, cuya característica más valorada es la descripción concreta, inicia la delimitación del síndrome con un lenguaje que recuerda al de los psicoanalistas que se ocuparon del tema: «Pauta generalizada de inestabilidad respecto a su propia imagen... Notable y persistente alteración de la identidad...».

Es indudable que esta descripción del trastorno borderline ha supuesto un avance de cara a su delimitación fiable por la psiquiatría. Pero tal delimitación se ve, sin embargo, coartada cuando se utilizan exclusivamente estos criterios diagnósticos, por cuanto, por la índole misma de los síntomas, no pueden ser fácilmente aprehendidos privados de significado sin un antes y un después fuera de la situación transferencial analítica.

El cuadro borderline desde el psicoanálisis

El primer autor que se ocupó de este cuadro desde el psicoanálisis fue Edward Glover (1932). Glover pensaba que los conceptos referidos a las psicosis eran conceptos estáticos y no encuadraban en el concepto psicoanalítico de la regresión.

Stern (1938) colocaba a los cuadros borderline en un lugar intermedio entre las personalidades «como si» de H. Deutsch y la esquizofrenia latente de Bleuler y Federn. Pensaba que estos pacientes habían sufrido una falla en la relación maternal, un defecto en la autoestima, carencia que se hace evidente en situaciones de estrés emocional. Vulnerables e hipersensibles, no pueden calmarse a sí mismos. Los llamó «hemofílicos psicológicos» pues al sufrir una herida emotiva no logran detener la «hemorragia». Destacó además que en la cura las interpretaciones suelen tomarse como «críticas»

denunciando esta «hemofilia psíquica» o herida narcisista, diríamos hoy.

Knight (1954) diferenció un grupo de casos clínicos con características fundamentalmente narcisistas, que habían sido diagnosticados previamente como psiconeurosis graves: fobias, histerias, trastornos obsesivos...

Brinker, Werble y Drye (1968) llegaron a la conclusión de que los pacientes borderline tienen un defecto estructural del Yo, trastornos en las relaciones objetales, fragilidad en el control de los impulsos en forma de episodios y un trastorno básico en la identidad.

Es decir, estos psicoanalistas «históricos» no definieron en forma unívoca el síndrome borderline, aunque los parámetros en que los encuadraron continúan siendo válidos en su conjunto. Ya veremos que, además, esta tradición continua: cada investigador, cada analista que analiza pacientes borderline tiene una concepción propia, y, si bien todas ellas tienen elementos comunes, también hay discrepancias que pueden confundir.

Las personalidades esquizoides descritas por Fairbairn, Khan o Guntrip, el carácter psicótico según Racamier o Frosh, las personalidades «como si» de H. Deutsch, y, probablemente algunos síndromes más que me dejo en el tintero, son modalidades de borderline. Winnicott (1969) define a los borderline como pacientes cuya perturbación nuclear es psicótica, pero que poseen una organización neurótica suficiente, pues son capaces de presentar alteraciones neuróticas o somáticas cuando la ansiedad psicótica central amenaza con irrumpir crudamente. Son pacientes que han desarrollado un «falso self». El estudio de las personalidades narcisistas o de los llamados trastornos narcisistas de la personalidad constituye un desafío difícil de cara a su delimitación fiable en la línea establecida para este trabajo. Para Kohut, las personalidades narcisistas permanecen fijadas a configuraciones arcaicas de un sí-mismo grandioso y/o a objetos arcaicos narcisísticamente sobrestimados. Kernberg las considera como un subgrupo de pacientes borderline, como una forma especial y benigna de organización borderline.

Como nos recuerda Freud (1937), en el mundo real, las transiciones y los estados intermedios son mucho más corrientes que los estados opuestos y claramente diferenciales; y el Yo del neurótico se aproxima al del psicótico «en esta o aquella pieza, en grado mayor o menor, y el monto del distanciamiento respecto de un extremo de la serie y de la aproximación al otro servirá provisionalmente como medida...».

Freud no hizo un estudio específico sobre la psicopatología borderline, pero se refirió a estos pacientes en diversas ocasiones a lo largo de su obra. En efecto, sin recurrir al conocido material del «hombre de los lobos» confirmado catamnésicamente como un caso fronterizo, Freud se refiere seguramente a este tipo de pacientes cuando escribe en el *Esquema del psicoanálisis* (1940): «Existe, sin embargo, otra clase de enfermos psíquicos evidentemente muy próximos a los psicóticos: el enorme número de neuróticos de padecimiento grave. Las condiciones de la enfermedad, así como los mecanismos patógenos, por fuerza, serán en ellos los mismos o al menos muy semejantes. Pero su Yo ha mostrado ser capaz de mayor resistencia, se ha desorganizado menos. Muchos de ellos pudieron afianzarse en la vida real a despecho de todos sus achaques[33] y de las insuficiencias causadas por estos. Acaso estos neuróticos se muestran prestos a aceptar

nuestro auxilio. A ellos limitaremos nuestro interés y probaremos hasta dónde y por cuáles caminos podemos «curarlos».

Terminología y situación nosológica

Estados límite, casos límite, pacientes fronterizos, organización borderline, síndrome borderline... Yo prefiero hablar de *proceso* borderline. Sin establecer teoría alguna y, sin embargo, para tener una palabra para la denominación global que aclare el hecho que solo podemos aproximarnos al funcionamiento borderline desde el punto de vista psicoanalítico, lo he llamado proceso, proceso psíquico, comprendiendo este concepto como concepto dinámico, no como concepto de especie. Las palabras expresan el enigma, pero no lo aclaran. Proceso dependiente, obviamente, de la precoz conflictiva intrapsíquica y no de causas somáticas internas o endógenas como se conocen en la nosografía psiquiátrica.

En la actualidad, la diferencia entre «neurosis de transferencia» y «neurosis narcisistas» establecida por Freud se ha complejizado con el desarrollo de los conocimientos sobre el funcionamiento borderline, que parecería constituirse así en el tercer pilar estructural psicopatológico desde la perspectiva psicoanalítica. Pero desafortunadamente a esta tercera «pata» le falta solidez, al menos por ahora, para sostener el edificio psicopatológico psicoanalítico. En efecto, el territorio fluido fluctuante de los borderline contrasta con la rigidez de las líneas estructurales sólidas y bien conocidas, neurótica y psicótica. Me resulta difícil entender el funcionamiento borderline con una estructura o una organización estable, porque precisamente por su movilidad e inestabilidad continuamente se desestructura y se desorganiza para posteriormente neoestructurarse y reorganizarse con reglas poco precisas. La inestable estabilidad de la patología borderline es también menos definitiva y le confiere una mayor movilidad. En este sentido, la organización patológica descrita por J. Steiner, a la que me referiré más adelante, en su referencia específica al funcionamiento borderline como un «refugio psíquico» dentro del cual el paciente puede establecerse cuando la ansiedad catastrófica y el temor a la desintegración le amenazan, no parece una metáfora muy adecuada para este tipo de pacientes que cambian continuamente de «refugio», ya que son nómadas por naturaleza. Todo ello sugiere que el término proceso, en su sentido psicopatológico, sería adecuado para definir al proceso borderline. Pero respeto cualquier denominación. Lo único que rechazo es lo de «pacientes con perturbaciones severas», a no ser en lenguaje coloquial, porque severamente perturbados están también algunos histéricos y obsesivos, y... casi todos los esquizofrénicos.

