



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**REVISIÓN TEÓRICO-TÉCNICA DE LA TRANSFERENCIA EN LA PSICOSIS DESDE  
LA TEORÍA DE MELANIE KLEIN, WILFRED BION Y HERBERT ROSENFELD.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

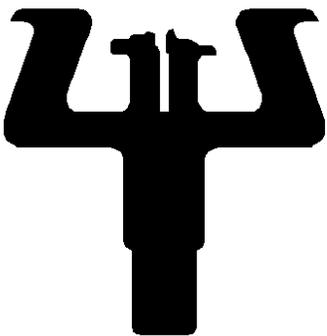
**GIOVANNA SOTO PEDRAZA**

DIRECTORA:

MTRA. MARTHA LÓPEZ REYES.

REVISOR:

LIC. EDUARDO HERRASTÍ Y AGUIRRE.



MÉXICO, D. F.

2011



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*No sé a dónde voy, pero sé con quién voy.*

*No sé dónde estoy, pero sé que estoy en mí.*

*No sé que es Dios, pero Dios sabe lo que soy.*

*No sé lo que es el mundo, pero sé que es mío.*

*No sé lo que valgo, pero sé no compararme.*

*No sé lo que es el amor, pero sé que gozo tu existencia.*

*No puedo evitar los golpes, pero sé cómo resistirlos.*

*No puedo negar la violencia, pero puedo negar la crueldad.*

*No sé lo que hago, pero sé que lo que hago me hace.*

*No sé quién soy, pero sé que no soy el que no sabe.*

*Alejandro Jodorowsky, La Danza de la Realidad.*

## **DEDICATORIA**

*Resulta insuficiente describir con palabras el agradecimiento y el amor para todas las personas que de alguna manera han estado y están presentes en mi vida y que sin duda marcan lo que hoy representan para mí, sin embargo y tratando de hacer un intento; están aquí, pues, unas sencillas frases que contienen “un algo” de lo que hay en mi corazón para ustedes...*

*A mi mamá, gracias por tu amor, por tu entrega, por tu ejemplo de lucha y de perseverancia. Gracias por tu apoyo incondicional. Te amo.*

*A mi papá, agradezco tu apoyo y tus consejos. Gracias por tu ejemplo de disciplina y dedicación al trabajo, gracias por guiarme. Te amo.*

*A Alfredo, gracias por el camino recorrido juntos, por ser lo que fuiste y ser hoy lo que eres: mi gran apoyo, por impulsarme y creer en mí y en mis sueños, por tu amor, por lo compartido, por animarme a ser más yo. Te amo infinitamente.*

*A mi hermano, Roberto, por ser mi compañero, por tu cariño, por estar ahí, conmigo. Te quiero.*

*A Los Soto, por compartirme la firmeza y la entrega para lograr el éxito. Por su amor, por todo el cariño y el apoyo, gracias.*

*A Las Pedraza, gracias por mostrarme la fuerza y la entrega, por ser mi ejemplo de lo que son: Incansables mujeres trabajadoras. Gracias.*

*Gracias, por darle un sentido a mi sin-sentido.*

## **AGRADECIMIENTOS.**

*A la Mtra. Martha López Reyes, te agradezco tu paciencia y dedicación para con este trabajo, gracias por tu apoyo, por ser una pieza fundamental en mi vida profesional, infinitamente gracias por creer en mí.*

*Al Lic. Eduardo Herrastí, gracias por su empeño y dedicación para con lo que hace, le agradezco que forme parte importante de mi desarrollo académico y de forma personal, gracias por todo.*

*A la Mtra. Guadalupe Santaella, así como a la Dra. Teresa Guerra y la Mtra. Ma. Cristina Heredia, gracias por su valiosa colaboración y profesionalismo para que este proyecto pudiera concluirse.*

*Al Dr. Marco Antonio Lopátegui, gracias por tu escucha, por formar parte de mi crecimiento profesional y personal. Por cada una de tus valiosas aportaciones, gracias.*

*A mis compañeros y amigos de la Facultad de Psicología: Robert, Tania, Verito, Brisa, Viri, Yaz, Ana Claudia y Marco por formar parte fundamental de este trabajo, gracias por su escucha, por su retroalimentación, por animarme a la reflexión y sobre todo por las muestras de apoyo y cariño ante las vicisitudes cuando este camino parecía no tener fin.*

*A Maggie y Yara, por compartir momentos, instantes, risas, ansiedades, lágrimas por estar conmigo, por su cariño, por ser unas grandes mujeres y las mejores amigas. Las quiero, mil gracias.*

*Y por último pero siempre primero en mi corazón gracias a Dios, por el amor, por las bendiciones para conmigo y mi familia, por permitirme concluir este ciclo para tomar nuevos, siempre de la mano, siempre juntos, siempre fiel. Porque tus tiempos siempre son perfectos.*

*Os preguntaréis cómo me volví loco.*

*Ocurrió así: Un día, muchísimo antes de que Nacieran todos los dioses, desperté de un profundo sueño Y encontré que me habían robado todos mis disfraces –sí, los siete disfraces que yo mismo me había fabricado y que llevé en siete existencias distintas-; corrí sin disfraz por las calles llenas de gente, vociferando: “¡Rateros! ¡Rateros! ¡Malditos rateros!”*

*Hombres y mujeres se burlaron de mí, y al mirarme, algunas personas, llena de miedo, corrieron a esconderse en sus casas.*

*Y cuando al final llegué a la plaza del pueblo, un mozo, de pie en el tejado de su casa, señalándome, exclamó: ¡Miren! ¡Es un demente!” Alcé la cabeza para mirar quién gritaba, y por primera vez el sol acarició mi rostro desnudo. Por primera vez el sol besó mi rostro desnudo, y mi alma se inflamó de cariño al sol, y ya no quise tener disfraces. Y como si fuera presa de un trance, grité: “¡Bienaventurados! ¡Bienaventurados sean los ladrones que me robaron mis disfraces!”*

*Fue así como me convertí en un loco.*

*Y en mi locura he encontrado libertad y seguridad; la libertad del recogimiento y la seguridad de no ser comprendido, pues quienes nos conocen y comprenden oprimen una parte de nuestra existencia.*

*Pero no dejéis que me envanezca demasiado de mi certidumbre; ni siquiera el ratero en prisión está a salvo de otro ratero.*

*Gibran Jalil Gibran. El Loco, 1976.*

## CONTENIDO

RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
METODOLOGÍA.....	12
Preguntas de Investigación.....	12
Procedimiento.....	13
CAPÍTULO I. CONCEPTO DE PSICOSIS	
1.1 Definición de psicosis.....	15
1.2 Antecedentes históricos de la locura.....	16
CAPÍTULO II. CONCEPTO DE TRANSFERENCIA.	
2.1 Primeras aportaciones del concepto de transferencia.....	35
2.2 Desarrollo de la transferencia a partir del Psicoanálisis.....	36
CAPÍTULO III. EL FENÓMENO DE LA TRANSFERENCIA EN LA PSICOSIS.	
3.1. Transferencia psicótica.....	52
3.2. Transferencia psicótica en Melanie Klein.....	55
3.3. Transferencia psicótica en Wilfred Bion.....	73
3.3.1. Reverie.....	73

3.3.2. Continente-contenido.....	74
3.3.3. Elementos alfa, elementos beta. Función alfa.....	75
3.3.4. Pantalla beta.....	76
3.3.5. Barrera de contacto.....	77
3.3.6. Vínculos A (Love), H (hate), K (Knowledge), -K.....	77
3.3.7. Identificación proyectiva patológica.....	78
3.3.8. Personalidad Psicótica y no psicótica.....	82
3.3.9 Personalidad Psicótica.....	86

CAPITULO IV. MANEJO TÉCNICO DE LA TRANSFERENCIA  
EN LA PSICOSIS.

4.1 Hacia un abordaje técnico de la transferencia en la psicosis...	93
4.2 Transferencia psicótica en Herbert Rosenfeld.....	99

CONCLUSIONES.....	113
-------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA.....	117
-------------------	-----

## **RESUMEN**

Actualmente, dentro del psicoanálisis existe una amplia y diversa gama de teorías que hacen referencia a la psicosis y sus modos de expresión, sin embargo, muy pocos hacen referencia a la técnica.

Por tal motivo, el objetivo de esta investigación parte de realizar una revisión teórica de la técnica, específicamente en el manejo de la transferencia que se expresa en la relación analista-paciente psicótico.

Con sus planteamientos acerca de la vida mental, Melanie Klein menciona que en las posiciones muy tempranas del desarrollo, es decir, al inicio de la vida los mecanismos de funcionamiento primitivo nos permiten comprender y manejar el modo de ser de los pacientes psicóticos.

Los planteamientos de Wilfred Bion permiten conocer cómo se expresa y por qué se desarrolla la psicosis. Finalmente, Herbert Rosenfeld en algunos de sus trabajos posibilita visualizar el manejo técnico de la transferencia con los pacientes psicóticos en el espacio terapéutico.

Finalmente, con lo desarrollado a lo largo de esta investigación, se esboza una interesante y completa forma de trabajo analítico con pacientes psicóticos, lo que posibilita dar cuenta de la importancia a seguir cuestionando la clínica de la psicosis con todos los factores que la integran.

## ***INTRODUCCIÓN***

Diversos autores han reflexionado y teorizado el tratamiento analítico de los pacientes psicóticos acentuando los elementos fundamentales de la técnica clásica, es decir, interpretando los elementos inconscientes que se encuentran latentes en el discurso del paciente y resaltando un concepto esencial: la identificación proyectiva, así como el uso de la transferencia.

En primera instancia se expone el concepto de psicosis, su definición y delimitación del término en la presente investigación, para dar paso a los antecedentes históricos de la locura.

El concepto de Psicosis ha sido abordado a lo largo de la historia, por diferentes culturas partiendo desde lo místico, lo religioso, las ciencias ocultas, hasta el día de hoy en la ciencia, como en la medicina, por ejemplo.

En la segunda parte, se hace referencia al concepto de transferencia, partiendo de las primeras aportaciones previas a lo desarrollado por Freud. Sin embargo, al igual que en toda creación de conocimiento la red ya había sido tejida previamente. De ahí la importancia del recorrido histórico realizado, para ubicar dicho término.

La formación del trabajo psicoanalítico se debe en lo esencial a la evolución del conocimiento de la naturaleza de la transferencia. Los mayores progresos en este campo proceden de los descubrimientos que hizo Freud (1905), ya que, en toda

definición de la técnica psicoanalítica figura como elemento central el análisis de la transferencia.

El siguiente apartado prosigue con lo referente al concepto de transferencia, de modo que se desarrolla a partir del psicoanálisis, haciendo la descripción de los trabajos realizados por Freud y otros autores posteriores a éste, pretendiendo seguir el hilo conductor de esta investigación, contextualizando el tema que compete en este desarrollo conceptual para adentrarse en el siguiente apartado, en una tarea no menos sencilla como lo es tratar de esclarecer y revisar más a fondo lo descrito por Melanie Klein y Wilfred Bion.

Así, en el tercer capítulo se abarca el concepto del fenómeno de la transferencia en la psicosis.

Un primer punto: la transferencia Psicótica, que actualmente y gracias al desarrollo teórico y conceptual de la Psicosis, es posible acceder, identificar y comprender a la transferencia en pacientes psicóticos, de manera que su manejo terapéutico ha sido ampliamente aceptado. Existen psicoanalistas que han analizado o analizan a dichos pacientes, por ejemplo los británicos: kleinianos y postkleinianos, tales como: W. Bion, H. Rosenfeld y H. Segal, que resultan de particular interés para la presente investigación.

Así, se da paso en la investigación a lo planteado por Melanie Klein y su aportación teórica en cuanto a la transferencia psicótica. Desde sus orígenes más remotos, la dirección psicoanalítica kleiniana tiene una inclinación hacia temas referentes al terreno de la patología severa.

El surgimiento de la obra de M. Klein, abrió un campo de nuevas posibilidades al abordaje de la psicosis que hasta ese momento era de difícil acceso dentro del marco teórico psicoanalítico. Reconociendo aspectos arcaicos y profundos del comienzo de la vida, no investigados por nadie antes. Resaltando el concepto de identificación proyectiva, por la relevancia e interés para la comprensión de la transferencia en pacientes psicóticos.

En el tercer apartado se prosigue con lo desarrollado en cuanto al concepto de la transferencia psicótica abordada desde el trabajo de Wilfred Bion, ya que lo descrito por este autor ha permitido crear una novedosa y completa perspectiva en cuanto a lo dicho en el campo psicoanalítico de las psicosis, debido a la importancia y profundidad de los conceptos planteados. La lectura de Bion, pone de manifiesto la relevancia de la naturaleza diferencial respecto a la parte psicótica y no psicótica de la personalidad, lo que permitió cristalizar un avance en el análisis y comprensión de los pacientes psicóticos.

Con las ideas y conceptos referentes a la transferencia en la psicosis, el último capítulo de la investigación hace referencia a los trabajos elaborados por Herbert Rosenfeld, considerado el máximo exponente de los analistas que postulan la utilización clínica de la psicosis de transferencia para el análisis de pacientes psicóticos. Planteando conceptos en cuanto al manejo técnico de la transferencia psicótica, siendo de su particular interés la naturaleza de la identificación proyectiva, como eje conductor del trabajo analítico.

La apuesta de esta investigación es recorrer, reconocer y resaltar una forma diferente de encarar el trabajo de pacientes psicóticos haciendo énfasis en la

herramienta esencial de dicha tarea: la transferencia, a través de la identificación proyectiva, que sirve como puente conductor entre el paciente y el analista, sin la mayor pretensión que la apertura y la difusión de importantes elaboraciones teóricas-técnicas, que aporten al crecimiento y desarrollo clínico del psicólogo.

## ***METODOLOGÍA***

El presente trabajo es de tipo documental, en el contexto psicoanalítico, sobre la problemática de la transferencia en pacientes psicóticos.

En esta investigación documental se hará una revisión exhaustiva de la literatura relacionada con el objeto de estudio, se analizará e integrará la información relevante para contribuir al entendimiento del tema planteado.

### ***PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.***

Las preguntas de investigación del presente trabajo son:

- De esta forma ¿Es posible que en la relación analista-paciente psicótico, se exprese la transferencia?
- Si esta existe, ¿Qué tipo de transferencia se expresa con los pacientes psicóticos?
- Técnicamente, ¿Cómo se maneja la transferencia con pacientes psicóticos?

## ***PROCEDIMIENTO.***

### **Actividades de recabamiento de Información:**

El procedimiento consiste en el análisis documental de los desarrollos teóricos sobre la transferencia en pacientes psicóticos desde la teoría de relaciones objetales de M. Klein, W. Bion y H. Rosenfeld y así obtener una bibliografía que logré aportar a los fines de investigación de esta tesis.

Los centros documentales a Revisar serán la Biblioteca de La Facultad de Psicología, la Biblioteca Central de la UNAM, la Biblioteca de la UAM Xochimilco, Centro de Documentación de la Facultad De Psicología; así como la Biblioteca de la Asociación Psicoanalítica Mexicana.

Las fuentes documentales que serán tomadas a revisión, para esta investigación serán las bibliográficas, revistas, tesis, bases de datos en línea (base de datos de la Facultad de Psicología), y todo aquel material que pueda aportar información relevante a la investigación documentada.

### **Actividades de análisis de la información:**

Con toda la información ya recopilada, se hará una revisión de los aspectos fundamentales de cada lectura, dándole así prioridad y relevancia a los factores de cada lectura, que logren resaltar la importancia y que permitan rescatar aspectos importantes para la redacción de los capítulos.

Tomando en consideración a los autores y personas que básicamente han trabajado con pacientes psicóticos dentro del marco Psicoanalítico y que con el paso del tiempo han ido estructurando más la clínica de la Psicosis. En este caso particular, autores como Klein, Bion y Rosenfeld.

*“...Nada que no esté hundido en la contradicción inmediata,  
nada que no incite al hombre a adherirse a su propia locura;  
medido por la verdad de las esencias y de Dios, todo el orden  
humano no es más que locura...”*

*Michel Foucault, Historia de la Locura. Vol. I.*

## **CAPÍTULO I. CONCEPTO DE PSICOSIS.**

### **1.1 DEFINICIÓN.**

Quizá valdría la pena comenzar hablando de la palabra Psicosis en sí, esto a manera de introducirnos en este terreno complicado de la “locura”.

De ahí que la palabra psicosis provenga de:

PSICOSIS: del español PSICOSIS, del francés PSICHOSE, del inglés PSYCOSIS que, por mencionar sólo algunos ejemplos, cada uno de ellos sigue teniendo el mismo significado y es así que cuando se retoma la etimología clásica proveniente del griego tenemos que:

Psicosis

**Psicosis → psic-----osis**

Psykh (Psique)	→ Relativo al alma
+	
-ôsis	→ Relativo a estado Patológico enfermedad (afección), a una escisión o fragmentación.