Desde que hace ya algunas décadas Szasz considerara la nosología como una confusión metodológica artificial y como un acto de violencia represiva, numerosos psicoanalistas, J. Mac Dougall por ejemplo, se han obstinado en esa línea hasta conseguir que la precisión diagnóstica parezca vergonzante.

Es cierto que el trabajo del analista apenas necesita de referencias nosológicas, y no opera con perturbaciones, enfermedades o patologías. Pero esto no puede tomarse como

«la cosa en sí misma», sino como metáfora, de la misma manera que trabajar «sin memoria ni deseo», en el sentido de Bion, no es renegar del conocimiento, sino dejar la mente libre. La atención flotante de Freud, es decir, una mente totalmente receptora del clima de la sesión, para que el pasado, el presente y el futuro se articulen creativamente.

La labor del analista es, primero, facilitar al paciente un diálogo razonable y, segundo, no tratar de extraer datos del paciente, sino recibir y transmitir información.

Todos estamos de acuerdo, Bion el primero, en que el diagnóstico pase a un segundo plano y sea olvidado en el curso de la cura para que la observación no aparezca como la simple confirmación de ideas preconcebidas.

Sin embargo, el diagnóstico es antes que nada un modo de imponer orden sobre el aparente caos, en nuestro caso el funcionamiento mental del borderline sería el paradigma, de iluminar lo oscuro y de permitir la generalización de lo particular que permita la transmisión del conocimiento y el intercambio con los colegas. Si el analista obvia estos aspectos, y su práctica privada deviene autista, el analista se priva, en el mejor de los casos, de las gratificaciones que el ser humano busca en el ejercicio profesional.

Punto de vista genético

Stern pensaba que estos pacientes habían sufrido una falla en la relación maternal precoz que generaba un déficit en la autoestima; carencia que se hace evidente en situaciones de estrés emocional. La hipótesis general coincide con Stern en que estos pacientes han padecido fallas vinculares precoces, que posteriormente les dificultan la simbolización, lo que aparece reiteradamente en la transferencia.

Para Bergeret, el modelo genético de la organización límite sería el siguiente: el Yo del futuro borderline sigue una evolución sin problemas en la fase oral y en la mayor parte de la fase anal, fases en las que en el psicótico, por el contrario, se producen las tenaces fijaciones prepsicóticas, origen de la estructura psicótica.

En el momento en el que se encamina hacia un Edipo normal, el futuro borderline sufre un traumatismo psíquico importante: por ejemplo, una tentativa de seducción sexual por parte de un adulto. El Yo de ese niño no tiene la posibilidad de «negociar» esta percepción en el contexto de una economía triangular y genital como podría hacerlo, un poco más tarde y mejor equipado, el niño de estructura neurótica.

Al borderline le será imposible apoyarse en el amor al padre para soportar los sentimientos eventualmente hostiles hacia la madre, y a la inversa, le será difícil utilizar la regresión para eliminar del consciente los excesos de tensión sexual o agresivos. Y se verá obligado a recurrir a mecanismos primitivos de defensa, como el psicótico, aunque de forma menos masiva, más matizada: negación, identificación proyectiva y escisión, manejo omnipotente del objeto, idealización excesiva.

Desde la óptica de Bergeret, se instala así un tronco común para el borderline, no fijado estructuralmente como el neurótico o el psicótico. De ese tronco común van a surgir, parafraseando a Freud, los diferentes retoños borderline en toda su extensa gama

que va desde el polo neurótico histérico al polo psicótico esquizoide.

Entre todas las especulaciones en torno al desarrollo genético del borderline, la de Bion me parece la más sugestiva. En *Una teoría del pensamiento* (1962) postula la existencia de un aparato para pensar los pensamientos. Propone el modelo bebé-madre con capacidad de *rêverie.* El bebé usa la identificación proyectiva con la finalidad de liberarse de determinados sentimientos displacenteros. Gracias a una adecuada capacidad receptiva (a un estado anímico abierto a la recepción de cualquier «objeto» del objeto amado), el bebé puede aceptar esos sentimientos convenientemente modificados, a la vez que introyecta un objeto comprensivo y con capacidad de contención. Esta secuencia de proyección-contención-devolución modificada constituye el origen de los pensamientos y de la simbolización en la personalidad neurótica y sirvió de inspiración a Bion para abstraer el modelo dinámico continente-contenido.

La secuencia de proyección-contención-devolución modificada puede estar más o menos obstaculizada en el borderline y dinamitada en el psicótico debido a dos factores en interjuego: la disposición congénita (tolerancia o no a la frustración, a la incertidumbre y al dolor mental) y la mayor o menor capacidad de *rêverie* de la madre. El borderline tendrá poca capacidad para combinar pensamientos entre sí y de crear símbolos. La personalidad psicótica será incapaz de representación y de simbolización.

Concepto y delimitación del proceso borderline

Voy a recordar algunos de los parámetros del proceso borderline que fueron definidos por algunos de los autores que con mayor lucidez se ocuparon del síndrome.

Grinker *et al.,* usando métodos estadísticos, dividen el síndrome en cuatro grupos de mayor a menor gravedad:

1. En la frontera con la psicosis.
2. Los fronterizos centrales.
3. Las personalidades «como si».
4. En la frontera con la neurosis.

Para estos autores, las características principales de los pacientes borderline serían: rabia, relaciones interpersonales muy dependientes, problemas de identidad y depresión sin sentimientos de culpa pero sí de soledad.

Grinberg, en un excelente trabajo, diferenciaba los borderline esquizoides y los melancoloides. Estoy de acuerdo con él siempre y cuando se hable también de los borderline histeroides, de los obsesivo-compulsivos, etc., ya que desde el punto de vista descriptivo el síndrome borderline presenta una sintomatología variable, con diversas combinaciones de síntomas (fobias, obsesiones, hipocondría, conversiones, depresión, angustia, delirios, alucinaciones), pero organizada de manera específica. De modo que el polimorfismo sintomático sin orden aparente deviene, paradójicamente, una de sus claves diagnósticas desde esta perspectiva descriptiva.

Gunderson y Singer toman en cuenta la intensidad de los afectos ya sean de naturaleza

hostil o depresiva, comportamientos impulsivos, buena adaptación en las áreas de escolaridad o de trabajo (a veces brillantes profesionales, creadores, políticos, empresarios...), identidad difusa y mimética, experiencias psicóticas breves de tinte paranoide y, finalmente, relaciones interpersonales superficiales y transitorias que alternan con relaciones de extrema dependencia.

O. Kernberg sostiene que la organización borderline se caracteriza por un Yo mejor integrado que el del psicótico, pero no tan fuerte como el Yo neurótico.

Yo creo que este punto de vista puede entenderse desde el vértice que postulé hace unos años en la *Revista de la APM* con el título: «Ser psicótico, estar psicótico». Decía entonces que el psicótico es estructuralmente psicótico y puede, eventualmente, estar más o menos psicótico, pero siempre es psicótico. Por el contrario, el borderline no es psicótico, pero ocasionalmente puede estar psicótico. De ahí que sus experiencias psicóticas aparezcan recortadas en el tiempo.

Frente a la falta de límites del Yo del psicótico a los límites precisos del Yo neurótico, el borderline mantiene esos límites precisos del Yo, salvo en situaciones de mucha proximidad o compromiso emocional. El borderline es capaz de diferenciar las imágenes del Self y del Objeto, sin confundirlas como el psicótico, y sin llegar a vivirlas tan separadas como hacen el neurótico y el normal.

Me interesa ahora citar también los trabajos de Gunderson (1975) que se refieren a las diferencias entre psicosis esquizofrénica y psicosis borderline, sobre todo, porque los borderline diagnosticados como esquizofrénicos y tratados exclusivamente con internamientos y tratamientos farmacológicos cronifican generalmente sus síntomas. En este sentido, en Servicios de Psiquiatría avanzados, como nos relataba recientemente el Dr. Guimón, cuando un paciente hace 25 ingresos hospitalarios de corta duración durante un periodo de tiempo determinado, creo que era un año, se le diagnostica de borderline.

Los episodios psicóticos de los borderline se caracterizan por despersonalización y trastornos de la percepción. Son episodios breves que incluyen experiencias delirantes, a veces de tipo paranoide, no sistematizadas, menor ansiedad y una marcada agresividad.

El episodio psicótico transitorio aparece siempre a raíz de situaciones traumáticas, y cuando se desarrolla en el trascurso de la psicoterapia se puede observar que la repetición se desencadena ante situaciones traumáticas semejantes. Es interesante destacar la repercusión de estos episodios psicóticos transitorios en la posterior evolución clínica de los borderline. En mi libro *La identificación proyectiva en las psicosis,* glosaba el original y complejo diagnóstico diferencial que establece Racamier entre psicosis esquizofrénica y locura. Escribía allí que la locura sería la representación que no coincide con su Ello, ni con nuestra concepción clínica de su psicopatología, sino que corresponde a la imagen que el paciente tiene de su psicosis. En la locura no hay solo derivados pulsionales destructivos o huellas de experiencias desintegradoras del Yo, sino que siempre, sin excepción, el sistema yoico percepción-conciencia se halla extraordinariamente bien desarrollado, con percepciones muy precisas acerca de la verdad de los demás y de sí mismo. Mantienen así una especial psicopatología más

coherente, más amable, más lúdica que la psicosis clínica de la que hacen un uso inteligente y, en cierto modo, razonable. Pero, evidentemente, siguen siendo psicóticos. Los antiguos bufones de las cortes principescas y Don Quijote en la última parte de la obra de Cervantes, son dos ejemplos de ese funcionamiento loco.

Pues bien, los borderline, además de sentirse traumáticamente aterrorizados por la posible recurrencia de sus crisis psicóticas amasadas de angustia, también utilizan y rentabilizan estas experiencias delirantes, despojadas de sus desatinos y en forma más recortada y matizada, en su funcionamiento y en su mundo relacional. Tal utilización explicaría a mi juicio el que algunos autores sospechen que estos pacientes, pasado el episodio agudo, mantengan secreto un cierto funcionamiento delirante.

Señala Green (1972) que cuando hablamos con otros colegas del concepto del fronterizo es casi seguro que nuestros caminos divergirán. Podemos compartir nuestras percepciones, pero no nuestras concepciones... Estoy de acuerdo en esta divergencia, sobre todo si nuestras concepciones surgen de una clínica limitada a pocos pacientes por muy genial y profunda que sea nuestra reflexión psicoanalítica. Necesitamos una muestra más amplia y compartida como la propuesta por Carlos Paz para decantar lo que tienen en común los pacientes que ubicamos en el movedizo terreno de lo fronterizo. En este sentido, a la afirmación conceptual de Green: «el caso fronterizo es menos el de una frontera entre neurosis y psicosis que el de una tierra de nadie», yo añadiría dos cosas:

1. Que esa llamada tierra de nadie la habitan los fronterizos que es su población de hecho.
2. La gran movilidad con la que los fronterizos se desplazan por este territorio de fronteras fluctuantes y poco definidas.

Añade Green: «Quiero señalar que los casos fronterizos más próximos a la neurosis suelen ofrecernos la mayor oportunidad de aprehender la índole del problema porque se prestan a la indagación psicoanalítica profunda».

Tengo serias dudas sobre la evidencia de esta afirmación. En primer lugar, porque los borderline del polo psicótico pueden ser analizados, quizás con mayores dificultades, pero con tanta profundidad como los más próximos a la neurosis. Y en segundo lugar, porque comparto el criterio de Freud de que la investigación psicoanalítica de las graves patologías es sumamente valiosa para comprender el funcionamiento mental de pacientes neuróticos o de las personalidades normales. Enfatizo la normalidad porque creo con Freud, y contra la corriente psicoanalítica normofóbica predominante, que todavía es posible distinguir la miseria neurótica de la desgracia ordinaria. Podemos aceptar sin vacilaciones las palabras de E. Jones cuando decía que Karl Abraham era divinamente normal, implicando con ello que algunos hombres y mujeres son más normales y otros son más neuróticos. Como escribió Freud en *La Gradiva:* «La frontera entre los estados anímicos normales y los patológicos es en parte convencional, y en lo que resta es tan fluida que probablemente cada uno de nosotros la atraviesa varia veces en el curso del mismo día». Pero está operativa convención separa, sin romper la continuidad de la vida psíquica, esa normalidad de severas neurosis obsesivas o histéricas.