Lo descrito anteriormente, significa que Psicosis puede ser traducido como: un estado patológico, enfermedad del alma, de la mente. Sin ánimo de que resulte una definición simplista, es importante hacer mención de esta concepción básica de la psicosis, y así mismo aclarar que si bien este trabajo parte desde un marco teórico psicoanalítico, la base psiquiátrica es mencionada aquí para dar paso a la perspectiva psicoanalítica que pretende mostrarse a lo largo de esta investigación. El concepto de Psicosis ha sido abordado desde muchas épocas atrás, y por diferentes culturas y puntos de vista a lo largo del tiempo, desde lo místico y dentro de las ciencias ocultas hasta el día de hoy dentro de la medicina, por ejemplo.

## **1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA LOCURA.**

El registro histórico del conocimiento de la locura es diverso. En Egipto, el corazón se colocaba como “el asiento de todas las actividades psíquicas”<sup>1</sup> y en lo referente a la locura era considerado el resultado de una posesión demoníaca. Este elemento también se observó en Babilonia, donde la idea para explicar a la locura se daba a través de la culpa: era el castigo que resultaba del pecado, ya sea del mismo enfermo o de los padres. De igual forma, para los judíos la locura se explicaba por medio de castigos y maldiciones para los infieles y desobedientes de

---

<sup>1</sup> G., Calderón (1996) Esa agonía llamada locura. Historia de la Psiquiatría, México: Edamex.

Dios y su palabra, así se ejemplifica en el Deuteronomio: "...Te castigara el señor con la locura o el delirio..."<sup>2</sup>

Aunque algunos médicos griegos y romanos hicieron un intento por entender la enfermedad mental de manera científica, el declive de la civilización grecorromana fue testigo de un retroceso de los relativamente iluminados enfoques de hombres como Hipócrates y Platón. Los sujetos que en la actualidad serían diagnosticados mentalmente enfermos eran tratados como pecadores perversos y castigados por sus pecados. Ya que fue un periodo en donde su principal pensamiento era filosófico y que con respecto a la locura, era considerada, el castigo de los Dioses: "¿Quién sino un loco deshonraría a los Dioses?...las alteraciones desenfrenadas en el estado de ánimo, eran imputables generalmente a algún poder sobrenatural... ciertos trastornos eran causados por invasión de espíritus, hechicería, malignidad demoníaca; la posesión era a la vez juicio y castigo", así para los griegos, la resolución de la locura era dada a través del drama, "el teatro servía como terapia"<sup>3</sup>.

Siendo así que Platón propuso que encerraran en los hogares a los locos, ya que de no ser así las familias podrían ser multadas. Por su parte, Hipócrates explicó la locura en base a la interacción de los cuatro humores, haciendo una vinculación directa entre el mal mental y las enfermedades del cuerpo, quitando el carácter religioso a la locura: "Yo no creo que la enfermedad sagrada, sea más divina o

---

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> R. Porter (2002) Breve historia de la locura, Madrid, España: Turner. Fondo de cultura Económica.

sagrada que cualquier otra enfermedad...cuando no está sano, el hombre se pone loco y delirante, con miedo y terror a la noche o el día”.<sup>4</sup>

Pero la mayor aportación de la época fue dada por Galeno, quien sintetizó todos los conocimientos de sus antecesores y realizó una nueva clasificación de los trastornos de la psique: sosteniendo en su trabajo que la salud anímica depende del equilibrio entre las partes racional, irracional y sensual del alma.

Más tarde delirios de grandeza, alucinaciones y posesiones sin duda subyacen a la conducta de los papas, reyes y aquellos considerados tiranos “locos” de los primeros siglos. Relacionar locura con brujería fue un aspecto trágico de la vida en la Edad Media. Tras consolidarse el cristianismo en el Imperio Romano, la locura se considero un caso de posesión demoníaca y espíritus malignos. Para el siglo XVI la locura era repartida entre exorcistas e inquisidores, “El cristianismo negaba que la razón fuera la esencia del hombre...el espíritu Santo y el Diablo luchaban por la posesión del alma de los individuos; las señales podrían incluir síntomas de trastornos mentales...debían ser tratados con medio espirituales, misas, exorcismos o la peregrinación del sepulcro milagroso de algún santo”.<sup>5</sup>

En la época dominada por la Inquisición del siglo XV, el ambiente no cambió de forma significativa. No solamente no era suficiente con tratar de curar al loco y exponerlo en plazas públicas, sino que la arraigada fe católica exigía que se

---

<sup>4</sup> G. Calderón (1996) Esa agonía llamada locura, Historia de la Psiquiatría. México: Edamex.

<sup>5</sup>R. Porter (2002) Breve historia de la locura, Madrid, España: Turner. Fondo de cultura Económica.

quemaran vivos a muchos enfermos que eran considerados endemoniados y pecadores.

Durante el Renacimiento, la cacería de brujas tuvo un gran auge en toda Europa. El trabajo definitivo que describió las características, la identificación y el castigo a las brujas fue el *Malleus Maleficarum* (El martillo de las brujas), publicado por primera vez en 1510. Una excursión dentro de un mundo terrorífico de sadismo y crueldad, este texto llegó a ser un incitador a la tortura y al asesinato de masas. Sus autores fueron dos sacerdotes dominicos alemanes, Johann Sprenger y Heinrich Kraemer. Antes de publicarlo obtuvieron el respaldo del papa; el apoyo de Maximiliano, rey de Roma y por último la aprobación de la facultad de teología de la Universidad de Colonia. Con las licencias papal, real y académica para imprimir el libro, El martillo de las brujas llegó a ser un referente de texto de la inquisición. Este escrito proporcionaba descripciones de las características y acciones de las brujas. Desde un punto de vista “psicológico” ésta es la sección más interesante. Es claro por el texto y la evidencia presentada en los juicios contra las brujas acusadas que muchas de ellas tenían enfermedades mentales: descripciones de delirios, alucinaciones, conducta maníaca y melancólica, catatonía y paranoia eran frecuentes. Muchas veces estas descripciones precisas se basaban en la observación cuidadosa, pero no condujeron a explicaciones exactas de la conducta.

Por su parte, Descartes, parte de la ya conocida idea de dualidad entre el cuerpo y el espíritu, para agregar que de la armonía entre estas depende la realidad del

hombre, y la disonancia entre las sustancias conlleva a las enfermedades mentales, por lo que, la locura es y proviene de un desequilibrio.

Más adelante, a mediados del siglo XVIII, surge la *Nef des Fous* “La nave de los locos, extraño barco ebrio que navega por los ríos tranquilos de Renania y los canales flamenco”<sup>6</sup>, esto fue una forma de expulsión para limpiarse de los locos vagabundos, sacándolo de la sociedad y dejándolo en un sitio desconocido “Los locos de entonces vivían ordinariamente una existencia errante. Las ciudades los expulsaban con gusto de su recinto; se les dejaba recorrer los campos apartados”

<sup>7</sup>Es así, como durante los siglos XVII y XVIII, a los individuos mentalmente enfermos, además de acusárseles de brujería recibían un trato de criminales comunes, recluyéndolos en prisiones o en claustros especiales para ello. Los internos eran encadenados, azotados y aislados: se les alimentaba sólo con bazofia: se les daba purgas y vomitivos, y eran sometidos a sangrías. A sus cuidadores no se les pagaba, pero ganaban pequeñas sumas utilizando a los enfermos para entretenimientos del público en general; una visita a dichos lugares se consideraba una salida placentera. Seguían siendo excluidos, sin duda, pero empezó a entreverse un énfasis diferente, no para negarlo en calidad de ser humano sino que fue visto como un sujeto que hacía daño a la sociedad y que era incapaz de reintegrarse a ella y por esto debía ser encerrado y no expulsado. Esto se muestra en instituciones como el *Hôtel-Dieu* en París, el *Châlet* de Melón, la Torre de los Locos de Caen, casas donde se aseguraba la exclusión de los

---

<sup>6</sup> M. Foucault, (1964) Historia de la locura en la época clásica. Tomo I.

<sup>7</sup> Ibid.

“locos”, por su bien, por supuesto y que eran sostenidas económicamente por las ciudades, siendo tratados de la forma mencionada anteriormente y pues, concluye Foucault, “Que los internos del manicomio fueran igualados como animales salvajes en una jaula y tratados como tales: habiéndoles negado la razón, esa quinta esencia de la naturaleza humana ¿Qué eran ya sino bestias?”.<sup>8</sup>

A finales de este siglo, se inaugura en York la primera clínica privada, donde el aspecto principal era un digno trato para el enfermo, el de ser humano. El inconveniente fue, pues, que solamente el rico era el que podía ser considerado “un ser humano loco”, y quien no contaba con los recursos era visto como solamente “loco”: “Los emprendedores dueños de los manicomios privados buscan evidentemente pacientes ricos y de buena cuna quienes no podían exigírseles que trabajaran”.<sup>9</sup>

Pero fue hasta el siglo XVIII que las primeras reformas sistemáticas en el cuidado y tratamiento de la enfermedad mental fueron hechas y en 1896 que la psicología clínica fue establecida como parte de la psicología; esto, para hacer referencia, en la forma que a través de la historia el abordaje de la clínica de la Psicosis ha evolucionado de la mano de la cultura y los cambios sociales. Durante muchos siglos las concepciones demonológicas y satánicas de la enfermedad mental

---

<sup>8</sup> Ibid.

<sup>9</sup> R. Porter (2002) Breve historia de la locura, Madrid, España: Turner. Fondo de cultura Económica.

lentamente dieron paso al conocimiento de que las personas con trastornos mentales eran enfermas y necesitaban cuidados y tratamientos especiales. Paralelos a este descubrimiento fueron los cambios en las instituciones para los enfermos mentales. Al principio tales instituciones no eran más que prisiones barbáricas, pero en los siglos XVIII y XIX los esfuerzos de reformadores, como Pinel, por ejemplo, condujeron a reformas y al establecimiento de instituciones relativamente ilustradas.

En este mismo siglo, Falret, realiza una importante observación en lo referente al estudio de los síntomas, Morel, a su vez, agrega la discusión en cuanto a la heredabilidad de las enfermedades mentales, y así a finales del siglo Magnan aporta a la psiquiatría francesa, la base fundamental de lo que se conoce actualmente. Dicha labor es continuada por Kraepellin, que dedicó toda su vida a desarrollar una clasificación de las enfermedades mentales. Su aportación tiene tal relevancia, que actualmente dicha nosología de la psicosis sigue vigente: dicotomía de psicosis endógenas, la locura maniaco-depresiva y la demencia precoz. En 1896, Kraepellin aportó una clasificación de las psicosis, distinguiendo cuatro tipos de demencia; la simple, la catatónica<sup>10</sup>, la hebefrénica<sup>11</sup> y la paranoide. Tiempo después, Kraepellin da un giro al considerar la causalidad psicogenética, basándose en la elaboración de ciertas experiencias vitales propias del enfermo, abriendo paso a futuras interrogantes.

---

<sup>10</sup> Dicho término introducido por Kahlbaum, por primera vez en 1874, siendo el primero en realizar un intento por clasificar procesos patológicos a partir de los síntomas.

<sup>11</sup> Término introducido por Hecher en 1871.

De manera desafortunada, a principios del siglo XX las instituciones que tuvieron a bien poner en práctica dichas reformas encontraron demasiada exigencia por los grandes números de pacientes confinados a ellas. En todas esas instituciones hubo con demasiada frecuencia una regresión a la función de custodia. En la historia de los enfoques al tratamiento de la enfermedad mental vemos una progresión similar de los procedimientos punitivos y físicos a intentos más ilustrados para comprender y tratar la locura. Por ejemplo, el desarrollo de agentes psicoactivos (fármacos) y el desarrollo del Psicoanálisis por Freud, él estudio las representaciones patógenas, la represión, las neuropsicosis de defensa, y más tarde con el conocido caso de paranoia dedica una parte de su trabajo al desarrollo de las psicosis. Estas aportaciones del psicoanálisis dan un giro a la conceptualización de la locura hasta entonces.

Junto a las contribuciones de Freud, Farlet en 1854 contribuyó nombrando algunos trastornos entre ellos bipolar y "*folie circulaire*". Bleuer propone un primer acercamiento psicopatológico de las psicosis en el año de 1895, después Chaslin aporta lo referente a las locuras discordantes. Sin dejar de lado las aportaciones de Jaspers en lo referente a esta psicopatología de las psicosis, posteriormente Schneider, ambos elaborando una clasificación psicopatológica y contribuyendo a la fenomenología de los delirios que forman parte de la psicosis.

Cuando se habla específicamente de la transferencia en la psicosis, o la también llamada de acuerdo a varios autores que han revisado dicho tema: psicosis de la transferencia, más adelante será más clara la manera en que esto involucra diversas posiciones tanto teóricas y técnicas.

Al hablar del desarrollo de la transferencia que se verá en el siguiente apartado de este capítulo, es de mencionar el empeño de Abraham (1908) para establecer las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz. La libido permanece ligada a los objetos en la histeria, mientras se hace autoerótica en la demencia precoz. Por esta razón se consideraba incapaz de “transferencia” a esta libido (autoerótica), pues esta condiciona y explica la inaccesibilidad del enfermo, es decir, su radical separación del mundo. Un año después Ferenczi propuso una división tripartita de los pacientes que va desde el demente precoz que retira su libido del mundo externo (de objetos), pasa por el paranoico el cual proyecta la libido en el objeto para finalmente llegar al neurótico que introyecta el mundo de objetos.

Estos trabajos son retomados por Freud en 1914 cuando introduce el concepto de narcisismo y propone las dos categorías taxonómicas de neurosis de transferencia y neurosis narcisistas. En dicho trabajo, plantea la imposibilidad de transferencia en la psicosis<sup>12</sup>.

El planteamiento de Freud, con respecto a la psicosis, está puesto desde sus primeros escritos, captados con cierta dificultad. En la “Neuropsicosis de defensa”, señala: (...) “El contenido de una tal psicosis alucinatoria consiste precisamente en la acentuación de la representación, amenazada por el motivo de la enfermedad. Puede, por tanto, decirse que el yo ha rechazado la representación intolerable por medio de la huida a la psicosis”<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> El planteamiento desarrollado por Freud se revisará en el siguiente apartado de este capítulo.

<sup>13</sup> S. Freud Neuropsicosis de Defensa. Obras completas Tomo I, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 1973.

Tiempo después, en la correspondencia que mantenía con Fliess, Freud hace un recuento de sus investigaciones, donde agrega: “(...)La idea delirante se encuentra situada en psiquiatría junto a las ideas obsesivas, como trastorno puramente intelectual, y la paranoia se encuentra junto a la insania obsesiva, en su calidad de psicosis intelectual. Si las ideas obsesivas pueden ser reducidas a trastornos afectivos y su fuerza atribuida a un conflicto, entonces idéntica concepción ha de ser aplicable también a las ideas delirantes, las que serán así mismo consecuencias de trastornos afectivos que deben su fuerza a un proceso psicológico. Los psiquiatras suelen sustentar la opinión contraria, mientras que el profano se inclina a atribuir la locura a vivencias psíquicas trastornantes”<sup>14</sup>. Así, a lo largo de la obra de Freud se interroga con respecto al tema de la psicosis.

El texto de Nuevas aportaciones sobre las Neuropsicosis de defensa (1896) y el Manuscrito H del 24-I-1895 (1895), hacen referencia a la paranoia. Freud le prestó gran atención a la proyección de los autoreproches realizados en el momento de una experiencia desagradable y que posteriormente desembocaría en desconfianza y después las alucinaciones auditivas. En el Manuscrito K 1-1-1896, Freud asegura que el elemento determinante de la paranoia es el mecanismo de proyección, junto con la compañía de la negativa de creer en el autoreproche. Derivadas de esto, están las características generales de las paranoias, correspondientes a los tres modos en los que se presenta el fenómeno del automatismo mental: voces, gestos y sentimientos de reproches e injurias.

---

<sup>14</sup>S. Freud. Carta 52. Obras Completas. Vol. I, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 1973.

En su trabajo de Neurosis y Psicosis de 1924, Freud definió un hecho fundamental para la distinción en cuanto a la neurosis y la psicosis y agrega: “En la primera, el yo, en virtud de su lealtad a la realidad, suprime una parte del ello (la vida instintiva) mientras que en la psicosis, el mismo yo está al servicio del ello, y se retira de una parte de la realidad”.<sup>15</sup>

Sin duda, es importante hacer mención del caso del Presidente Schreber, no sólo porque ahí Freud desarrolla su teoría de la paranoia, sino también, porque modifica todas sus tesis anteriores respecto al tema.

Ahora bien, en otro momento fueron distintos autores los que pensaron que la posibilidad de análisis y la presentación de transferencia en la psicosis eran posibles. De esta forma la primera vez que aparece la expresión psicosis de transferencia, es en “Análisis de un caso de paranoia” publicado en 1928 por Ruth Mack Brunswick<sup>16</sup>, donde se resaltan aspectos de la transferencia temprana.