Creo que el siguiente texto de Green resume, él solo, las dificultades diagnosticas que plantea el paciente borderline y nos introduce de lleno en el estudio de la contratransferencia que suscita:

> Un material ilustrativo tal vez comunique al oyente o lector la impresión de que el paciente es neurótico (o psicótico, añado yo), pero el analista sabe que se trata de un caso fronterizo. Este conocimiento se basa en la cualidad afectiva de la comunicación del paciente y en la respuesta interior que suscita en el analista, y que es difícil poner por escrito, salvo que uno escriba poesía.

En este contexto, debo mencionar la función de la contratransferencia, de que puede servir como un instrumento muy preciso en la comprensión de pacientes fronterizos. Contratransferencia utilizada, obviamente, matizada y reflexivamente y no de forma precipitada o silvestre, que nos permita observar y contener sin interferencia el funcionamiento borderline en la relación analítica. En efecto: consideremos que el analista haya conseguido, gracias al propio análisis, un buen funcionamiento de su aparato mental que le permita exponerse, contratransferencialmente, a los casi continuos afectos violentos del paciente borderline y lo toma en tratamiento. Aprenderá a reaccionar mejor ante situaciones difíciles, como amenazas de suicidio, proyecciones masivas, impulsividad y desconsideración omnipotente, etc. Poco a poco, el analista adquirirá experiencia y aumentará, junto a su capacidad de contención, esa capacidad para la utilización diagnóstica de su contratransferencia que postulo. Es más, podrá plantearse con más conocimiento de causa si está en condiciones de aceptarlo en análisis, por ejemplo, si ya tiene más pacientes borderline en tratamiento. O sencillamente, si obtiene menos éxito y menos gratificaciones (de las permitidas) con los pacientes borderline que con los histéricos o los obsesivos. Es decir, el analista podrá elegir mejor desde la experiencia contratransferencial.

Pero como dice Carlos Paz, además de esa herramienta definitiva para el diagnóstico que es la contratransferencia, deberíamos contar con algunos parámetros que nos permitan hacer al menos un diagnóstico provisional en las entrevistas iniciales para poder asumir con conocimiento de causa las especiales dificultades en la evolución del proceso terapéutico.

Sin embargo, no es posible confeccionar un listado exhaustivo y acabado de ítems para efectuar el diagnóstico del síndrome borderline en las primeras entrevistas, y que por definición el polimorfismo sintomático sin orden aparente deviene paradójicamente una de sus claves diagnósticas.

De modo que he escogido algunos datos significativos de los autores citados y de mi experiencia personal para intentar resumir las, a mi juicio, características principales de este grupo de pacientes.

¿Cómo resuelven los pacientes borderline el conflicto edípico?

Para Bion no es que no puedan resolver los problemas edípicos, sino que nunca los abordan. Como señala A. Green, siguiendo la senda marcada por Racamier, la triangulación que establecen es pseudo-edípica y no tiene nada que ver con la diferencia de sexos y generaciones.

Los borderline, ciertamente, conocen el conflicto edípico; pero mientras el Yo del

neurótico trabaja en el seno del conflicto, el borderline trabaja contra el conflicto, buscando eliminarlo de la psique, borrarlo como realidad interna; disociación, negación, identificación proyectiva, omnipotencia, etc., trabajan al servicio de un Yo cuya principal aspiración es deshacerse del conflicto edípico. Por supuesto, de manera más radical los borderline más próximos al polo psicótico.

Por eso, el Superyó del borderline como se considera en la neurosis el Superyó heredero del Complejo de Edipo, es inexistente, como señala José Luis López-Peñalver. Está presente, en cambio, un Superyó primitivo que destruye lo bueno de la vida y es una amenaza constante para disfrutar el placer.

La ausencia de Superyó y de represión, o si se quiere el defectuoso desarrollo del mecanismo de represión, conlleva una permeabilidad con un pasaje incontrolado de contenidos inconscientes que aparecen de la consciencia del paciente que, además, nos lo comunica. Como diría Bion, el borderline en lugar de la represión emplea la identificación proyectiva.

Los psicoanalistas podemos diferenciar sin mayor dificultad el discurso incoherente o poco coherente de un paciente psicótico y el discurso asociativamente encadenado de palabras, representaciones y afectos de un neurótico.

El discurso del borderline es aparentemente igual al del neurótico con importantes matices que los diferencian. Es un discurso coherente pero sin represión. A mi juicio se asemeja al de un neurótico en una sesión de análisis en esas etapas avanzadas en las que la neurosis de transferencia está bien establecida.

Otro aspecto a señalar del discurso del borderline es el creativo, precisamente por ese contacto como el proceso primario, sin la barrera de la represión, pero manteniendo a la vez los mecanismos del proceso secundario y, de nuevo la paradoja, con escasa o nula capacidad de sublimación.

Este discurso, a su vez, es estimulante para que surja la creatividad en la mente del analista, a través del complejo proceso transfero-contratransferencial. Parafraseando a Schopenhauer podría decirse que el talento del analista que dimana del proceso transfero-contratransferencial es como un arquero que da en un blanco que los demás no pueden alcanzar, o ni siquiera pueden ver. En este sentido, la sublimación del acto creativo sería del analista.

Pero esta «creatividad» de la pareja analítica o terapéutica conlleva un riesgo no desdeñable. La seducción de su discurso y la utilización masiva de la identificación proyectiva, por parte del paciente, y las contraidentificaciones y el uso indiscriminado de la contratransferencia, por parte del analista puede incluir una *folie à deux* en la pareja analítica en la que cada participante inyecta una serie de contenidos que cobran vida en el otro.

Otro riesgo es que los aspectos creativos del tratamiento de los borderline nos hagan olvidar los «malos ratos» a que sus afectos violentos nos someten y caigamos en la omnipotencia de sobrecargarnos con este tipo de pacientes. Considero con Carlos Paz y José Luis López-Peñalver, que no deben tomarse a cargo simultáneamente más de dos pacientes borderline.

Un tercer peligro de la permeabilidad creadora del inconsciente del borderline es la que podríamos llamar su función protésica en el analista. En efecto, todos estaríamos de acuerdo en que la función del analista tendría como objetivo el que se produzcan cambios significativos en el paciente o su curación. Sin embargo, eventualmente, es posible que el analista utilice a sus pacientes borderline para retroalimentar su propio funcionamiento psíquico, donde el proceso primario es admitido en el Yo consciente y donde las representaciones antiguamente reprimidas circulan con libertad. Es decir, sin estos pacientes, el analista tendría que soportar en soledad su funcionamiento abierto al inconsciente, de no poder utilizarlo con sus analizados borderline.