A partir de la década de los treinta el estudio de la psicosis y de la posibilidad de tratamiento psicoanalítico cobra relevancia, observando su desarrollo simultáneamente en Londres, con Melanie Klein, Estados Unidos con Sullivan y en Viena con Federn. Estos pensadores emprendieron el estudio de las psicosis por un lado, pero también sostuvieron también que la psicosis era acompañada de fenómenos de transferencia, que si bien se dificultaba su detección y

---

<sup>15</sup> S. Freud. La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis. En Obras completas, Vol. XIX, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 1984.

<sup>16</sup> Durante este mismo año la autora publica también el Análisis del brote psicótico del “hombre de los lobos” que le había confiado Freud.

reconocimiento, abre pues el campo de la técnica con pacientes psicóticos desde un marco teórico psicoanalítico.

Un trabajo importante en dicho desarrollo teórico es el de Enrique J. Pichon Rivière, titulado “Algunas observaciones sobre la transferencia en los pacientes psicóticos”, que fue presentado en la XIV Conferencia de Psicoanalistas de Lengua Francesa, en 1951. Retomando las ideas Kleinianas, este autor sostiene que la transferencia en los pacientes psicóticos, debe entenderse a partir del mecanismo de la identificación proyectiva. Puesto que, el psicótico se aleja del mundo en un repliegue defensivo de intensidad extrema, sin embargo, la relación de objeto se conserva y es sobre esta base que la transferencia debe ser entendida e interpretada. Existe una tendencia a tomar contacto con los otros de forma intensa, pese al aislamiento defensivo, y es por esto, que la transferencia debe ser interpretada, lo mismo que la angustia que determina el alejamiento del mundo de objetos.

Es de resaltar como muchos autores coinciden en que la psicosis tiene que ver con los estadios pregenitales del desarrollo y con los primeros años de la vida. Existen diversas explicaciones tanto en lo teórico como en el abordaje práctico. Durante el desarrollo de este trabajo se hará una revisión de lo planteado por Melanie Klein y W. Bion desde los aspectos teóricos y sus aportaciones a la técnica de Herbert Rosenfeld; donde se coincide en pensar que la relación de objeto se establece desde un inicio y que sin ella no hay vida mental.

Durante los años 20 existía la discusión entre lo planteado por Klein y colaboradores desde Londres y en Viena con Anna Freud. Por otro lado también

Searles, Malher y Winnicott, plantean que el desarrollo parte de un momento en que sujeto y objeto no están diferenciados y existe, por tanto, una etapa de narcisismo primario.

Dentro de la teoría Kleiniana el punto de partida de esta investigación es el análisis de un niño de 4 años con un desarrollo mental de no más de 18 meses y que había sido diagnosticado con demencia precoz<sup>17</sup>. Klein utilizó su técnica de juego, interpretando así las fantasías sádicas del niño frente al cuerpo de la madre y la escena primaria, dando solo los nombres de papá, mamá y Dick a los coches de juguete para poner en marcha la situación analítica. A partir de los descubrimientos en este caso, Klein propuso una nueva teoría del símbolo y de la psicosis, no menos que una técnica para abordarla con instrumentos estrictamente analíticos<sup>18</sup>.

Fueron los discípulos de Melanie Klein y no ella quien en los últimos años de la década de los 40 trataron formalmente a pacientes psicóticos empleando la técnica clásica.<sup>19</sup> Así como Klein sostenía que en el niño no menos que en el neurótico debe interpretarse imparcialmente la transferencia negativa y la positiva sin tener que recurrir a medidas pedagógicas o de apoyo, la misma actitud se adoptará con el psicótico, sin temer que el análisis de la agresión pueda entorpecer el tratamiento o perjudicar al paciente.

---

<sup>17</sup> Actualmente, quizá sería diagnosticado con autismo precoz infantil.

<sup>18</sup> En el capítulo II se ampliara lo propuesto por Klein en tanto la teoría del símbolo y de la psicosis.

<sup>19</sup> Esto es, permitiendo el desarrollo de una “psicosis de transferencia” y analizándola sin parámetros.

Un punto de referencia y bajo esta denominación se han englobado distintos y heterogéneos movimientos críticos y de oposición a la comprensión de la enfermedad mental (especialmente de la psicosis esquizofrénica) y las estrategias terapéuticas correspondientes establecidas por la psiquiatría oficial del Primer Mundo, con tres lugares especialmente relevantes: Estados Unidos, Inglaterra e Italia. Las motivaciones, objetivos y formas de dichos movimientos han sido distintos en el caso de cada país de hecho, la denominación misma de antipsiquiatría no fue compartida por sus protagonistas, ya que la propuso y usó solamente David Cooper (1967), pero tuvo éxito de difusión suficiente para, desde el exterior, englobar a todos.

En Italia, con los Basaglia (1968) a la cabeza, el movimiento de oposición a la psiquiatría oficial se inscribió como parte de las reivindicaciones sociales en las grandes luchas de la izquierda, en particular las del Partido Comunista Italiano. Su propuesta central fue la desinstitucionalización del enfermo mental, medida de fuerte contenido humanista y amplios cambios organizativos en los servicios psiquiátricos de esa época y en las ulteriores. En sus escritos predomina el énfasis político y sociológico, con limitaciones propias del desinterés en los aspectos biológicos y psicológicos de la psiquiatría.

Se habla de la Antipsiquiatría, que al inscribirse en un proyecto político, apunta a la desmistificación del papel que la sociedad le hace desempeñar a la psiquiatría. La antipsiquiatría objeta la obligación de la atención médica y sostiene que la norma de adaptación que se dicta en la actualidad sobre los enfermos mentales en realidad introduce un riesgo de encerrarlos en un matiz distinto de un sistema

represivo, de alguna forma más arbitraria que una decisión de la “justicia”, a la que es posible apelar.

Así, la antipsiquiatría parte de la creencia de defender al loco contra la sociedad. Busca crear lugares de recepción de la locura, lugares concebidos a la vez como un refugio contra una sociedad opresiva y un desafío respecto de las estructuras médico-administrativas que desconocen la verdad y el poder de cuestionamiento que se desprenden del discurso de la locura. La antipsiquiatría, cuestiona de forma radical a todas las instituciones psiquiátricas, intenta crear un lugar donde sea posible volver a interrogar a la enfermedad mental, según los criterios que parten de ciertas concepciones científicas (Fedida, 1968).

La antipsiquiatría, rechaza toda idea de reforma institucional: reivindica la necesidad de un cuestionamiento radical de las estructuras económicas y políticas que han llevado al nacimiento de las instituciones alienantes. “El movimiento antipsiquiátrico fue expresión del conflicto político entre dos enfoques psiquiátricos: el organicista y el psicoanalítico, en su pelea por detentar el poder gremial y el prestigio ante el público, con la demanda consecuente de lograr una mayor eficacia profesional en un campo especialmente carenciado”.<sup>20</sup>

Por otro lado, se encuentra la teoría propuesta por Jacques Lacan y que es de importancia mencionar pues resulta un referente a lo que diversos autores han dicho respecto a la Psicosis, ya que para Lacan la psicosis deviene por una falla en el lenguaje y dicha falla, afirma, es una condición para diagnosticar la psicosis.

---

<sup>20</sup> M. Campuzano (2004) La Antipsiquiatría y su contexto histórico, Revista Subjetividad y Cultura. No. 22, Octubre del 2004.

El primer abordaje Lacaniano frente al psicoanálisis es por el camino de las psicosis, esto propuesto por lo desarrollado en el caso Aimeé en 1932. La psicosis forma parte de una de las tres estructuras clínicas, caracterizada por la operación de la *Forclusión*<sup>21</sup>. En esta operación el Nombre del padre<sup>22</sup> no es integrado en el universo simbólico del psicótico, que resulta en un agujero que es dado en el registro simbólico. Lacan dijo “En el psicótico el inconsciente está presente pero no funciona”. De tal forma que en la estructura psicótica se puede ver una disfunción del complejo de Edipo, una falta en la función paterna, donde ésta se reduce sólo a la imagen del padre (lo simbólico reducido a lo imaginario). Por otra parte, en el psicoanálisis Lacaniano es importante distinguir entre psicosis y fenómenos psicóticos, tales como el delirio y la alucinación. Para que un fenómeno psicótico se presente deben haber dos condiciones del sujeto: debe tener una estructura psicótica y el Nombre del Padre tiene que ser “llamado en oposición simbólica al sujeto”, si esto sucede, la psicosis esta de forma latente en el sujeto.

En la teoría Lacaniana se afirma que la técnica psicoanalítica no puede aplicarse a psicóticos, ya que, el uso del diván y la asociación libre pueden desencadenar una

---

<sup>21</sup> Forclusión. En la teoría Lacaniana hace referencia a un mecanismo específico de la psicosis por el cual se produce el rechazo de un significante fundamental, expulsado fuera del universo simbólico del sujeto. Cuando se produce esta recusación, el significante forcluido no está integrado en el inconsciente, como en la represión, y retorna en forma alucinatoria en lo real del sujeto.

<sup>22</sup> Nombre del Padre: significante fundamental que permite que la significación proceda. Este significante fundamental otorga identidad al sujeto (lo nombra, lo posiciona en el orden simbólico) y también significa la prohibición Edípica, el “no” del tabú del incesto. Lacan representa el Complejo de Edipo en base a una metáfora (paterna) en la que un significante (Nombre-del-Padre) reemplaza a otro (deseo de la madre).

psicosis latente. Sin embargo, la psicosis puede ser trabajada por el psicoanálisis Lacaniano al cambiar el método, afirmando que hay que concentrarse en el orden simbólico, pues este es el elemento determinante de la psicosis: el agujero en el orden simbólico causado por la Forclusión y el consiguiente “aprimionamiento” del sujeto psicótico en lo imaginario.

Tratando de seguir el hilo conductor de este apartado, resulta conveniente pasar así a un concepto “puramente psicoanalítico”, este es el de la transferencia y que permitirá hacer un puente teórico conveniente para el desarrollo en la presente investigación.

**“Quién no pierde la razón por ciertas cosas, ninguna razón tiene que perder”**

**Freud. S. Manuscrito H “Paranoia” 1895.**

## **CAPÍTULO II. EL CONCEPTO DE TRANSFERENCIA.**

### **2.1 PRIMERAS APORTACIONES DEL CONCEPTO DE TRANSFERENCIA.**

Sin duda, la formación del trabajo psicoanalítico se debe en lo esencial a la evolución de nuestro conocimiento de la naturaleza de la transferencia. Los mayores progresos en este campo proceden de los descubrimientos que hizo Freud (1905), puesto que, en toda definición de la técnica psicoanalítica debe figurar como elemento central el análisis de la transferencia. Sin embargo, al igual que en todo nacimiento la red ya había sido tejida previamente y es de ahí donde parte la importancia de realizar el presente recorrido histórico, con el fin de que el lector pueda ir adentrándose a los núcleos centrales de la presente investigación.

Antes de las aportaciones de Freud, existieron diferentes procedimientos que trataban una gran variedad de síntomas y para entonces era algo inevitable y complicado poder conceptualizar el matiz particular que se ponía en evidencia en la relación del ejecutante y el receptor de los tratamientos, ahora, es posible afirmar que ya en estos procedimientos había transferencia, presentándose de formas que fueran o no reconocidas, intervenían en el proceso de la cura.

Comenzando a hablar de Franz Anton Mesmer y su teoría del magnetismo animal, que a finales del siglo XVIII, desembocó en los primeros procedimientos técnicos

utilizados por Freud más de cien años después. Este, se insertó ahí donde la ilusión del hombre europeo conformaba aún la imagen de lo que se esperaba llegaría a ser el nacimiento de la nueva humanidad. Él postulaba la existencia de un fluido físico y universal que se encontraba distribuido en los seres humanos, este fluido fue llamado “magnetismo animal”. Partía de la idea de que cualquier interrupción de este equilibrio en la distribución del fluido podía ser un factor desencadenante de la enfermedad. Era así que a través de los tratamientos magnéticos, Mesmer pretendía restablecer la armonía perdida, y se sabía si eran exitosos o no por la desaparición de los síntomas. De igual forma pensaba que su tarea era provocar artificialmente crisis en los enfermos con el objetivo de que la “verdadera” enfermedad se manifestara, y de esta forma se restableciera el equilibrio del fluido universal.

La técnica consistía en lo siguiente: “Se sentaba frente al paciente manteniendo las rodillas en contacto con las de él, le aprisionaba los pulgares con las manos y le miraba fijamente a los ojos; luego le tocaba los hipocondrios y realizaba pases sobre sus miembros”<sup>23</sup>. Debido al éxito obtenido, implemento técnicas grupales por la alta demanda que tuvo en algunos lugares de Europa.

El discípulo más destacado de Mesmer fue el Marqués de Puységur, este hizo aportaciones importantes en el tratamiento magnético, uno de ellos fue lo que denomino el “sonambulismo artificial”, que posteriormente fue llamado hipnotismo por Braid. Puységur, descubre que los pacientes son capaces de confiar al

---

<sup>23</sup>H.F., Ellemberger (1970) El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la Psiquiatría Dinámica. Madrid: Gredos.

magnetizador problemas de los que se hablarían en el estado de vigilia. El marqués señaló que los tratamientos no debían finalizar con la desaparición de los síntomas, si no que la relación entre el magnetizador y el magnetizado debía concluir paulatinamente pues cualquier cambio abrupto acarrearía la reaparición de los síntomas y la enfermedad se agravaría. Es así como el vínculo terapéutico pasa a ser uno de los temas de mayor preocupación para los magnetizadores: uno de los sucesores de Puységur fue Deleuze, quien enfatiza que el fin primordial de todo tratamiento es la cura, la cual se alcanzará por la confianza que inspira en magnetizador y su voluntad de curar.

A partir de ahí, gente como De Villers, Faria, entre otros; destacan la importancia de los sentimientos recíprocos que se manifiestan durante el proceso de la cura, dejando ya de lado la acción de los fluidos. Faria, por su parte es considerado como uno de los iniciadores más importante de la Teoría de la Sugestión; “Faria inauguró la corriente animista: asimiló el “sueño lúcido” a un sueño natural parcial y lo atribuyó a la concentración del sujeto; el magnetizador sólo desempeñaba una función catalizadora, favoreciendo el desarrollo de fenómenos naturales”.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> V. Novoa. Psicoanálisis. Teoría y Clínica. México. 1999.

## **2.2. DESARROLLO DE LA TRANSFERENCIA A PARTIR DEL PSICOANÁLISIS.**

Es importante mencionar que la dinámica de relación terapéutica no encontraba todavía grandes modificaciones, puesto que persistía el vínculo entre la palabra autoritaria y los síntomas sofocados.

Así comienza a establecerse la Teoría del Hipnotismo introducida por Braid. Esta teoría cautiva la atención rápidamente de los médicos, intelectuales y científicos.

Un punto importante fue el hecho que había generado desconcierto en los Mesmeristas, el de la sexualidad que se hacía evidente en la relación entre magnetizador y magnetizado resultando algo ineludible y en ocasiones nada sencillo de soportar. Novoa señala en este contexto, la sexualidad, al no ser reconocida ni en el síntoma, ni en la transferencia fue uno de los inconvenientes ante los cuales la autoridad del magnetizador se mostró impotente de silenciar. Ante tal fracaso hubo muchas ocasiones en las que se llegó a actuar, puesto que el agente de la cura terminaba siendo víctima de lo que él mismo había generado.

Así Liébeault, fundador de la escuela de Nancy añade a la técnica hipnótica de Braid algunos procedimientos utilizados por Faria, hacía que el sujeto fijara en él su mirada para ordenarle dormir. Durante su práctica y estudio Liébeault llegó a la conclusión de que la sugestión es el punto clave del Braidismo.

Ya en 1882 Bernheim, profesor y médico de Nancy, observa uno de los tratamientos de Liébeault, estos lo impactan y queda convencido de las ventajas terapéuticas de la hipnosis, reafirmando así lo más contundente en los tratamientos es la sugestión. En 1886, Bernheim publica “De la sugestión y sus

aplicaciones terapéuticas”, el cual Freud Traduce en 1888. En este orden de ideas Charcot inicia su estudio de la hipnosis hacia 1878, y que a diferencia de Liébeault y Bernheim, este resalta y sigue la teoría fluidista y no la sugestión. Destacando así la importancia de los factores físicos durante la experiencia hipnótica.

La aproximación de se da gracias a los descubrimientos realizados por Burq, a través de lo que él llamó Metaloterapia, y que fue puesto a prueba en la Salpêtière antes de aceptar el hipnotismo como técnica terapéutica. A través de la metaloterapia se comprobó que “La acción de los metales sobre los síntomas patológicos, era variable según el metal, así como la posibilidad de transferencia de los síntomas de un sujeto a otra gracias a los imanes”<sup>25</sup> y que claro, para que esto ocurriera debía estar bajo un estado hipnótico. Señala Novoa, que no es “Fortuito que ahí donde vacilaba la confianza en la palabra, aparecían herramientas (metales, imanes, etc.), que vendrían a cubrir en “la realidad” el hueco abierto en el lugar en el que el fenómeno ya captado, aún no podía ser explicado”<sup>26</sup>.

Así en 1885 y 1886, Freud será testigo de este procedimiento terapéutico por primera vez frente a Charcot durante su estadía en La Salpêtière, comprendida durante este período. Esta visita sin duda marca en él efectos claros en tanto los terrenos neurológico, psicopatológico y técnico, sobre todo en la parte técnica. La

---

<sup>25</sup> Chertock, L. y de Sausure, R. (1980). Nacimiento del psicoanalista Vicisitudes de la relación Terapéutica de Mesmer a Freud. Barcelona, España: Gedisa.

<sup>26</sup> V. Novoa (1999) Psicoanálisis. Teoría y Clínica. Universidad Nacional Autónoma de San Luis Potosí, México.

consulta privada de Freud comienza a mediados de 1886 y la hipnosis la ejerce hasta finales de 1887, utilizando paralelamente los métodos tradicionales de la época para la cura de las enfermedades nerviosas: electroterapia, masajes y baños curativos. Aunque para Freud los resultados obtenidos no estaban acorde a los esfuerzos y lo que deseaba obtener. Por esto, en 1889, Freud viaja a Nancy para perfeccionarse en el manejo de hipnosis, bajo la enseñanza de Bernheim y Liébeault. Años más tarde él mismo relatará la experiencia "...Recogí las más fuertes impresiones acerca de la posibilidad de que existieran unos procesos anímicos que, empero, permanecerían ocultos para la conciencia del ser humano"<sup>27</sup>.

Al volver a Viena y reincorporarse a la consulta se da cuenta que este entrenamiento y preparación, no son lo suficiente para resolver las dificultades que se le presentan en el tratamiento con sus pacientes. Señala Novoa, que si Freud creía que los problemas habían sido por desconocer el manejo adecuado de la técnica hipnótica, pronto replantearía su idea centrando los obstáculos en la naturaleza de la técnica en sí y no en su manejo.

Con lo que hasta el momento se tenía, resultaba insuficiente como el estado hipnótico de los pacientes y la contrasugestión que se ejercía sobre los síntomas eran insuficientes para que los tratamientos resultaran exitosos, por lo que fue preciso recurrir a nuevos métodos. Freud lo hace ver en Estudios sobre la histeria

---

<sup>27</sup> S. Freud (1925) Presentación Autobiográfica, Obras Completas, Vol. XX, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu (1973).

en 1895, cuando al comienzo del caso Emmy afirma lo siguiente: “Era histérica, y con la máxima prontitud caía en estado de sonambulismo; cuando reparé en esto, me resolví a aplicarle el procedimiento de Breuer sobre el historial de curación de su primera paciente. Fue mi primer intento de manejar este método terapéutico; yo estaba aún muy lejos de dominarlo y de hecho no llevé suficientemente adelante el análisis”<sup>28</sup>

Las transformaciones teóricas y técnicas fueron constantes en la búsqueda por resolver los fracasos encontrados en la creciente experiencia clínica de Freud, aunado a esto otros factores: Joseph Breuer había jugado un papel crucial como apoyo en la formación profesional de Freud, además de ser amigo y soporte financiero. Con el método catártico en lugar de limitarse a contrasugestionar el síntoma se le empezaba a escuchar mediante la palabra del paciente. Así, se hizo necesario que el paciente se remontara a su pasado para descubrir el origen del mismo, y que siempre estaba ligado a un hecho traumático que por su intensidad para la vida psíquica quedaba fuera de las representaciones conscientes.

A diferencia de Bernheim, para Breuer era necesario que el paciente se encontrara en estado hipnótico. Al realizar este seguimiento retrospectivo, que el médico hacía sobre el discurso del paciente, llegaba el momento en que al aproximarse al trauma o llegar a él se producía la abreacción, es decir una

---

<sup>28</sup> S. Freud (1895) “Estudios sobre la histeria”. En Obras Completas, Vol. I Buenos Aires, Argentina: Amorrortu 1973.

descarga emocional que acompañaba a la recuperación del recuerdo doloroso. Una vez logrado este propósito el síntoma ya no tenía razón de existir.

Es importante resaltar que además de combinar el hipnotismo y la sugestión, este método contemplaba otro factor, la escucha, es así que esta vino a mostrar que la relación terapéutica ligada a la palabra tenía un valor en sí misma, hecho que hasta entonces había sido parcialmente reconocido desde Mesmer hasta Breuer o podría decirse que prácticamente ignorado.

Así con el vínculo hipnosis-catarsis Freud tampoco obtiene el éxito tan esperado en sus tratamientos, pues la eficacia de su uso sólo reportaba mejorías pasajeras. Entre las dificultades que enfrentó, están las siguientes: con respecto a la hipnosis, “No eran hipnotizables todas las personas que mostraban síntomas inequívocamente histéricos y en los cuales, con toda probabilidad reinaba el mismo mecanismo psíquico”<sup>29</sup> Así pues, con relación al método catártico Freud afirmaba: “...Que hasta los mejores resultados quedaban de pronto borrados cuando se enturbiaba la relación con el paciente. Es verdad que se restablecía cuando se hallaba el camino de la reconciliación, pero uno quedaba advertido de que el vínculo afectivo personal era más poderoso que cualquier trabajo catártico, y ese factor, justamente, no podía ser gobernado”<sup>30</sup> Es en este punto donde la

---

<sup>29</sup> S. Freud (1895) Estudios sobre la histeria, En Obras Completas, Vol. I Buenos Aires, Argentina: Amorrortu 1973.

<sup>30</sup> S. Freud (1925) Presentación Autobiográfica, Obras Completas, Vol. XX, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu (1973).

transferencia se encontraba ya captada, pero aún no teorizada, sin embargo ya efectuaba sus primeras consecuencias en el pensamiento freudiano. De ahí que Freud abandono el método catártico e inició la búsqueda de una técnica más adecuada.

De forma disfrazada desde el mesmerismo se hacía mención de la transferencia, vista como el “factor imposible de dominar”, a tal punto que provocó la imposición autoritaria, el temor, la irritación, la evasión, pero también la excitación y la actuación. Un factor siempre presente es lo erótico y a Freud le toco vivir lo suyo: “Un buen día hice una experiencia que me mostró bajo una luz brillante lo que venía conjeturando desde tiempo atrás. Me encontraba con una de mis pacientes más dóciles, en quien la hipnosis había posibilitado notabilísimos artilugios; acababa de liberarla de su poder reconduciendo un ataque de dolor a su ocasionamiento, y hete aquí que al despertar me echó los brazos al cuello. El inesperado ingreso de una persona de servicio nos eximió de una penosa explicación, pero a partir de entonces, en tácito acuerdo, renunciemos a proseguir el tratamiento hipnótico. Me mantuve lo bastante sereno como para no atribuir este accidente a mi irresistible atractivo personal, y creí haber aprehendido la naturaleza del elemento místico que operaba en la hipnosis. Para eliminarlo, al menos aislarlo, debía abandonar esta última”<sup>31</sup>. Así, en lugar de ignorarla o aniquilarla, Freud hace frente a “la relación personal afectiva”-amor y sexualidad- se hace su servidor para después servirse de ella.

---

<sup>31</sup> Ibid.

La sugestión junto con la hipnosis son abandonadas por Freud en 1892. Para el otoño de ese año, trata a Elizabeth Von. R. usando la técnica de la concentración mental en la que la paciente tenía que permanecer con los ojos cerrados; en caso de encontrar obstáculos para que aparecieran los recuerdos, Freud presionaba la frente del paciente con su mano. Esta condición de la presión en la frente fue utilizada por él hasta 1896, mientras que la condición de los ojos cerrados duro hasta 1904, lo único que permaneció constante fue la posición recostada sobre el diván.

El término de “transferencia” hace su aparición por primera vez en Estudios sobre la histeria, ubicado en el contexto de la relación terapéutica, en el capítulo “Sobre la psicoterapia de la histeria” en 1895; sin embargo, de acuerdo con otros autores (Chertok y Sausurre), hizo dicho descubrimiento en junio de 1892, siendo de tal importancia que “despejó en Freud la última inhibición antes de afirmar el carácter sexual de las neurosis”.<sup>32</sup>

En diciembre de 1892, Freud envía una carta a su amigo Fliess anunciándole su descubrimiento sobre la etiología sexual de las neurosis. La relación transferencial y los novedosos conceptos descubiertos, serían dos aspectos que tomarían un camino muy distinto en la relación con Fliess a diferencia de lo sucedido con Breuer. Desde el inicio la relación Freud-Fliess se caracterizó por un intercambio de ideas importante y un fuerte lazo de amistad, pero además existían otros factores que se involucraron en dicha relación: el importante papel del vínculo

---

<sup>32</sup> Chertock, L. y de Sausurre, R. (1980) Nacimiento del psicoanalista. Vicisitudes de la relación Terapéutica de Mesmer a Freud. Barcelona, España: Gedisa.

terapéutico en los tratamientos, a la par de la creciente importancia que la sexualidad cobraba en la determinación de los casos estudiados por Freud. Justo por los momentos que pasó, no sólo en lo científico o en lo social, es importante dar cuenta de la transferencia masiva que ese depositó en Fliess a raíz de la muerte de su padre y la ruptura con Breuer.

Cabe resaltar, también, el período entre 1896-1897, debido a la importancia de la posición de Freud frente al psicoanálisis. Con la muerte de su padre, comienza su autoanálisis, llevado a cabo por la interpretación de sus sueños y siendo Fliess su interlocutor.

En la medida que avanza en su investigación sobre los sueños, se propone aislar en “elemento místico” para saber lo que sucede en la relación analítica. Las ideas que Freud tuvo sobre el concepto de transferencia y su preocupación por esto, fue constante como puede observarse a lo largo de su obra, sin embargo es en los siguientes textos de su obra donde pueden denotarse los aspectos importantes en tanto transferencia: estudios sobre la histeria, La interpretación de los sueños y Fragmentos de análisis de un caso de histeria (comprende un período de 1895 y 1905).

En Estudios sobre la histeria (1895), Freud se cuestiona respecto al motivo que tienen sus pacientes para desconocer los orígenes de sus malestares, esto porque se había encontrado que las causas a las que los pacientes atribuían su estado no eran más que razones que justificaban y enmascaraban otras que sí estaban vinculadas a su padecer.

Con esto, Freud hacía referencia al recorrido necesario que tenía que hacerse para llegar a los núcleos del malestar, esto por medio de rodeos difíciles de evitar y que fueron vistos en un inicio como enlaces falsos y que fueron definidos de la siguiente forma por Freud: “Parece haber una necesidad de poner fenómenos psíquicos de lo que uno se vuelve consciente en un enlace causal con otro elemento consciente. Toda vez que una causación efectiva se sustrae de la percepción de la conciencia, se ensaya sin vacilar otro enlace en el que uno mismo cree aunque es falso. Es claro que una preexistente escisión del contenido de conciencia no puede menos que promover al máximo semejantes enlaces falsos...”<sup>33</sup> En el origen de estos enlaces falsos se encuentran dos factores, por un lado la desconfianza al médico, y por la otra la escisión de la conciencia. Cuando Freud incursiona en el papel que juega la sexualidad en la determinación del síntoma, da cuenta que el común denominador de las razones afectivas se encuentran ligadas con la sexualidad infantil. Lo que le permite replantear de una manera importante la teoría y la práctica en los tratamientos de la época. De ahí la importancia que Freud coloca en la liberación de lo que había sido atrapado en el cuerpo por medio de la palabra. La palabra presente tiene una función esencial en la cura, colocando el núcleo del tratamiento psicoanalítico en el campo del deseo y la palabra.

El deseo, puesto en la palabra, el lenguaje, resulta de los extravíos, las uniones inadecuadas; el analista jugado en el deseo que da como resultado las

---

<sup>33</sup> S. Freud (1895) Estudios sobre la histeria, En Obras Completas, Vol. I Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. 1973.

transferencias. Apropiándose de la persona del analista; “La transferencia sobre el médico acontece por enlace falso”<sup>34</sup>. Así, Freud comprende que el discurso de sus pacientes esta colmado de desvíos y equívocos y que estos no son casuales, y que a su vez están puestos de una forma confusa, cuyo desciframiento paulatino dirige el tratamiento hacia puntos clave. De esta forma el concepto de la transferencia comienza a ser conceptualizado psicoanalíticamente.

En cuanto a los procesos oníricos que atañen directamente a la transferencia puede verse a través de la metonimia<sup>35</sup> la transferencia y el desplazamiento de intensidades psíquicas continúan movilizándolo el deseo, que pasando de una a otra representación escapa la vigilancia de la censura. Así pues la combinación y el traspaso de intensidades psíquicas entre representaciones, son en un primer momento lo que da sentido al concepto de transferencia para Freud. La transferencia es conceptualizada como “El modo de encuentro según el cual una representación rechazada, reencuentra el obstáculo de la censura y “transfiere” sobre una representación preconscious poco investida su intensidad pulsional. Esta representación preconscious poco investida tendría desde ahora la carga de representar a la moción pulsional inconsciente” (Citado en Novoa, 1999).

En 1905, se publica lo que originalmente fue llamado Sueños e histeria, trabajo donde la relevancia conceptual esta en el papel que la sexualidad cobro en los

---

<sup>34</sup> Ibid.

<sup>35</sup> Etimológicamente el término metonimia significa cambio de nombre, esta figura se elabora según un proceso de transferencia de denominación mediante el cual un objeto es designado por un término diferente del que habitualmente le es propio. Pero esta transferencia solo es posible si existen ciertos vínculos entre los dos. Relación de contigüidad que solo puede ser manifiesta por medio de asociaciones.

escritos de Freud y que puede apreciarse en “los tres ensayos”. Aquí, el caso Dora es fundamental puesto que aunque el tratamiento fue incompleto, destaca la importancia central del enlace que se establece posteriormente a los síntomas, los sueños y la transferencia. Y es en este trabajo donde por primera vez llama la atención el papel de la transferencia en el proceso de cura, y la importancia que ahora tiene el papel de la transferencia sobre los síntomas. El progreso o retraso de la cura no está basado en la desaparición de los síntomas sino en la relación con el analista y el paciente.

Al comienzo del siglo XX las transferencias se convierten en un enigma a descifrar en el proceso terapéutico. El concepto de “transferencias” pasa al singular “transferencia”, esto debido a la extensión que el concepto alcanzó y la dificultad de trabajarlo con otros elementos técnicos. Con esto, la transferencia de la que es objeto el analista, pasa a ser un elemento desconocido y difícil para el análisis, generando que sea un punto complicado de dilucidar en el análisis y generando que las construcciones, la rememoración y la adivinación encuentren obstáculos para esclarecerse.

Posterior al análisis del caso Dora, Freud da cuenta de que la transferencia lo rebasa, puesto que ésta creció a pasos agigantados en comparación a lo que él podía descifrar y aclarar. Dándose cuenta de que el enigma tiene una duración precisa y que si no se ubica oportunamente, no habrá ya otro momento para hacerlo. La transferencia pasa a determinar el tiempo de la interpretación, se convierte en una condición fundamental para que crear en “El enfermo la

sensación de convencimiento en cuanto a la corrección de los nexos construidos”.<sup>36</sup>

Las reflexiones posteriores al caso Dora respecto a las transferencias incluyen al analista, ofreciendo un espacio privilegiado y al mismo tiempo oscuro, para que desde su lugar de inscripción psíquica, éste cuente con la posibilidad de escuchar, vislumbrar y comunicar. La transferencia no podía, pues, ser conceptualizada únicamente como un fenómeno facilitador. Por ello, “La transferencia destinada a ser el máximo escollo se logra colegirla en cada caso y comunicarla y traducirla al enfermo”.<sup>37</sup>

La transferencia está ligada al concepto de repetición. Freud define a las transferencias como: “Son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo género es la sustitución de una persona anterior a la persona del médico”. Agregando que: “Toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como un vínculo actual con la persona del médico”.<sup>38</sup>

---

<sup>36</sup> S. Freud (1905) “Fragmento de análisis de un caso de histeria”, En Obras Completas, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. 1973. Vol. VII

<sup>37</sup> Ibid.

<sup>38</sup> Ibid.

Para 1900 Freud ya emplea en La interpretación de los sueños la palabra transferencia para dar cuenta del proceso de elaboración onírica. El siguiente paso hacia delante es el trabajo de Ferenczi, titulado: “Introyección y transferencia” (1909), ahí menciona que la situación de transferencia se presenta en los neuróticos no sólo en la situación analítica sino en cualquier otra parte. Es en este trabajo donde puede constatarse la concepción de la transferencia que más adelante establecería Melanie Klein.