Los borderline tienen dificultades en la regulación de la auto y hetero-agresividad. Son relativamente frecuentes las automutilaciones y las manipulaciones suicidas. El temor a la envidia, a la propia y a la de los demás adquiere en el borderline una calidad deliroide, que unida a la intolerancia a la frustración y a la incertidumbre generan en ellos una marcada agresividad: bien en forma de rabia o de modalidad sarcástica o paradójica.

Refugios psíquicos y paradojas de los borderline

Como ha escrito recientemente Maturana, «el análisis de la patología borderline ha sido un área de gran interés en los últimos años por parte de los psicoanalistas postkleinianos, siendo los *refugios psíquicos,* de J. Steiner, la formulación que recogiendo los *insights* de sus colegas resumen en cierto modo, la posición general del grupo». En mi opinión, la cuestión viene de más lejos porque, con anterioridad, muchos de los pacientes analizados por los postkleinianos eran borderline y no psicóticos.

Steiner sostiene la existencia de un tipo de pacientes que se caracterizan por conductas destructivas de los vínculos analíticos. La imposibilidad de análisis de este tipo de pacientes se debe, según Steiner, a un enclaustramiento en un poderoso sistema inconsciente defensivo que les mantiene al abrigo de los peligros de la paranoia y/o de la depresión. Sus características fundamentales son una precaria pero tenaz estabilidad, la imposibilidad de un cambio, aparentemente buscado, y las maniobras inconscientes para conseguir una colusión con el analista para mantener su *statu quo* defensivo. Este sistema defensivo está alojado en fantasías inconscientes con temáticas que giran alrededor de *estar refugiado en*. En otros casos, la organización defensiva tiene representaciones espaciales, en forma de lugares idealizados que arrastran una penumbra simbólica tras la cual el analista se encontrara con profundas ansiedades asociadas o dilemas claustrofóbicos.

Sistema defensivo que evoca en mí, de inmediato, el mecanismo de defensa paradójico descrito por Racamier en 1980. Estas estructuras psíquicas son extraordinariamente tenaces en su persistencia y consistencia defensivas, según Steiner. Para Racamier es la erotización paradójica la que proporciona un vigor extraordinario al sistema defensivo narcisista, con el que se fusiona y potencia y que utiliza para evacuar conflictos, flanquear la ambivalencia, agredir al objeto sin perderlo, etc. «Podemos

entender ahora que el paciente no quiera prescindir de un medio tan eficaz y poderoso. La erotización paradójica deviene así un importante factor de la resistencia de los psicóticos a la cura».

Si para los esquizofrénicos lo paradójico es un síntoma general e inmediato, cerrado y aplastante; en los pacientes borderline, como ha mostrado Anzieu, las estrategias de lo paradójico mantienen una cierta flexibilidad y fluidez. Además de mecanismo defensivo y de medio de agresión al objeto y autoagresivo, la paradoja se configura en sí misma como fuente de placer; placer, pues, que no está exclusivamente relacionado con los beneficios defensivos y agresivos. Con una observación atenta se advierte que algunos borderline disfrutan enormemente hilvanando, con sutileza, paradojas indisolubles. La erotización paradójica aporta al borderline ese gozo complementario que, como decía, proporciona un vigor extraordinario a su sistema defensivo narcisista.

Y, a propósito de las paradojas de los borderline, les propongo una nueva lectura del *Análisis terminable e interminable* y una cuestión técnica. Creo que este tipo de pacientes no pueden permitirse la pérdida del análisis que puede durar toda la vida, y que por ello es útil y puede devenir inútil; útil para la parte neurótica que se compromete, y en qué grado, en la transferencia y el trabajo analítico; inútil porque el proceso analítico no puede garantizar la erradicación absoluta de la parte psicótica, precisamente, de nuevo la paradoja, en el lugar donde se desvela la ¿ilusión? de esta posibilidad.

Borderline y psicosis maníaco-depresiva

En la práctica clínica podemos reconocer fácilmente los límites entre depresión y neurosis; ya se trate de formas pseudoneuróticas de un auténtico trastorno bipolar, o de estructuras neuróticas que se acompañan de un humor depresivo.

Más complejo resulta establecer los límites entre trastorno borderline y trastorno maniacodepresivo. Recordemos que, entre los síntomas de lo borderline, destacan el malestar generalizado y episodios depresivos, de manía y/o delirantes. Para las formas francas bipolares el diagnóstico no plantea problemas. Pero la propia psiquiatría describe estados mixtos, formas complejas y otras «atipias». Debemos recordar además el intervalo libre, que, como señalaba en mi trabajo de 1990 «Ser psicótico: estar psicótico», no es tan libre. Sabiendo que el periodo intercrítico o interpsicótico puede ser de varios años y que algunos individuos no presentarían más que 3 ó 4 crisis en la vida, es importante conocer el funcionamiento mental del maniacodepresivo en estos periodos de transición. En un ensayo que presenta una concepción bastante lograda de la teoría psicoanalítica de las psicosis maniacodepresivas, Abraham establece una comparación entre melancolía y neurosis obsesiva en el intervalo libre. Señala que existe una concordancia caracterológica que hace imposible distinguirlas: carácter obsesivo y carácter melancólico son idénticos; pero los mecanismos psicopatológicos son distintos, notablemente en lo que concierne a la actitud hacia el objeto, retenido en la neurosis obsesiva y abandonado en la melancolía. Para el borderline, la presencia permanente del objeto supone una intrusión intolerable, y el sentimiento de pérdida de esta le genera una

gran angustia. El exceso de presencia del objeto obstaculiza la simbolización y produce diversas consecuencias psicopatológicas: malestar generalizado, pasaje al acto, conductas perversas, drogadicción, crisis de manía o depresiva y momentos delirantes.

Los maniacodepresivos utilizan, como los borderline de una manera estereotipada, mecanismos primitivos como la identificación proyectiva, la negación, la omnipotencia, la disociación e idealización, y, por el contrario, el mecanismo de represión permanece en la penumbra. Como los borderline, los pacientes bipolares buscan en el objeto aportes narcisistas. Ya en 1924, Freud asigna muy precisamente a la melancolía y estados afines una situación nosológica muy particular, intermedia entre neurosis y psicosis, bajo la rúbrica de neurosis narcisistas. Ignoro si Freud incluía en su pensamiento nosográfico, entre los estados afines, es decir, dentro de las neurosis narcisistas, a aquellos enfermos neuróticos «evidentemente muy próximos a los psicóticos... Pero su Yo ha mostrado ser capaz de mayor resistencia, se ha desorganizado menos...» es decir, a los borderline.