De acuerdo a la revisión que realiza Greenson (1989), se rescatan los siguientes datos de importancia histórica en cuanto al concepto de la transferencia:

En el artículo de Freud sobre “la dinámica de la transferencia” (1912), se profundiza más en el discernimiento de la transferencia. Es a partir de aquí que el análisis de la transferencia se convirtió en un elemento central del proceso terapéutico. Con respecto a esto Freud menciona que: “La más fuerte resistencia al tratamiento es la transferencia, pues se encuentra en cada momento del tratamiento” (p.101, V 12, 1912).

En el trabajo intitulado “Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico” (1912) resulta importante hacer mención la descripción que hace por primera vez de la contratransferencia y la necesidad del analista de “purificación psicoanalítica”. De manera que el médico debe permanecer impenetrable para el enfermo y no mostrar, como un espejo más que aquello que le es mostrado.

En “Recuerdo, repetición y elaboración” (1914), Freud examinaba con cierto detenimiento la tendencia del paciente al acting out en la situación de transferencia. Ahí, Freud habla de la neurosis de transferencia es un artificio del

tratamiento y reemplaza la neurosis ordinaria del paciente. Misma que es susceptible de curarse por la labor analítica.

Es importante mencionar, las “Observaciones sobre el amor de transferencia” (1915), por dos razones: porque es aquí que se menciona por primera vez “la regla de la abstinencia”, y porque habla sobre el amor de transferencia.

Así en “Más allá del principio del placer”, (1920) Freud expone un cambio que resulta fundamental en cuanto a sus ideas teóricas sobre la índole de los fenómenos de transferencia.

Glover en 1928, realiza la primera descripción clínica sistemática de algunos de los problemas típicos de la formación y resolución de las neurosis de transferencia y las resistencias a la transferencia.

Los trabajos técnicos de Sharpe (1930), aclararon la importancia que tiene el analizar los fantaseos del paciente en relación con el analista.

En “Análisis terminable e interminable” (1937), examina Freud hipótesis controvertidas respecto a la transferencia.

En el libro de Fenichel (1941), sobre la técnica, se revisa en lo esencial en forma muy condensada, sistemática y completa, la base teórica de la técnica psicoanalítica.

En “*The development of the transference*” (1950), la aportación sobresaliente de Malcapine es en el sentido de cómo la situación analítica toma disposición de la transferencia de los pacientes.

Así en el libro de Greenacre (1954), “*The role of transference*”, da ideas sobre el origen de la transferencia.

El análisis que hace Zetzel (1956), es de importancia mencionarlo por la contribución de la “alianza terapéutica” respecto a dicho tema.

En 1956, Spitz profundiza en el conocimiento de cómo el ambiente analítico hace revivir algunos de los aspectos de la relación madre-hijo.

Winnicott (1956), pone de relieve las modificaciones de técnicas que los pacientes que no tuvieron suficiente cuidado maternal requieren en los primeros meses de vida.

Loewald (1960), en “Acción terapéutica del psicoanálisis” examina ciertos elementos no verbales de la relación de transferencia.

Stone (1961), en *The Psychoanalytic situation* hace referencia a las satisfacciones necesarias, la intención terapéutica del analista y su interés en las diversas relaciones existentes entre analista y paciente que representan un avance importante en la teoría y técnica psicoanalítica.

En 1995, Velasco, menciona a su vez que en 1912, Freud dio la definición inicial de transferencia, y estableció entonces las pautas de manejo y los principios e importancia de la alianza de trabajo y del vínculo terapéutico. Menciona también que es en 1914 que Freud da el manejo técnico del amor de transferencia y los primeros desarrollos de la contratransferencia.

Avila (1994), describe que en el lenguaje común “transferir” es pasar o llevar una cosa de un lugar a otro. Y es precisamente en esto que estriba la actividad de la transferencia, en trasladar ciertas emociones, vivencias y reacciones. De un lugar a otro, de un tiempo (pasado) a otro (presente), en el devenir del propio curso vital. La idea, entonces es que cuando se produce la transferencia una persona se sitúa

en su presente de un modo mediatizado por su pasado. El concepto de transferencia escribe algo que es bastante obvio en sí mismo: Es imposible vivir sin el influjo constante de la propia historia.

A lo largo de lo descrito anteriormente se espera tener una idea un tanto más completa en cuanto a dos conceptos importantes en esta investigación y que si bien se pretende solo ubicar al lector y no pretender abarcar todos y cada uno de dichos momentos históricos, que por la gran relevancia y complejidad abarcaría, si se pretende contextualizar el tema que compete en este desarrollo conceptual para adentrarse en el siguiente apartado en una tarea no menos sencilla como lo es tratar de esclarecer y revisar más a fondo los conceptos desarrollados por Melanie Klein y Wilfred Bion, con el fin de tener una idea más clara respecto a la transferencia en pacientes psicóticos.

*“En muchos trastornos psicóticos, hay una persona normal*

*Oculto en algún rincón de la mente del paciente.”*

*S. Freud. Esquema del Psicoanálisis.*

## **CAPITULO III. EL FENÓMENO DE LA TRANSFERENCIA EN LA PSICOSIS.**

### **3.1. TRANSFERENCIA PSICÓTICA.**

Es menester iniciar el trabajo de este capítulo, haciendo una recapitulación del concepto en sí de transferencia psicótica, esto, a manera de introducción a lo que será el desarrollo de ideas correspondientes a este apartado.

Con lo revisado en el capítulo anterior, no es de sorprenderse que el desarrollo conceptual de la clínica de la neurosis se desarrolle en una línea ascendente, con cierta consistencia que ha permitido, sin duda, el actual refinamiento técnico y teórico, no obstante, las ideas y técnicas en el psicoanálisis correspondiente a la psicosis han evolucionado de forma no tan precisa, con saltos y pausas, pero que sin duda son de interés para la clínica actual y en especial para la presente investigación.

Actualmente y gracias al desarrollo teórico y conceptual de la Psicosis, se sabe que existe la transferencia en los pacientes psicóticos, pero dicha afirmación lleva, pues, al siguiente cuestionamiento: ¿Desde dónde y cómo se transfiere? Es un hecho conocido que en la clínica psicoanalítica la transferencia en la Psicosis no

sigue el modelo de funcionamiento de la neurosis de transferencia descrita por Freud, como se vio en el apartado anterior.

Lo que es cierto, es que la psicosis de transferencia puede considerarse una forma de reordenamiento de los síntomas psicóticos durante el tratamiento psicoanalítico en donde puede lograrse una forma de expresión descrita de manera intensa, primitiva, voraz, simbiótica y masiva. Cuya característica particular de la transferencia psicótica esta la forma tan directa de presentarse, por momentos de forma abrumante e incontenible debido al empuje emocional y por el delirio que envuelve la figura del analista.

Otra característica de la transferencia psicótica se encuentra en el acceso del proceso que dirige la conducta, el pensamiento y en consecuencia la relación analítica. Aquí se encuentra la gran dificultad que ha implicado a través del tiempo el trabajo analítico con pacientes psicóticos. El material transferido corresponde principalmente a carencias afectivas, particularmente en relación con la madre. Por otro lado, el narcisismo imprime un sello particular en la relación transferencial; en la base de los delirios se observa la omnipotencia exagerada, donde los mecanismos de idealización, desvalorización y minimización dificultan la relación de transferencia, así, mismo las ideas sobrevaloradas operan a manera de resistencias.

Otro rasgo característico de la transferencia psicótica es la presencia del odio, que al igual que el amor, se presentan extremadamente intensos. Sin duda, es importante, considerar la transferencia negativa hostil, la cual es pronunciada al

inicio del tratamiento. Lo mencionado anteriormente tiene la finalidad de crear un panorama general que resulta importante tomar a consideración.

Para E. Pichon-Riviere (1952) la situación transferencial del psicótico es caracterizado por la aparición de neurosis, caracteriopatías y psicosis de transferencia, aunque considera que si las reacciones transferenciales son tumultuosas y más imprevisibles que las de los neuróticos, se debe a los inevitables errores del analista.

Por otro lado, J. Bleger (1967) hace una descripción de la psicosis de transferencia como masiva, invasora, precipitada, tenaz y lábil. Sosteniendo la existencia de una situación original de indiferenciación que determina lo que llama el objeto aglutinado. Dicho objeto se discrimina en el curso del desarrollo. De acuerdo con Bleger, siempre quedará dentro de la personalidad una parte no discriminada (ambigua) que constituirá la parte psicótica y que entrará en un permanente juego con la parte neurótica o discriminada, dando lugar a diversas sintomatologías.

H. Etchegoyen (1986) ofrece una revisión en “Los fundamentos de la técnica Psicoanalítica”, al estudio de la psicosis de transferencia.

En su ponencia de 1992 del I Simposio de Madrid sobre Transferencia y su interpretación, Grinberg, señala: “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”.

Ahora bien, la transferencia delirante, la psicosis de transferencia y su manejo terapéutico ha sido ampliamente aceptado, ya anteriormente se mencionó que otros psicoanalistas han analizado o analizan psicóticos, por ejemplo los británicos: Los seguidores de Melanie Klein, H. Rosenfeld, W. Bion y H. Segal, son de particular interés para este trabajo. Estos autores sostienen la posición de que una parte de la personalidad de los pacientes psicóticos tiene una organización y funcionamiento no psicótico a la que generalmente se le denomina parte neurótica.

### **3.2. TRANSFERENCIA PSICÓTICA EN MELANIE KLEIN.**

En general, la obra de Melanie Klein ha suscitado polémicas, controversias y desavenencias dentro del campo psicoanalítico. En su momento se vivieron duros enfrentamientos con sus opositores a sus ideas y conceptos planteados, en la clínica actual es de gran valía y reconocimiento lo que Klein aportó al desarrollo del marco teórico psicoanalítico. Uno de los campos más importante y con mayor influencia y aportación, en cuanto a las ideas desarrolladas por Klein, es el de las Psicosis.

Desde los orígenes más remotos, la dirección psicoanalítica kleiniana tiene una inclinación hacia temas referentes al terreno de las patologías severas. Entre los antecedentes que retoma Klein están dos pioneros del psicoanálisis: Sándor Ferenczi y Karl Abraham. Ambos autores están íntimamente ligados con el estudio de la psicosis y sus referentes. Para Melanie Klein ejercieron una influencia

importante no sólo en su pensamiento y desarrollo teórico sino también en su vida y su destino, puesto que ambos fueron sus analistas y mentores. Así, en sus escritos, se observan muchas ideas, mezcladas, ampliadas y desarrolladas que le permitieron retomaron un nuevo desarrollo y elaboración en lo descrito en el psiquismo temprano y en el psicoanálisis infantil.

Por su parte Ferenczi, de forma permanente y constante practicó el psicoanálisis de psicóticos enfocándose en el estudio de temas con relación a la psicosis, por mencionar algunos; el sentido de la realidad, las identificaciones pregenitales, la paranoia, el mecanismo y la función de introyección, las primeras relaciones madre-hijo, la escisión, la formación de símbolos, entre otros. Su principal objetivo de investigación fue la técnica psicoanalítica, asignando un gran valor a la transferencia, sobre todo a la contratransferencia, e intentó cambios que fueran posibles en el procedimiento analítico, con el fin de abordar la psicosis y crear un panorama más amplio en el contexto psicoanalítico.

Por otro lado, Abraham se interesó en la dinámica de la demencia precoz, la paranoia y la psicosis maníaco-depresiva, poniendo el énfasis en la explicación de la problemática psicótica. De ahí la importancia de la etapa oral en la determinación de la psicosis, la división en dos subetapas: oral primaria, erótica o de seducción, y oral secundaria, canibalista o sádica.

Abraham califica de preambivalente la primera etapa de la fase oral, en la que se sitúa el punto de fijación de la psicosis. Para este autor, la ambivalencia surge con la oralidad canibalista, que implica una hostilidad hacia el objeto. Igualmente,

resalta la importancia de la hostilidad, siendo este el elemento esencial en la producción de la psicosis y el narcisismo como base de la esquizofrenia. Subrayando tres nociones importantes: la envidia cuyo componente es el de la oralidad; de una depresión primaria; de la ambivalencia y de las relaciones objetales internalizadas.

El surgimiento de la obra de Melanie Klein, en lo teórico y lo técnico, abrió un campo de nuevas posibilidades al abordaje de patologías severas que hasta ese momento era difícil dentro del marco teórico del psicoanálisis. Por los conceptos innovadores y originales que planteó se pudo facilitar el ingreso al complejo mundo psicótico, puesto que se reconocieron aspectos arcaicos y profundos del comienzo de la vida, no investigados por nadie antes. Lo estudiado por Klein en el campo de la psicosis y el psicoanálisis de niños permitió la comprensión de muchos de los problemas planteados desde la psicosis misma.

Ahora bien, toda la obra de Melanie Klein contiene elementos valiosos que aportan a lo desarrollado en cuanto a la psicosis y que sin duda se constituyen como imprescindibles en el tema que ahora compete en esta investigación, por tanto he aquí de forma somera y sencilla lo que Klein abordó respecto al tema, sin una mayor pretensión más que la comprensión teórica y técnica del abordaje de la transferencia en pacientes psicóticos.

Es preciso iniciar el desarrollo de Melanie Klein, con el concepto de **fantasía** dentro de su teoría este concepto fue ampliamente criticado por diversas

corrientes psicoanalíticas, en relación a los **objetos internos**<sup>39</sup>. Dichos objetos internos no hacen referencia a “objetos” propiamente situados en el cuerpo o en la mente. Klein se refiere a las fantasías inconscientes que las personas hacen sobre lo que contiene. En la obra de Klein este concepto de fantasía amplió el concepto de Freud respecto de fantasía inconsciente y le dio una mayor relevancia.

Las fantasías inconscientes se encuentran siempre presentes y activas en todas las personas. Esto significa que su presencia no representa una enfermedad, ni afecta el sentido de realidad. Lo que si puede determinar el estado psíquico de una persona es el origen de las fantasías inconscientes y la relación de estas con la realidad externa. Para Klein la fantasía inconsciente es la expresión mental de los instintos y por consiguiente se encuentra presente desde el inicio de la vida. Es decir, que a cada impulso de vida le corresponde una fantasía, por ejemplo para comer, le corresponde una fantasía con respecto a satisfacer el deseo, algo comestible como el pecho; en otras palabras, se puede decir que a cada fantasía inconsciente le corresponde y se expresa un impulso instintivo.

Según Klein, la creación de las fantasías es una función del Yo, lo que esto implica es que el Yo, es capaz de crear relaciones objetales de forma primitiva impulsado por los instintos y la ansiedad. Así, la fantasía inconsciente determina la interpretación de la realidad, aunque no influye de forma directa. Por otro lado, la fantasía tiene también funciones defensivas, pues la gratificación que se obtiene de ella disminuye la frustración del mundo externo.

---

<sup>39</sup> *Objetos internos: Objetos introyectados en el Yo.*

El análisis de las relaciones objetales tempranas, tanto proyectivas e introyectivas, revela la fantasía de objetos introyectados del Yo desde la infancia temprana, esto se inicia por la introyección de los pechos ideales y persecutorios. En un primer momento se introyectan objetos parciales: el pecho y después el falo. Tiempo después se introyectan objetos totales: la madre, el padre, la pareja parental. Entre más temprana sea la introyección, más fantásticos son los objetos que se introyectan y más distorsionados están por lo que se ha proyectado en ellos. Así, en la medida en la que el desarrollo evoluciona y la realidad acrecienta, los objetos internos se aproximan más a las personas reales del mundo exterior.

Es preciso hacer aquí una aclaración pertinente para el desarrollo posterior de estas ideas, y es la idea de **posición**, Klein eligió este término para destacar que el fenómeno que estaba describiendo no era solamente una “etapa” o “fase” transitoria. Al respecto H. Segal (1979) aclara que: “Posición, implica una configuración específica de relaciones objetales, ansiedades y defensas, persistente a lo largo de la vida”<sup>40</sup>. De este modo Klein habla de dos posiciones, la depresiva y la esquizo-paranoide, que pertenecen a las fases del desarrollo. **La posición esquizo-paranoide** se caracteriza porque el bebé no es capaz de reconocer “personas”, sino que su relación es particularmente con objetos parciales, y por el predominio de la ansiedad paranoide y de procesos de

---

<sup>40</sup> H. Segal. Introducción a la obra De Melanie Klein. Buenos Aires, Argentina: Paidós. 1979.

**splitting**<sup>41</sup>. Cuando el bebé es capaz de reconocer a la madre de forma total, se encuentra en el comienzo de **la posición depresiva**, caracterizada por la relación con objetos totales y por el predominio de ambivalencia, integración, ansiedad depresiva y culpa.