Los maniacodepresivos intercambian la relación con el Superyó por la relación objetal: controlan su malestar y tratan de apaciguar un Superyó cruel y exigente que les priva de amor, mediante la búsqueda de atención y admiración de personas valiosas para ellos. Incorporando estas experiencias valiosas, recobran precariamente el equilibro en la autoestima, pero pagan un precio elevado, ya que mantienen una gran dependencia de los objetos externos admirados para calmar el conflicto interno y, además, deben controlar la depresión en permanente acecho.

En algunos casos, el Yo puede estar incorporado al objeto y, entonces, se establece una lucha entre el Yo y el Superyó, de tal manera que, en el melancólico, los autorreproches son incomprensibles, pero serían comprensibles referidos al objeto. En otros casos, el Superyó se fusiona con el objeto, y entonces el melancólico se encuentra inerme frente a las crueles exigencias superyoicas. Por otra parte, cuando en el melancólico predominan el odio y la destructividad, la introyección del objeto desencadena sentimientos de culpa precisamente porque quiere destruirlo. Y en la medida que este objeto interno odiado es maltratado o destruido, el Yo del melancólico siente también que el objeto le está maltratando o destruyendo. Solo de esta manera puede entenderse que, en situaciones límite, el melancólico incapaz de soportar el tremendo dolor que le embarga recurra al suicidio.

La manía puede describirse como el negativo de la melancolía. En lugar de conflicto dramático Yo-Superyó, el maníaco parece vivir la reunificación de ambas instancias y parece liberado de toda exigencia superyoica. Como escribe Abraham: «La sombra del objeto que se había depositado sobre el Yo se ha retirado; el individuo respira y se abandona a una verdadera orgía de libertad, de triunfo y de poderío». En sus afanes y en todo su funcionamiento, el maníaco muestra avidez absolutamente oral, deglutiendo al mundo y multiplicando sus objetos, pero para destruirlos enseguida. En estos periodos, el paciente tiene que reforzar sus mecanismos de negación y de omnipotencia, elaborando fantasías megalómanas para erradicar de la mente sus experiencias depresivas.

La difusión de la identidad

En los episodios psicóticos de los borderline, generalmente reactivos como ya he señalado hay, obviamente, negación o distorsión de la realidad, disociación y uso de mecanismos proyectivos; no voy a insistir en su descripción que ya expuse al hacer el diagnóstico diferencial con el proceso esquizofrénico.

El trastorno habitual y más relevante de la relación con la realidad es la inestabilidad y la bizarrería, con conservación del juicio de realidad.

El borderline tiene dificultades para mantener un sentimiento estable del *self* en un amplio espectro de situaciones poco estructurantes. Es importante destacar, siguiendo a Kernberg, que la organización borderline, caracterizada por una insuficiente delimitación de las representaciones del *self* y del objeto, con la consiguiente difuminación de la identidad, no es diagnosticable basándose solo en signos detectables puramente descriptivos, como les decía en la introducción, sino basándose en una investigación psicoanalítica que contemple los siguientes parámetros: labilidad yoica con predominio de mecanismos de defensa primitivos (escisión, identificación proyectiva, idealización excesiva, negación, omnipotencia, etc.) y signos inespecíficos de debilidad del Yo (escasa tolerancia a la frustración y a la incertidumbre, tendencia al *acting out,* insuficiente desarrollo de los canales de sublimación); una particular patología de las relaciones objetales internalizadas representada por lo que Erikson (1956) denominó difusión de la identidad, es decir, «la falta de un concepto integrado de sí mismo y de un concepto igualmente integrado y estable de los objetos totales en relación con el sujeto», ya que, en efecto, la presencia de introyecciones e identificaciones contradictorias produce confusión.

La difusión de la identidad origina sentimientos de inferioridad, de inseguridad y de vergüenza. También sentimientos de incapacidad para realizarse a partir de cualquier clase de actividad y de falta de destreza en el trabajo a pesar de ser, a veces, brillantes profesionales.

Esto me lleva de la mano a contemplar la intolerancia al éxito de estos pacientes que provocan sus propios fracasos en forma destructiva, lo que imposibilita el reaseguramiento de la autoestima, tan seriamente deteriorada en los borderline, con lo que se cierra el círculo.

La intolerancia al éxito del borderline es diferente al mecanismo neurótico descrito por Freud en «Los que fracasan al triunfar» (1916), en el que el Yo tolera un deseo en calidad de fantasía, oponiéndose a él cuando amenaza en convertirse en realidad.

Los trastornos de la vida sexual no se pueden tipificar en un trastorno común; son muy frecuentes fantasías sexuales perversas, muy bizarras, que toleran sin sentimiento de culpa. Desviaciones sexuales ocasionales: promiscuidad, homosexualidad o prácticas repetidas de desviaciones sexuales.

En el plano de los afectos ya está dicho casi todo: afectos superficiales o exaltados. Crisis de angustia y/o depresión, o sintomatología crónica angustioso-depresiva con sentimiento de vacío, malestar crónico, disforia, anhedonia, soledad y aislamiento. Inestabilidad en las relaciones interpersonales y dependencia de las personas cercanas.

En cuanto a las modalidades y formas de expresión de la agresividad en el funcionamiento borderline, ya decíamos que en estos pacientes no existe el Superyó heredero del complejo de Edipo, sino un Superyó sádico, de modo que su agresividad no es la de la posición depresiva descrita por M. Klein, integrada en el Superyó neurótico y en el conjunto de la personalidad, ligada con la corriente libidinal y vivida con sentimiento de culpa. Por el contrario, las modalidades agresivas del borderline corresponderían a las de la posición esquizo-paranoide, desligada de la libido, fuera de control yoico y disociada de otros aspectos de la personalidad. Por ello, adquiere formas de expresión primitivas, directamente vinculadas con la angustia y el profundo malestar, como rabia, ataques envidiosos o sarcasmo, de las que seremos, para nuestra desventura, testigos de excepción en la relación analítica.

Los borderline tienen dificultades pasajeras o permanentes en el control de los impulsos excesivamente fuertes en ellos. Pueden comportarse antisocialmente o abusar del alcohol o de las drogas, pero también pueden comportarse como abstemios fanáticos.

La denominación borderline debe quedar reservada para aquellos pacientes que presentan una abigarrada sintomatología como la descrita, que no es típicamente neurótica ni típicamente psicótica, y que tampoco es una suma de neurosis y psicosis, sino, repito, una amalgama estable diacrónica de ambos elementos que incluye episodios de inestabilidad. El síndrome borderline ha sido, pero no debe seguir siendo, un cajón de sastre.

Bibliografía

Abraham, K., «Un breve estudio de la involución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales», *Psicoanálisis Clínico,* Buenos Aires, Paidós, 1959.

AM. Psychiatric Asso., DSM-IV, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales,* Barcelona, Masson, 1988.

Bergeret, J., «Les Etats-limites et leurs aménagements», *Abrégé de psychologie pathologique,* París, Masson, 1972, pág. 179.

Bion, W. R., *Volviendo a pensar,* Buenos Aires, Hormé, 1971.

Crespo, L. F., «Ser psicótico: estar psicótico», *Revista de Psicoanálisis de Madrid,* 2, 1990, págs. 17-32.

— *Entre psicosis y locura, Identificación proyectiva en las psicosis,* Madrid, Biblioteca Nueva, 1999.

— «La esquizofrenia incipiente», *Actualización en psicosis,* Madrid, Ed. P. Pichot. Aula Médica Ediciones, 2000.

Freud, S., *El delirio y los sueños en Gradiva, de W. Jensen.* tomo IV, vol. 9, Biblioteca Nueva, Amorrortu, 1906.

— *Análisis terminable e interminable,* tomo IX, vol. 23, Biblioteca Nueva, Amorrortu, 1937.

— *Compendio (Esquema) del Psicoanálisis,* tomo IX, Biblioteca Nueva, Amorrortu, 1990.

Green, A., *El concepto de fronterizo,* en íd., *De locuras privadas,* Buenos Aires, Amorrortu, 1985.

— *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte,* Buenos Aires, Amorrortu, 1985.

Grinker, R., Werble, D. y Drye, R., *The Borderline syndrome: A Behavional Study of Ego-Functions,* Nueva York, Basic Books, 1968.

Gunderson, J. y Singer, M., «Defining Borderline Patients», *An overview, Am. J. Psychiatry,* 132, 1-10.

Kernberg, O., *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico,* Buenos Aires, Paidós, 1979.

Klein, M., «Notas sobre algunos mecanismos esquizoides», *Desarrollos en Psicoanálisis,* Buenos Aires, Hormé, 1962.

Knight, R., *Borderline States, Psychoanalytic Psychiatric and Psychology: Clinical and Theoretical Papers (Austen Rigss Center, vol. 1),* C. R. Friedman (ed.), Nueva York, International University Press, 1954.

López de Maturana, J. M., «El significado de las palabras», *X Simposium de la APM,* Madrid, 2001.

López-Peñalver, J. L., «Superyó y casos límite», Congreso de la Federación Europea de Psicoanálisis, 2001.

Paz, C., «Sigmund Freud, "El Hombre de los lobos" y la analizabilidad. (Los criterios de analizabilidad de S. Freud: 1904-1937)», *Revista de Psicoanálisis de Madrid (APM),* núm. extra, 1989.

Steiner, J., *Refugios Psíquicos. Organizaciones patológicas en pacientes psicóticos, neuróticos y fronterizos,* Madrid, Biblioteca Nueva, 1997.

Stern, A., «Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses», *Psychoanal,* Quart, 7, 1938, 467-481.

32 *Revista de Psicoanálisis,* núm. 37, APM, 2002.

33 Episodios psicóticos transitorios o exacerbación de sus alteraciones neuróticas.

BIBLIOGRAFÍA DEL AUTOR

«Manipulación y liberación sexual desde el punto de vista del psicoanálisis de Freud», en J. Comblin, J. M. Llanos, J. L. Pinillos, L. F. Crespo *et al., Nosotros en nuestro mundo en desarrollo,* Desclée de Brower, 1972.

«Tratamiento del alcoholismo crónico. Las curas de desintoxicación», L. F. Crespo Gutiérrez, *Bol. Cons. Colb. Médicos de España* XXVIII, 18, 1964. Dicho trabajo se haya recogido en el VI tomo de la *Patología Médica del profesor Pedro Pons.*

«Motivación en el Comportamiento Inteligente, trabajo», A. Tornos y M. P. Herce (cols.), *Revista de Psicología General y Aplicada,* vol. XXIII, 1968.

«Las Psicoterapias», en *Psicopatología General del Dr. Monedero Gil,* Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1973.

«Tendencias actuales en los grupos de terapia», en *Dinámica de grupos para educadores,* Madrid, Ediciones SM, 1974.

«Falso *Self* Institucional», *Boletín del grupo de psicoanálisis de Madrid,* núm. 2, diciembre de 1977.

«El método psicoanalítico en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos internados», *Boletín del IEPPM,* núm. 1, enero-junio de 1978.

«Descubrimiento de un falso *Self», Boletín del grupo de psicoanálisis de Madrid,* núm. 4, 1979.

«El método psicoanalítico en el tratamiento de pacientes psicóticos», en Carmelo Monedero (dir. y comp.), *Historia de la Psicoterapia,* tomo I, Madrid, UNED, 1982.

«Psicoterapia analítica de grupos», en *Historia de la Psicoterapia,* tomo I, Madrid, UNED, 1982.

«Psicoanálisis activos y psicoterapias breves», en *Historia de la Psicoterapia,* tomo I, Madrid, UNED, 1982.

«La comunidad terapéutica», en *Historia de la Psicoterapia,* tomo II, Madrid, UNED, 1982.

«La antipsiquiatría», en *Historia de la Psicoterapia,* tomo II, Madrid, UNED, 1982.

«Terapia ambiental. Terapia ocupacional. Rehabilitación», en *Historia de la Psicoterapia,* tomo II, Madrid, UNED, 1982.

«Delirios paranoides compartidos», en Guillermo Onrubia (col.), *Rev. del IEPPM,* enero-junio de 1983.

La folie à deux, monografía escrita en colaboración con Guillermo Onrubia, Madrid, Rhône-Poulenc SAE, 1983.

«Introducción a la psicoterapia de grupo», *Rev. de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,* 1983.

«Lo paradójico en la esquizofrenia (Introducción a las ideas de Racamier)», *Rev. de la APM,* núm. 4, noviembre de 1986.

«La folie à deux de don Quijote y Sancho», *Rev. de la APM,* núm. 6, noviembre de 1989.

Paradojas y Metamorfosis de los Esquizofrénicos. Clínica de la Identificación Proyectiva, Madrid, Tecnipublicaciones, 1988.