Esto no significa que la posición depresiva reemplace por completo a la posición esquizo-paranoide; la integración no es total y las defensas que son generadas contra el conflicto depresivo producen regresiones a fenómenos esquizo-paranoides, de modo que el sujeto puede oscilar entre una y otra posición. La forma en la que se integran las relaciones objetales durante la posición depresiva establece la base de la estructura de la personalidad. Lo que sucede posteriormente en el desarrollo es que las ansiedades depresivas se modifican gradualmente.

Existen en todo sujeto ciertas ansiedades paranoides y depresivas que siguen siempre activas en la personalidad, pero cuando se cuenta con un Yo suficientemente integrado y además si durante la elaboración de la posición depresiva se estableció una relación relativamente firme con la realidad los mecanismos neuróticos van sustituyendo paulatinamente a los psicóticos.

El interés aquí será dar cuenta qué pasa si dicha integración no se establece del todo y la prevalencia de los mecanismos psicóticos permanecen en el sujeto.

---

<sup>41</sup> Dicho término puede ser traducido como escisión cuando no se especifica en cuantas partes el objeto o el Yo ha sido dividido. *Splitting* proviene del verbo *to Split*, que significa hender, partir, separar, dividir, desdoblarse, descomponer, etc.

Ahora pues, volviendo a la **posición esquizo-paranoide**, la ansiedad predominante es que el objeto u otros objetos persecutorios serán introducidos en el Yo y aniquilarán al objeto ideal y al Yo; por esto Melanie Klein denominó esquizoide a esta posición, ya que la ansiedad predominante es paranoide y el Yo y sus objetos son caracterizados por la escisión. Esta escisión permite al Yo emerger del caos y ordenar sus experiencias, el reordenamiento de la experiencia acompaña al proceso de escindir al objeto en uno bueno y uno malo, esto ayuda a ordenar el universo de las impresiones emocionales y sensoriales del niño y representa una condición previa para la integración posterior. Esto forma parte de lo que posteriormente será la capacidad de discriminar, cuyo resultado es el de la diferenciación temprana de lo bueno y lo malo. Asimismo, la escisión es también la base de lo que posteriormente será la represión.

De esta forma la **escisión**<sup>42</sup> es vinculada con la creciente idealización del objeto, el cual tiene el propósito mantenerlo alejado del objeto persecutorio y hacerlo vulnerable. La idealización extrema es vinculada también con la negación mágica omnipotente, esta puede ser negada completamente, cuando la persecución es muy intensa, la negación mágica se basa en la fantasía de aniquilar totalmente a los perseguidores. También puede utilizarse la negación omnipotente a manera de defensa contra la persecución excesiva a modo de idealización del objeto perseguidor y convertirlo en ideal.

---

<sup>42</sup> Escisión: puede implicar al yo y al objeto. La primera escisión se hace entre un Yo bueno y un Yo malo, y entre un objeto bueno y uno malo. La deflexión del instinto de muerte implica la escisión entre la parte que se siente conteniendo los impulsos destructivos y la parte que se siente conteniendo la libido.

La condición previa y necesaria para que la posición esquizo-paranoide de lugar de forma gradual y relativamente no perturbada a la posición depresiva, es que las experiencias buenas predominen sobre las malas. Los factores internos y externos contribuyen a dicho procedimiento y Klein considera la envidia temprana uno de estos factores que se encuentran presentes desde el nacimiento y afectan fundamentalmente las primeras experiencias del bebé.

La **envidia** consiste en la relación de dos partes en las que el sujeto codicia al objeto por alguna cualidad o posesión; siendo no necesario que algún otro objeto intervenga; la **voracidad**, por otro lado, tiene como consecuencia la destrucción del objeto, arruinando lo que este tenía de bueno, pero dicha destrucción es contingente y no logra el fin que se buscaba. El fin es en sí, adquirir lo bueno a toda costa.

Volviendo a la envidia, el objetivo de ésta es conseguir ser uno mismo igual de bueno que el objeto; pero cuando esto no se consigue, el objetivo se convierte en destruir lo bueno que posee dicho objeto para así suprimir la fuente de envidia y de esta forma conjugarse con la voracidad. Este aspecto nocivo de la envidia la convierte en destructiva para el desarrollo, pues transforma en malo el origen mismo de todo lo bueno, de la que el bebé depende, y por consiguiente impide que se realicen buenas introyecciones, puesto que la envidia, que surge del amor y la admiración primitivos, contiene un componente libidinal con menor intensidad que la voracidad y que se encuentra impregnada a su vez, del instinto de muerte.

Por tanto, si la **envidia temprana**<sup>43</sup> resulta muy intensa, interfieren con el funcionamiento normal de los mecanismos esquizoides, lo que conlleva a que no puedan mantenerse el proceso de escisión en un **objeto ideal**<sup>44</sup> y un **objeto persecutorio**<sup>45</sup>. Puesto que no es posible mantener dichas condiciones, la introyección del objeto y la identificación con él se ven seriamente comprometidas en el desarrollo. Los objetos destruidos son el origen de una incesante persecución y posteriormente, de culpa.

Por tanto, cuando el manejo de las ansiedades de los primeros meses de vida se logra de forma exitosa, esto lleva al bebé a organizar gradualmente su mundo a medida que los mecanismos de escisión, proyección e introyección le permiten ordenar sus percepciones y emociones y a separar lo bueno de lo malo, si dicho desarrollo resulta favorable, el bebé puede sentir cada vez más que su objeto ideal y sus pulsiones libidinales son predominantes sobre el objeto malo y sus pulsiones malas, con lo anterior y en compañía de la identificación con su objeto ideal, así como el desarrollo fisiológico y el crecimiento de su Yo, el bebé puede lograr defenderse a sí mismo y a su objeto ideal.

---

<sup>43</sup> Envidia temprana: El bebé la experiencia principalmente hacia el pecho que lo alimenta. Es posiblemente la primera manifestación externa del instinto de muerte, ya que ataca a lo que se siente como la fuente de vida.

<sup>44</sup> Objeto ideal (pecho, pene): es vivido por el bebé durante la posición esquizo-paranoide, como resultado de la escisión y de la negación de persecución. El bebé atribuye todas sus experiencias buenas, reales, fantaseadas, a este objeto ideal al que anhela poseer y con el que ansía identificarse.

<sup>45</sup> Objeto malo (persecutorio): es vivido como resultado de la escisión ocurrida durante la posición esquizo-paranoide. El bebé le proyecta toda su hostilidad y a su actividad atribuye todas las experiencias malas.

Aunando a lo descrito anteriormente en relación a la posición esquizoparanoide, de forma posterior a esta, Klein definió la **posición depresiva** a la fase del desarrollo en que el bebé reconoce a su madre, como un **objeto total**<sup>46</sup>, una persona total, unas veces buena otras mala; ausente o presente y a la que puede odiar o amar al mismo tiempo; asimismo reconoce a otras personas de su ambiente, como el padre, por ejemplo. Haciéndose esto posible, por la presencia de los instintos de vida y muerte, dirigidos al mismo objeto, presentándose así, la ambivalencia.

Sin duda, es de hacerse notar la importancia que denotan los mecanismos de la posición esquizo-paranoide, en particular la escisión y la identificación proyectiva, justo por la relevancia e interés para la comprensión del estudio de la transferencia en la psicosis.

De acuerdo a lo descrito por Hanna Segal (1964), las dificultades que se encuentran para estudiar las primeras fases del desarrollo normal aumentan enormemente ante fenómenos patológicos; cuanto más perturbado está el bebé, más se alejan sus experiencias de las que el observador adulto puede colegir por introspección.

Siguiendo a Segal; “Sabemos que en los primeros meses de la infancia yacen los puntos de fijación de la psicosis. Sabemos, además, que en la enfermedad

---

<sup>46</sup> Objeto total: hace referencia a la percepción del otro como persona. La percepción de la madre como objeto total caracteriza la posición depresiva. El objeto total es lo opuesto tanto al objeto parcial como de los objetos escindidos en partes ideales y persecutorias. La ambivalencia y la culpa se viven en relación con objetos totales.

psíquica se produce una regresión, no a una fase de desarrollo que fue en sí normal, sino a una fase en la que ya estaban presentes perturbaciones patológicas, que crearon bloqueos de desarrollo y constituyeron puntos de fijación<sup>47</sup>. Por tanto, resulta pertinente suponer que justo en la medida en la que el psicótico hace una regresión a los primeros meses de la infancia, este, regresa a una fase del desarrollo en la que ya se poseían rasgos patológicos.

Cuando se observa un desarrollo normal en la posición esquizoparanoide, la escisión entre los objetos buenos y malos y el Yo que ama y que odia, las experiencias buenas predominan sobre las malas. Esta condición resulta necesaria para que en estadios posteriores el desarrollo sea óptimo para la integración. El resultado de las perturbaciones de las percepciones que el bebé organiza por medio de procesos proyectivos e introyectivos, es la predominancia de las experiencias buenas con respecto de las malas.

De esta forma, los vínculos se atacan entre el Yo y el objeto, interno y externo, igual que con diversas partes del Yo, por ejemplo, el vínculo entre las funciones de pensar y sentir. Los vínculos que están presentes entre los objetos se convierten a su vez en objetos de ataques envidiosos, puesto que el bebé se siente a sí mismo incapaz de vincular y por tanto envidia particularmente la capacidad de los otros de establecer vínculos. Esto promueve que cuanto más se atacan los vínculos entre los objetos que se internalizan, se es menos capaz de volver a establecer vínculos por sí mismo, volviéndose más envidioso.

---

<sup>47</sup>H. Segal (1964) *Introducción a la obra de Melanie Klein*. México: Paidós.

Dichos vínculos percibidos entre los objetos son sexualizados de inmediato y el análisis con pacientes psicóticos demuestra que el bebé esquizoide presenta prematuras fantasías y experiencias genitales, una violenta envidia sexual y celos. Así, el Complejo de Edipo permanece en un nivel oral y es caracterizado por una intensa envidia de la relación entre los padres y no por los celos.

El aparato perceptual del bebé esquizoide está dañado, por tanto, se siente rodeado de objetos hostiles y desintegrados, sus vínculos con la realidad están cortados o resultan muy dolorosos, y su capacidad para establecer vínculos y de integrar se ha desbaratado. Como una forma de sobrevivencia del bebé en semejantes condiciones, éste trata de preservar una parte del Yo capaz de alimentarse, y de establecer un objeto lo bastante bueno para obtener alimentación y otros procesos introyectivos, por ejemplo el aprendizaje. Por tanto, se enfrenta con la tarea de escindir, apartar y conservar un objeto ideal protegido de los devastadores efectos de su identificación proyectiva, término que Melanie Klein tomó para partir, en gran medida, en la teorización con respecto de la Psicosis y que resulta fundamental para el desarrollo posterior de este apartado, por tanto, es conveniente hablar detalladamente de la identificación proyectiva y sus implicaciones en el trabajo con pacientes psicóticos.

Ahora bien en la **identificación proyectiva** el Yo se identifica con alguno de estos objetos y los asimila contribuyendo a su desarrollo y características. Otros permanecen como objetos internos separados y el Yo sigue teniendo relación con ellos; por ejemplo, el superyó es uno de estos objetos.

Así, el Yo inmaduro del bebé está expuesto desde el nacimiento a la ansiedad que es provocada por la innata polaridad de los instintos; por ejemplo el conflicto inmediato entre instinto de vida e instinto de muerte. Este último, proviene en parte de una proyección y en parte de la agresión.

El Yo es escindido y proyectado fuera de su parte que contiene el instinto de muerte, y se coloca en el objeto externo original: el pecho. El pecho –que se vive conteniendo en gran parte el instinto de muerte- se vive como malo y amenazante para el Yo, lo cual origina un sentimiento de persecución. De esta forma, el miedo original al instinto de muerte se transforma en miedo a un perseguidor y parte de dicho instinto de muerte que queda en el Yo, este se convierte en agresión y es dirigido contra aquél.

De igual forma se establece una relación con el objeto ideal y así también se proyecta la libido, con el fin de crear un objeto que llene de satisfacción el instinto del Yo a conservar la vida; el Yo proyecta parte de ella fuera y utiliza la libido restante para establecer una relación libidinal con ese objeto ideal. Así, el Yo tiene una relación de forma muy temprana con dos objetos: el pecho ideal y el persecutorio, esto es evidenciado en tanto la fantasía del objeto ideal se conjuga con experiencias gratificantes de ser amamantado y amado por la madre real externa; por otro lado, la privación se convierte no sólo en ausencia de dicha gratificación, sino también implica la amenaza de ser aniquilado por los perseguidores.

Para Melanie Klein la identificación proyectiva implica una combinación de la escisión de partes propias y la proyección de estas partes en o dentro de otra persona, implicando múltiples ramificaciones que ejercen una influencia fundamental sobre las relaciones objetales y también permite tener un mejor acceso a los conflictos, defensas y fantasías inconscientes de las personalidades psicóticas. La identificación proyectiva y la escisión junto con la negación omnipotente, la idealización excesiva y la introyección son un recurso en la posición esquizo-paranoide, esto a modo de defensa contra las ansiedades persecutorias.

De acuerdo con L. Crespo (1999) el papel que juega la identificación proyectiva en el trabajo analítico de pacientes psicóticos es fundamental y digna de un estudio completo, que quizá sea más conveniente llamar: “Clínica de la identificación proyectiva”, dado que funge a manera de una herramienta fundamental para dicho trabajo, así Crespo realiza una importante aportación en este sentido: “Mis nuevas aportaciones al estudio de la transferencia de los esquizofrénicos articulan un eje transferencia-identificación proyectiva-contratransferencia y/o contraidentificación proyectiva, ya que, en efecto, el concepto kleiniano de identificación proyectiva ha permitido ampliar nuestra comprensión de la transferencia del psicótico y ha abierto un nuevo campo para su conceptualización... y que invariablemente tiene como resultado una autotransformación 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”<sup>48</sup>.

Así, la identificación proyectiva puede ser usada dentro de un método de comunicación, dado que el paciente coloca partes indigestas y colmadas de ansiedad en el analista para que éste se las devuelva mitigadas y tolerables. Con esto, la identificación proyectiva puede definirse en términos de lo que el paciente hace sentir al analista.

Ahora bien, en el desarrollo Kleiniano, la identificación proyectiva es una consecuencia natural a partir de los primeros hallazgos con respecto a la relación de objeto con el cuerpo y el pecho de la madre al que el bebé dirige su libido, su agresión y sus impulsos destructivos. Está basada en la escisión del Yo y en la proyección de las partes del Self en otras personas, primariamente la madre y el pecho de ésta y deriva de los impulsos orales, anales y uretrales del individuo. En ese mecanismo algunas partes del Self se expelen omnipotentemente por medio de las sustancias corporales y se proyectan dentro de la madre a fin de controlarla y tomar posesión de ella. De este modo no se vive la madre separada sino formando parte del propio Self. Si estos excrementos son expelidos con odio, entonces se vive a la madre de manera peligrosa y hostil. Cuya defensa contra esta situación primitiva, es el objeto externo es odiado y rechazado, de modo que se ama el objeto interno que se fusiona con el Yo de forma benevolente y

---

<sup>48</sup>L. Crespo (1999) *La identificación proyectiva en la Psicosis*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.

protector. El objeto externo y su representación interna introyectada están entonces radicalmente escindidos.

Según M. Klein(1962), el psicótico tiene la creencia de que se encuentra reducido a fragmentos y que no llegará a poseer su Self, lo que provoca que no pueda internalizar suficientemente a su objeto primario que resulte un objeto bueno, y por tanto, no cuenta con la base necesaria para permitirse confiar en su propio Self. Además, señala Klein, que la fragmentación del Yo y del objeto, y de igual forma el uso excesivo de la identificación proyectiva, hace que el paciente se sienta, además de la sensación de estar reducido a fragmentos, confundido con el resto de las personas. Por tanto, no puede lograr hacer una discriminación entre las partes buenas y malas del Self, entre realidad y fantasía, entre el objeto bueno y malo; de este modo al paciente psicótico le resulta imposible comprenderse y confiar en sí mismo.

En cuanto a este último punto, aunado a la desconfianza paranoide, se genera en el psicótico un estado de retraimiento que atrofia su capacidad para establecer relaciones objetales y obtener de ellas el reaseguramiento y el goce que lograrían fortalecer su Yo; “El paciente psicótico anhela establecer relaciones con la gente, pero no le resulta posible”<sup>49</sup>.

En Envidia y Gratitud (1975), Melanie Klein señala la relación entre envidia e identificación proyectiva, haciendo énfasis en la participación de ésta en los estados confusionales. Existe una convicción en los pacientes psicóticos, con

---

<sup>49</sup> Ibid.

respecto a ser influidos por un aparato vinculado a la proyección, por ejemplo, al que cree realmente ser Cristo o algún personaje famoso. Lo que ocurre en estos procesos delirantes es que dicha respuesta funge como una especie de “solución” ante la angustia psicótica, puesto que la ansiedad persecutoria se ha vuelto intolerable.

Siguiendo a Klein, no son únicamente las partes del Yo las vividas de manera destructivas y malas, las que son disociadas y proyectadas en otra persona, sino de igual forma también las partes como buenas y valiosas. En “Notas sobre algunos mecanismos esquizoides”, Klein (1946) remarca los aspectos estructurales de la identificación proyectiva constituyendo uno de los factores principales en la formación de símbolos y en la comunicación humana, haciendo énfasis en la empatía y resaltando que no siempre se produce un empobrecimiento del Self.

Como fue descrito en el capítulo anterior, Klein abordó a los pacientes psicóticos desde lo que trabajó en el análisis de niños y que posteriormente fue la base para el desarrollo teórico de sus ideas con respecto a la psicosis.

En cuanto al desarrollo y la concepción de las ideas de Klein y sus discípulos, es de relevancia mencionar el trabajo de Susan Issacs, Joan Riviere, Paula Heimann, entre otros. Así, la relación de transferencia es comprensible si se considera como la expresión de una fantasía inconsciente, con un origen, una estructura, un contenido y una función particular. Por otro lado, para la comprensión de la naturaleza y la función de la fantasía, la situación transferencial resulta ser la de

mayor provecho. Por tanto, la relación transferencial entre analista y paciente, en Klein, puede ser considerada una relación de fantasía inconsciente. La personalidad, las actitudes, las intenciones, y las características internas, el sexo del analista, tal cual son sentidas en la mente del paciente cambian de manera constante, obedeciendo a los cambios que resulten en su vida interna movilizados por las interpretaciones del analista o algunos 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 Susan Issacs (1944).

Es importante considerar que lo establecido por Klein en sus escritos abrió, la pauta para el desarrollo de otras ideas que posteriormente fueron retomadas para el trabajo con pacientes psicóticos y que de esta forma y en este apartado resultaría extenso abordar. Por tanto, es de interés señalar el trabajo posterior de algunos de los seguidores de Klein que pusieron énfasis en dicho trabajo.

L. Crespo (1999), señala: “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<sup>50</sup>. 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 extremada impaciencia, un apego absoluto y una ceguera total para la realidad. De modo que los principales

---

<sup>50</sup> Por adiciones de relaciones objetales del pasado negadas.

caracteres de la psicosis de transferencia se hallan atravesados por el proceso psicótico y fundamentalmente alterados por el mismo”.

De ahí la fundamental relevancia en cuanto a las ideas expuestas por Melanie Klein, pues con lo descrito anteriormente es preciso dar paso al apartado siguiente que enriquecerá el concepto expuesto de la transferencia psicótica, para anudarlo con los conceptos de W. Bion y su posterior desarrollo al trabajo con pacientes psicóticos.

### **3.3. LA TRANSFERENCIA PSICÓTICA EN WILFRED BION.**

Se ha observado que, los afectos en la psicosis se encuentran distorsionados, puesto que existen en ellos un déficit en los procesos de simbolización; son carentes de abstracción y es posible que se adopten expresiones muy concretas.

Sin duda, lo realizado por Wilfred Bion es importante para el desarrollo de esta tesis, puesto que la relevancia y profundidad de este autor en cuanto al trabajo en pacientes psicóticos, ha permitido crear una novedosa y completa perspectiva en cuanto a lo dicho en el campo psicoanalítico en la psicosis.

#### **3.3.1 Concepto de *Reverie*.**

Señala este autor que existe una función de comprensión temprana fuertemente apoyada en lo instintivo y con repercusiones a distintos niveles de la madre, a esto, se le denominó: *Reverie*.

Este es un concepto basado en la teoría de M. Klein con respecto a la identificación proyectiva, haciendo referencia a la capacidad de la madre para desarrollar un órgano receptor que permitirá metabolizar la información sensorial (elementos *beta*) consciente del bebé, para así transformarla en elementos *alfa*, que resultan necesarios para el desarrollo del aparato de pensar pensamientos y de la propia función *alfa*.

### **3.3.2. Concepto de Continente-Contenido.**

Este analista creó un modelo que denomino Continente-contenido, extraído de un aspecto particular del funcionamiento de la identificación proyectiva, que permitió un avance en dicho mecanismo. De acuerdo a esto, el bebé proyecta una parte de su psiquismo, en particular sus incontrolables emociones que funcionan como contenido, en el pecho bueno-continente, para posteriormente recibirlas de regreso desintoxicadas y poder así tolerarlas. La relevancia de este paradigma radica en la importancia esencial para la identificación proyectiva y la relación dinámica de “continente-contenido”, posibilitando esta relación el crecimiento o el decrecimiento.

Ante una necesidad, por ejemplo: el hambre, el frío, una sensación de soledad o un vacío de identidad, como un fenómeno inicial. El bebé con lo que siente y anuncia será pues, el contenido, la madre se encuentra atenta a la expectativa, siendo el continente. Esta unión dinámica y funcional suele repetirse muchas veces, alternándose el papel de continente-contenido entre la madre y el bebé.

### 3.3.3. Concepto elementos alfa, elementos beta. Función alfa.

El trabajo con psicóticos, le permitió a Bion dar cuenta de que si a semejanza de los pacientes neuróticos existe en ellos los conflictos, carencias de funciones y procesos fundamentales, estableciendo una hipótesis con la cual fuera posible relacionar estos vacíos y en relación a ellos definir elementos propios de la psicosis.

La función de la conciencia fue completada por medio de una nueva función: la **función alfa**, que es la base fundamental del pensamiento. Dicha función es necesaria para captar la realidad externa e interna y también la posibilidad de autoconciencia y aprender así, de la experiencia. La función alfa es la encargada de crear elementos alfa, convirtiendo la información sensorial (elementos beta) en elementos alfa.

**Los elementos alfa**, permiten la formación de imágenes visuales, auditivas, es decir, sensoriales que son almacenadas en la memoria: indispensables para pensar en general, para la formación de sueños y para el pensamiento consciente, formando la barrera de contacto entre el inconsciente y la conciencia; cuando sólo existen elementos beta, no hay aprendizaje ni se alcanza la capacidad de represión. El deterioro de la función alfa no permite que el sujeto tenga un contacto consciente consigo mismo ni con algún otro sujeto, logrando así que la posibilidad de crecimiento se vea dañada, y que con ello de pie a la identificación proyectiva patológica, el *acting out* y la construcción de pensamientos y alucinaciones que son almacenadas cuyos hechos no digeridos.

**Los elementos *beta***, aparecen cuando los elementos alfa no son implantados de forma predominante. Son capaces de funcionar de una forma especial, pues se adecua mejor a la descarga de tensiones, crea una especie de lenguaje o de síntomas relacionados con lo sensorial, con emociones muy primitivas. Son objetos compuestos de “cosas en sí mismas”, es decir, reimpresiones sensoriales que forman parte del sistema protomental que no discrimina entre lo físico y lo mental. Representando el modelo de comunicación establecida por los niños y los psicóticos.

#### **3.3.4. Concepto pantalla de elementos *beta*.**

La unión de forma arbitraria, en desorden y generando proyecciones masivas de elementos *beta* crea la llamada pantalla de elementos beta, esta, constituye una aglomeración de dichos elementos que se coloca ante el inconsciente y la parte consciente del sujeto, siendo responsable de un estado de confusión similar al sueño.

De forma clínica esto se manifiesta en el sujeto como estados de confusión o estados psicóticos especiales. En el analista son llamados “parasitaciones” o construcciones de la interpretación que determinan la contratrasferencia y son manifestados a manera de emociones alterantes; alteraciones en su capacidad de pensamiento o una tendencia a actuar dentro de la situación analítica o en casos más graves fuera de ella.

### **3.3.5. Concepto de Barrera de contacto.**

En Aprendiendo de la experiencia, Bion (1975) afirma que la necesidad de soñar es necesaria para desarrollar por medio de la experiencia emocional que genera los elementos *alfa*, que al unirse a la barrera de contacto, permite el contacto y la separación entre consciente e inconsciente; cuando hay una falta en estos procesos se altera la memoria.

La barrera de contacto se sitúa entre lo consciente y lo inconsciente, señalando el punto exacto de separación “lo uno y lo otro”, mantiene y define el comportamiento de lo inconsciente tanto para reprimirlo como para permitir su paso a la parte consciente y utilizarse como parte de un pensamiento revelador de la verdad.

En los pacientes psicóticos la barrera de contacto es inexistente o se presenta de forma deficiente, debido a la acumulación excesiva de elementos beta; por tanto dichos pacientes no sueñan, pues no existe una diferenciación entre la parte consciente y la inconsciente.

### **3.3.6. Concepto de Vínculos A (Love), H (hate), K (Knowledge) y -K.**

Bion, hace referencia a los afectos, no de forma aislada, sino formando parte de elementos que son capaces de establecer vínculos. Hablar de vínculo, implica una experiencia emocional en la que dos sujetos o dos partes de un mismo sujeto están en relación una con la otra. Este autor, realizó una selección de tres grandes grupos de emociones, como el prototipo de vínculo y denominó: *amor (love) (L)*,

odio (*hate*) (*H*) y conocimiento (*Knowledge*) (*K*). Pudiendo tener estos, un valor positivo y negativo.

En relación a los vínculos que se establecen en la psicosis, el del conocimiento (*Knowledge*) *K* resulta mayormente perjudicado, puesto que se establece entre un sujeto que busca conocer un objeto y un objeto que desea y permite ser conocido por el sujeto. En éste, existen dos factores importantes: la tolerancia al dolor mental y el interés (curiosidad). Cuando el dolor mental resulta excesivo, como es en la psicosis, el sujeto tenderá a evitar conocer y preferirá no indagar; esto también puede destruir o atacar al vínculo del conocimiento, estableciendo uno de forma negativa  $-(K)$ , lo cual explica que cuando existen estructuras psicóticas no es posible aprender o conocer de la experiencia, sobre todo emocionales.

### **3.3.7. Identificación Proyectiva Patológica.**

De acuerdo con Bion, existe un ataque dirigido contra aspectos del *self*, que determina las principales actividades mentales, en especial la percepción y los vínculos con los objetos, por tanto, estos aparecen mutilados y transformados en pequeñas fragmentos que son expulsados de forma violenta. Los fragmentos desalojados parecen ahora poseer una vida independiente y sin control que amenazan desde afuera de forma peligrosa. Dicha evacuación es realizada por medio de la identificación proyectiva patológica.

Se revisó en el apartado anterior de este capítulo, la identificación proyectiva que fue descrita por Melanie Klein<sup>51</sup> y se encuentra incluida en su hipótesis con respecto al desarrollo emocional en los primeros meses de vida.

Ahora bien, puesto que Klein consideró el funcionamiento de la identificación proyectiva “normal” como uno de los factores principales en la formación de símbolos y en la comunicación entre sujetos, siendo esto determinante en la relación de empatía con el objeto, debido a la posibilidad de situarse en el lugar del otro y comprender mejor sus sentimientos, Bion realizó el trabajo de jerarquizar este mecanismo (identificación proyectiva) considerándolo el origen de la actividad que posteriormente se expresará como la capacidad para pensar y también describe una forma de **identificación proyectiva patológica**, que se encuentra presente en ciertos cuadros psicóticos y que también es utilizada por la personalidad psicótica con los factores predominantes de la envidia y la voracidad.

Lo que se observa aquí es la disociación de las partes yoicas, dando lugar a la multiplicidad de fragmentos minúsculos que son proyectados violentamente en el objeto. Cuando estos pedazos son expulsados por la identificación proyectiva patológica crean una realidad llena de **objetos bizarros**<sup>52</sup>, esta realidad se torna cada vez más dolorosa y persecutoria. Como consecuencia resulta una

---

<sup>51</sup> M. Klein, “Notas sobre mecanismos esquizoides”, Rev, de Psicoanálisis, vol. 6, 1. 1948-1949.

<sup>52</sup> Cuando se habla del término objeto bizarro, se hace referencia a la descripción del tipo de objetos de los que el paciente psicótico se siente rodeado. Son desprendidos de la mente y colocados en un objeto externo, están formados por restos del Yo y del Superyó.

intensificación de la actuación de la identificación proyectiva, y un alejamiento cada vez más de la realidad.

El citado autor, asegura que no puede existir un progreso real en el tratamiento de pacientes psicóticos mientras no se haya dado la suficiente relevancia a la naturaleza de la diferenciación entre la personalidad psicótica y la no psicótica, y de forma especial al papel de la identificación proyectiva en la parte psicótica. Agrega que quien padece alteraciones psicóticas pasa a través de la posición esquizoparanoide y depresiva, pero que en estos casos se obtienen por resultado pequeñas fragmentaciones de partículas muy pequeñas que mediante el uso de la identificación proyectiva son expulsadas de su personalidad en sus objetos, y dadas el caso, en el analista.

En términos de la teoría del desarrollo, establecida por él, dichos objetos bizarros están formados por elementos-beta, y por restos del yo, del superyó y de objetos externos. Los objetos bizarros son primitivos, complejos y de naturaleza diversa, puesto que dependen de los aspectos yoicos y superyoicos fragmentados y proyectados que invaden a su vez al objeto real. El paciente psicótico, describe, intenta utilizar estos elementos para pensar, llevándolo a confundir los objetos reales con pensamientos primitivos y tratar a aquéllos con base a las leyes del funcionamiento mental, logrando en él una confusión cuando estos objetos difieren de lo que piensan. La parte psicótica de la personalidad ubica en el mundo real lo que la persona no psicótica ha reprimido; su inconsciente parece haber sido

reemplazado por un mundo de objetos bizarros. Bion afirma, que el psicótico vive “no en un mundo de sueños, sino en el mundo de objetos bizarros”.

La identificación proyectiva trata de una fantasía omnipotente que disocia partes indeseables y valoradas de la personalidad y que son colocadas de forma temporal en un objeto, buscando que estos se comporten de acuerdo a dicha fantasía, creyendo que en la medida que el sujeto tolera más la frustración dolorosa de la realidad, existen más probabilidades de que éste responda a ella. La identificación proyectiva es el mecanismo principal del lactante para deshacerse del incremento de estímulos que no tolera por alguna razón.

Bion logró clasificar dos clases de necesidades del bebe, por un lado las físicas que son satisfechas por la leche y por otro lado las psíquicas, por ejemplo el amor y la comprensión. Cuando el bebé es alimentado adecuadamente es capaz de integrar las necesidades mencionadas, mitigando la sensación de sus necesidades, hambre y la fantasía de que es un pecho malo; sintiendo que puede evacuar al “pecho malo” en el bueno cuando este se encuentra presente y es incorporado por él bebé. Con el paso del tiempo, el pecho malo es vivido en base a una realidad concreta, llegándose a transformar en la idea de un pecho ausente, un pensamiento; de ahí la idea de que este último sea el resultado de una ausencia y que los pensamientos en sí busquen llenar el vacío de dicha ausencia.

Las diversas vivencias de pecho malo y del pecho bueno son experiencias emocionales, similares a las del hambre y su satisfacción, necesitando la intervención de la función *alfa*, caso contrario si estas experiencias quedan

registradas como elementos *beta*, pues serán evacuadas. En este caso, será necesario pedir este “préstamo” de la función *alfa* de la madre, pues además de la evacuación de los objetos malos, le será posible sustituir la identificación proyectiva por el pensamiento y aproximarse al principio de realidad mencionado previamente.

Sin embargo, cuando esto no sucede de esta forma, y la madre es incapaz de brindar el suficiente *reverie*, se evidencia el aumento de las identificaciones proyectivas, potencializando los objetos malos; asimismo, se trastorna la introyección de objetos buenos, incrementando los mecanismos evacuativos de elementos *beta* y produciendo una intolerancia a la frustración que deteriora la capacidad para pensar y aprender de la experiencia.

### **3.3.8. Concepto de Personalidad psicótica y no Psicótica.**

Lo establecido por Bion en cuanto a la comprensión de los fenómenos asociados al proceso psicótico y a la conceptualización de la **personalidad psicótica** la cual pertenece a un “Estado Mental cuyas características dan lugar a todas las manifestaciones que, de algún modo, son susceptibles de observaciones en forma predominante en pacientes seriamente trastornados”<sup>53</sup>, resulta de gran relevancia para este apartado.

---

<sup>53</sup>L. Grinberg, Sor D. et al. (1973) Introducción a las ideas de Bion. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión, 1976.

Los textos que Bion publicó con respecto a los temas en relación a la psicosis son posteriores de forma cronológica a sus trabajos sobre grupos, algunos de los cuales resultan de gran importancia puesto que están desarrollados a partir de material predominantemente clínico, junto con la actividad clínica que ejerció.