«Resistencias al psicoanálisis, hoy», *Rev. de la APM,* núm. extra, mayo-noviembre de 1989.

«Ser psicótico: estar psicótico», *Rev. de la APM,* núm. 12, noviembre de 1990.

«Ser psicótico. Estar psicótico. Diagnóstico diferencial», *Rev. de Clínica y Análisis Grupal,* núm. 59, 1992.

«El marido de la peluquera», Un estudio psicoanalítico, en colaboración con Roberto Dibello, *Rev. de la APM,* núm. 18, noviembre de 1993.

«Pulsión de muerte y creatividad en la obra de Ramón Gómez de la Serna», *Rev. de la APM,* núm. 24, octubre de 1996.

«La identidad psicoanalítica en las instituciones de la salud mental», *Rev. de la APM,* núm. extra, 1997.

La identificación proyectiva en la psicosis, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1999.

«La esquizofrenia precoz», en P. Pichot (ed.), *Actualizaciones en psicosis,* Madrid, Aula Médica Ediciones, 2000.

«Interacciones de las partes psicótica y neurótica de la personalidad en los procesos "borderline"», *Rev. de la APM,* núm. 37, junio de 2002.

«Nosología psiquiátrica y/o psicoanalítica de la esquizofrenia: encuentros y desencuentros», *Rev. Clínica de Análisis Grupal,* núm. 88, vol. 24, 2002.

L'identification projective dans les psychoses, París, Edition L'Harmattan, 2003.

«Psychanalystes et psychiatres en Espagne», en Marisa Muñoz (col.), *Revue Freudienne,* núm. 89, Topique, 2004.

«Neurobiología y Psicoterapia (Neurolépticos atípicos en la psicoterapia de la psicosis)», *Rev. del IEPPM,* núm. 56, 2004.

«Una Gorgona en casa. Nuevas reflexiones psicoanalíticas sobre el mito de Medusa», *Rev. de la APM,* núm. 48, diciembre de 2006.

«Aportaciones de Paul Claude Racamier a la psicoterapia de la esquizofrenia», *Rev. del IEPPM,* núm. 65, 2007.

«La neurosis de transferencia en pacientes severamente perturbados», en José María Erroteta (col.), *Rev. de la*

APM, núm. 53, 2008.

«Proceso psicoanalítico de un paciente "borderline"», en Gerardo Fraguas (col.), *Rev. de la APM,* núm. 58, 2009.

Índice

Prólogo 9
PSICOANÁLISIS Y SOCIEDAD 14
Psicoterapia analítica de grupo 15
Introducción y concepto 15
Clínica y técnica de la psicoterapia grupal 16
Setting 16
Selección de pacientes 17
«Cómo se hace la selección y sus fines» 18
«Agrupamiento» 19
«Tipo de personalidad o de patología más indicada para el tratamiento de una psicoterapia analítica de grupo» 20
Interpretación-transferencia-resistencia 21
Interpretación 21
a) Las preguntas 22
b) El señalamiento 23
Transferencia 23
Resistencia 23
Iniciación y etapas en la evolución de los grupos terapéuticos 24
El terapeuta, el observador, la coterapia 27
El terapeuta 27
El observador 28
La coterapia 29
Bibliografía 30
Resistencias al psicoanálisis, hoy 32
Introducción 32
Puritanismo 32
Narcisismo psicológico herido 36
Convencionalismo 37
Odio a la libertad 38
Intolerancia al dolor mental, al conocimiento y a la verdad sobre uno mismo 40
Bibliografía 42
PSICOANÁLISIS Y CULTURA 44

La folie à deux de don Quijote y Sancho 45
Introducción 45
«Folie à deux» 45
Don Quijote y Sancho 46
Bibliografía 55
La obra plástica de un esquizofrénico 57
Bibliografía 64
Pulsión de muerte y creatividad en la obra de Ramón Gómez de la Serna 65
Bibliografía 69
Una Gorgona en casa. Nuevas reflexiones psicoanalíticas sobre el mito de Medusa 70
Introducción 70
El mito de Medusa 70
Interpretación de Ferenczi y de Freud sobre la cabeza de Medusa 73
Los conceptos de «contención» y de «vínculo paradójico» en psicoanálisis 75
Mi interpretación del mito de Medusa 79
El mito de Medusa en la literatura del siglo XX 81
Bibliografía 83
PSICOANÁLISIS EN LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS 84
Falso Self Institucional 85
Introducción 85
Falso Self Institucional: su aplicación a los nuevos modelos asistenciales de las psicosis clínicas 85
Bibliografía 91
La identidad psicoanalítica en las instituciones de salud mental 92
De la institución pública 92
El psicoanalista ante la institución 94
Encuadre 95
Sobre la identidad 96
El trabajo de la institución: funciones y disfunciones de la identidad analítica 99
Bibliografía 104
Escucha psiquiátrica, escucha psicoanalítica 106
Relaciones entre el psicoanálisis y la psiquiatría 106

Escucha psiquiátrica frente a escucha psicoanalítica 110
Bibliografía 111
PSICOANÁLISIS CLÍNICO 113
Lo paradójico en la esquizofrenia. Introducción a las ideas de Racamier 114
Introducción 114
Paradoja, anticonflictualidad, antiambivalencia 114
Paradoja y descalificación 120
Paradoja del esquizofrénico. Lo paradójico 122
Bibliografía 125
Ser Psicótico: estar psicótico 127
Psicosis y organización «borderline» 132
Psicosis y locura 135
Bibliografía 139
La transferencia en pacientes severamente perturbados 140
Algunas referencias históricas 140
Las Transferencias 141
Neurosis de transferencia 142
Transferencia del Psicótico y/o Psicosis de Transferencia 143
La parte no psicótica de los pacientes severamente perturbados en la obra de Freud 146
Transferencia y diferenciación de la parte psicótica y neurótica en pacientes severamente perturbados. Aportaciones de Bion 149
Bibliografía 153
La metamorfosis del aparato de influir 155
Preámbulo 155
Historial médico 156
Evolución clínica 160
Fundamentos teóricos y aportaciones 165
Epílogo etimológico 169
Bibliografía 171
Interacciones de las partes psicótica y neurótica de la personalidad en los procesos «borderline» 172
Introducción 172
El cuadro borderline desde el psicoanálisis 172

Terminología y situación nosológica 174
Punto de vista genético 175
Concepto y delimitación del proceso borderline 176
Refugios psíquicos y paradojas de los borderline 181
Borderline y psicosis maníaco-depresiva 182
La difusión de la identidad 184
Bibliografía 185
BIBLIOGRAFÍA DEL AUTOR 187