Un primer punto a señalar es el trabajo efectuado con dichos pacientes se da dentro de un encuadre psicoanalítico no diferente del que se usa habitualmente con pacientes neuróticos, aunque, en algunos casos, estos, tenían un diagnóstico de esquizofrenia.

La técnica utilizada fue siempre de forma interpretativa, haciendo participe la transferencia positiva y la negativa, tomando como base para la interpretación del material la teoría kleiniana, con la que Bion de alguna forma comenzó la labor clínica para posteriormente desarrollar conceptos propios de su teoría con respecto al pensamiento.

Ahora bien, según Bion el individuo, en cualquier etapa de su crecimiento que sea considerado, se enfrenta a fenómenos emocionales de naturaleza diversa y estos son resueltos de una forma particular, es decir, que para enfrentarlos dispone de la conciencia, que es considerada por Freud como “el órgano sensorial para la percepción de las cualidades psíquicas”<sup>54</sup>. Bion cree que la conciencia está presente desde el comienzo de la vida, aunque de forma primitiva, puesto que su desarrollo requiere de estímulos que son los sentimientos en un inicio y posteriormente, toda la gama de fenómenos mentales. Así pues, el contacto con la

---

<sup>54</sup> S. Freud. La interpretación de los sueños. Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Vol. V

realidad interna y externa está estrechamente ligados con la “conciencia” y el modo de encarar dicha realidad depende, de su funcionamiento. Las diversas experiencias que el individuo tiene consigo mismo y con los demás implican una confrontación ineludible entre la tendencia a “tener conciencia” o no “tenerla”; así como a el poder tolerarla o evadirla. Dicha confrontación permite dar cuenta de la existencia de las distintas mentalidades individuales, una de ellas es la personalidad psicótica o también llamada parte psicótica de la personalidad. Cabe pues, hacer la aclaración que en el contexto psicoanalítico y de acuerdo con Bion, este concepto no es equivalente a un diagnóstico psiquiátrico, sino que hace referencia a un modo de operar de manera mental que coexiste con otros modos de funcionamiento. La importancia está en el predominio de uno sobre otro. Dentro del contexto psicoanalítico y así lo supone Bion, todo individuo, aún el más evolucionado, contiene potencialmente operaciones mentales y respuestas derivadas de la personalidad psicótica, manifestadas con hostilidad contra el aparato mental, la conciencia y la realidad interna y externa. Siendo el objetivo del analista el comprender e interpretar tales fenómenos que se observan en la conducta del paciente.

En cuanto al concepto de personalidad psicótica, es de importancia mencionar que hace referencia a un estado mental cuyas manifestaciones se evidencian en la conducta, en el lenguaje y en el efecto que hay en el observador. Para Bion, algunos de los rasgos destacados de la personalidad psicótica son: la intolerancia a la frustración junto con el predominio de los impulsos destructivos, un odio violento a la realidad interna y externa, odio que se extiende a los sentidos, a las

partes de la personalidad y a los elementos psíquicos útiles para el contacto con la realidad, para la conciencia y para las funciones asociadas a esta<sup>55</sup>.

La personalidad psicótica es caracterizada además por el temor a una aniquilación inminente, lo cual “configura el tipo específico de relaciones objetales – entre ella la transferencia analítica- que tiende a establecer; se trata de relaciones precipitadas y prematuras que, a la vez que se instalan con tenacidad, son sumamente precarias y frágiles”<sup>56</sup>.

Según L. Grinsberg y sus colaboradores (1976) es posible abordar la investigación de la personalidad psicótica desde diferentes ángulos: a través de sus manifestaciones en la conducta o el lenguaje, así como también de ciertas hipótesis genéticas que estudian el origen, la estructuración y su actividad, discriminando los mecanismos mentales que intervienen en la organización y la estructura, correlacionando los mecanismos utilizados tanto en la parte no psicótica de la personalidad, también llamada, parte neurótica de la personalidad.

Bion diferencia una parte psicótica y una no psicótica en lo referente a la personalidad; en el libro *Second thoughts*, (1967), lo describe así: “La diferenciación entre las personalidades psicóticas y no psicóticas, depende de diminutas escisiones de todo aquella parte de la personalidad que está referida a

---

<sup>55</sup> Dichas funciones de la conciencia son ligadas a órganos sensoriales: atención, juicio, pensamiento, etc.

<sup>56</sup> L. Grinberg, Sor D. et al. *Introducción a las ideas de Bion* (1973) Ediciones Nueva Visión, 1976, Buenos Aires, Argentina. P.p. 40

la concienciación de la realidad interna y externa, y la expulsión de estos fragmentos de tal forma, que ellos entran dentro o engolfan sus objetos”.

Ahora bien, el paciente dominado por la parte psicótica de su personalidad, se vive prisionero de su estado mental. Se encuentra incapaz de liberarse, puesto que siente una carencia del aparato de la conciencia de la realidad que representa la libertad añorada. La fantasía de vivirse encarcelado es intensificada, al sentirse rodeado de la amenazante presencia de los fragmentos evacuados. Cualquier intento de síntesis es muy complicado; ya que el psicótico puede comprimir los objetos, pero no puede hacer una correlación entre ellos.

### **3.3.9. Personalidad Psicótica.**

En lo referente a la transferencia psicótica, Bion (1967), describe: “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”.

En el paciente psicótico existe un permanente ataque a todo vínculo con el analista que lleve al progreso en cualquier dirección. El resultado del “**ataque al vínculo**” deja desprovisto al paciente del estado mental necesario para establecer una relación mental de crecimiento. Esta agresión se remonta a los primitivos y fantaseados ataques contra el pecho y el pene que se describen en la etapa esquizo-paranoide de Melanie Klein. El psicótico ataca fundamentalmente al vínculo con el objeto y los vínculos entre distintos aspectos de su self, el vínculo con la realidad externa e interna y los aparatos que perciben estas realidades. Los vínculos que permanecen son de carácter perverso, cruel y estéril y están asociados con arrogancia, estupidez y curiosidad.

En la personalidad psicótica, donde predomina el instinto de muerte, el orgullo suele convertirse en un sentimiento denominado como **arrogancia**. Caso contrario, en la personalidad no psicótica, con predominio del instinto de vida, el orgullo es manifestado como **autovaloración**. La asociación del sentimiento de arrogancia con una obstinada curiosidad, manifestada a veces por alucinaciones, referencias o actitudes, configura tres elementos importantes a identificar en la clínica. Este autor hace referencia a estos sentimientos en cuanto a la influencia de un objeto interno, con características del Superyó primitivo, que niega y obstruye el empleo habitual de la identificación proyectiva, el mecanismo que funge a razón de prototipo en todo vínculo. La aparición de estos elementos en el

tiempo, en una sesión o en un material clínico, pueden servir de indicio que permitan dar cuenta de un desastre psíquico que puede determinar una psicosis franca.

Al tener que usar los objetos bizarros para formar sus pensamientos, la confusión aumenta, debido a que, en el restante del desastre psicótico se intenta reconstruir el lenguaje. Ya que los pacientes psicóticos están invadidos de hiperdestruibilidad, atacando así, a los eslabones que concentran los pensamientos apenas incipientes de la parte no psicótica de la personalidad, así como los eslabones de las impresiones sensoriales y la conciencia de estos. El resultado es que estos objetos no pueden hacer contacto y sus cualidades intrínsecas quedan intactas y con capacidad para la producción de un nuevo objeto mental. Esto significa, que resulta imposible formar símbolos; pues, no es posible sintetizar objetos ni combinar palabras; siendo posible sólo la aglomeración o yuxtaposición de estas.

Es posible ver el lenguaje del psicótico desde diferentes vertientes. Puesto que, tiende a recurrir a la acción en momentos donde otro paciente utiliza el pensamiento, y utiliza el pensamiento omnipotente frente a aquellos problemas cuya solución parte de una acción. En el primer momento, emplea la identificación proyectiva patológica, pues trata a las palabras como cosas concretas o intenta disociar la mente del analista haciendo sugerencias sobre posibles interpretaciones incompatibles que impide la labor de integración. Lo que logra el

paciente psicótico es colocar en su “*pantalla beta*”, diversos “*elementos beta*” en el analista, despertando en éste las respuestas específicas que el paciente busca.

Por otro lado, la **alucinación**<sup>57</sup>, es parte de otro de los síntomas clínicos característicos de la personalidad psicótica.

En “Sobre la alucinación” Bion (1958) genera una serie de perspectivas para la comprensión psicoanalítica de los fenómenos alucinatorios que se relacionan con la noción de continente-contenido, descrita previamente, dándole aquí el sentido de “*no reverie*”; es decir, los contenidos emocionales y los elementos *beta* no son capaces de encontrar un continente que sea capaz de contenerlos y transformarlos. En estas condiciones, el paciente psicótico es vive bajo una urgente necesidad de deshacerse de estos contenidos, procurando forzar a los elementos hostiles dentro del analista, quien por estas razones, es sentido como peligroso. La alucinación resulta para absorber la cura desde el terapeuta sano y útil, por tanto, el paciente extrae los contenidos hostiles del analista y los proyecta de nuevo en el exterior, utilizando con un doble sentido algún órgano de percepción. Bion sostiene que las alucinaciones, en una tentativa de tratar con partes peligrosas de la personalidad, son sentidas independientes de cualquier control y vuelven impotente al paciente para recuperar logros externos y un estado mental placentero.

---

<sup>57</sup> En Bion, hace referencia a la representación de formas de descarga de la mente, utilizando el aparato sensorial: la vista, el oído, el olfato, el gusto, etc. Las identificaciones proyectivas masivas llevan al paciente a crear objetos bizarros que actúan de acuerdo a sus proyecciones y que, mediante el uso de los sentidos se perciben de vuelta dichas proyecciones que las percepciones sensoriales (sentidos) colocaron en objetos extraños.

En Atención e interpretación, Bion (1970), desarrolla las ideas ya planteadas en sus trabajos previos: Elementos del Psicoanálisis (1963), La tabla (1964) y Transformaciones (1965). A partir de esta perspectiva más global, las alucinaciones, que de forma histórica eran consideradas en una psicopatología, a través de los órganos de los sentidos, de partes escindidas de la personalidad, de los conflictos y objetos internos persecutorios que para el paciente no es posible tolerar dentro de él expulsándolas al mundo externo.

Cuando las partes escindidas de la personalidad han sido violentamente fragmentadas en partículas diminutas, su evacuación no configura tal cual una alucinación, pues, dichas partículas se encuentran desprovistas de todo componente sensorial objetivable. Estas alucinaciones son denominadas por este autor, **alucinaciones invisibles**, que resultan difícilmente detectables en la clínica pues son sutilmente sugeridas por algún gesto, actitud o sacudida emocional del paciente. En otros momentos surgen las así llamadas **alucinaciones fugaces o evanescentes**, que forman parte de cierto tipo de confusiones del tipo: “entender mal”, “oír mal”, que el paciente utiliza para anular la adquisición del insight de sus problemas.

Otra manifestación clínica dentro de lo propuesto por este analista y que pone de manifiesto la personalidad psicótica es el fenómeno denominado **reversión de la perspectiva**. Designado de esta forma debido a un experimento de la psicología de la percepción, que consistía en la observación de una lámina que puede representar un jarrón y a la vez dos perfiles. Él retoma este experimento, puesto

que considera que la personalidad es capaz de pasar de un punto de vista a otro con respecto de lo que sucede, brindándole al sujeto una “visión binocular” que sienta las bases para la confrontación y la correlación, necesarias para el desarrollo mental. El caso contrario alude a la reversión de la perspectiva, que considera un fenómeno patológico complejo, en el cual el paciente tiende a quedarse en una sola perspectiva desde la cual “ve” las interpretaciones y todo tipo de análisis. Dicha actitud no es manifiesta; al contrario, se esconde detrás de un acuerdo aparente y de una comprensión de la perspectiva que el analista le muestra.

Revertir la perspectiva es un fenómeno en movimiento, activo e intencional, que convierte en estática una situación dinámica (*splitting* estático). Cualquier evolución es detenida por medio de este mecanismo, que evidencia el dolor psíquico; el sufrimiento del cual el paciente intenta protegerse, del saberse “loco”.

Con lo descrito anteriormente, es observable cómo el desarrollo de los conceptos de Bion, resultan factores importantes para la estructuración de la clínica de la psicosis, y que si bien son conceptos de una gran complejidad, permiten abrir el campo de estudio, de manera teórica y técnica en el trabajo de la transferencia de la psicosis, por tanto y a manera de concluir este apartado, es viable considerar la postura de Crespo (1999): “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 instada la confianza básica en 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”.

La lectura de Bion, pone de manifiesto la relevancia de la naturaleza diferencial respecto con la parte psicótica y la no psicótica de la personalidad, pues esto permitirá un avance real en el análisis de los pacientes psicóticos. Sin embargo, descubrir y trabajar con la parte no-psicótica con este tipo de pacientes produce inevitables reacciones contratransferenciales, puesto que se trata de la parte oscura del funcionamiento de la identificación proyectiva y del proceso delirante, que por momentos puede lograr hacer flaquear la convicción en la existencia de esta parte no-psicótica.

Con las ideas y conceptos referentes a la transferencia en la psicosis, es preciso proseguir la revisión que permita ayudar a cerrar el círculo del ya mencionado funcionamiento psicótico con la descripción de los trabajos elaborados por Herbert Rosenfeld considerado el máximo exponente de los analistas que postulan la utilización clínica de la psicosis de transferencia para la cura analítica del paciente psicótico.

*“...Quien cree que nada le escapa a su comprensión,  
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 que sabemos muy poco”.*

*P.C. Racamier*

## **CAPITULO IV. MANEJO TÉCNICO DE LA TRANSFERENCIA PSICÓTICA.**

### **4.1 HACIA UN ABORDAJE TÉCNICO DE LA TRANSFERENCIA PSICÓTICA.**

En el capítulo anterior se hizo referencia al desarrollo teórico de la psicosis de transferencia y los conceptos planteados por Melanie Klein y Wilfred Bion, que sin duda, forman parte fundamental para el trabajo con pacientes psicóticos. Ahora bien, es preciso adentrarse al desarrollo técnico del trabajo con dichos pacientes, con el objetivo de puntualizar, ya que constituye uno de los objetivos de esta investigación documental.

El paciente psicótico o bien, la personalidad psicótica es alguien que representa y personifica las vicisitudes que implican más allá de los aspectos personales del sujeto. Klein sostiene que en la naturaleza misma del ser humano existen experiencias, mecanismos y formas de concebir el mundo correspondiente al

concepto “científico” de la psicosis. Es decir, la diferencia entre lo normal y anormal, o entre lo psicótico y no psicótico no resulta ser solamente cualitativo, sino también cuantitativo. Por tanto y de acuerdo con Salomón Resnik (1986): “Todo análisis debe incluir una profundización e investigación “vívida” (*vècu*) de las tendencias y concepciones psicóticas del individuo. Si tal tarea no se realiza debidamente, el análisis de la “neurosis” es incompleto y la experiencia psicótica puede manifestarse en forma de crisis o como defensa caracterológica. Este concepto me parece fundamental en lo que concierne a la formación analítica”.<sup>58</sup>

En el caso de la psicosis resulta inevitable confrontar el narcisismo del paciente y del analista; la transferencia, la contratransferencia y toda una serie de elementos estructurales que forman parte de la relación analítica son sujeto de estudio y análisis, formando parte de la experiencia misma.

La personalidad psicótica necesita un interlocutor capaz de comprender y tolerar su poder patológico es decir, su omnipotencia. Dicho de otra forma, corresponder a su mensaje, a su forma de concebir el mundo de modo diferente y no omnipotente. Dicha omnipotencia puede ser sólo confrontada con una tentativa de devolución del mensaje en términos sencillos, plásticos y humanizados. Así, únicamente lo que puede corresponder adecuadamente a una actitud omnipotente, en términos de transferencia, es que el otro sea capaz de asumir su impotencia o conciencia de sus propios límites frente al poder ilimitado.

---

<sup>58</sup> S. Resnik. La experiencia Psicótica (1986) Madrid, España: Tecnipublicaciones.

He aquí la relevancia del trabajo realizado entre analista-paciente en el abordaje de la clínica de la psicosis, propuesta por Herbert Rosenfeld. El objetivo en esta investigación es desarrollar lo planteado por dicho autor de manera sencilla para formar un panorama general del manejo técnico de la psicosis.

La teoría y la técnica son, sin duda, conceptos inseparables. La técnica de acuerdo con lo que señala Resnik (1986): “Sería la expresión “instrumental” de un modo de “ser” y de hacer del analista respecto al Otro: el paciente. Ambos forman parte de la situación analítica y están por ende implicados en ella”.<sup>59</sup>

La capacidad del intercambio afectivo del sujeto depende del nivel lúdico o transferencia infantil, siendo fuente esencial de comunicación en todo ser humano. En la psicosis, la capacidad de recrear está paralizada, se encuentra deshumanizada, cosificada.

El trabajo psicoanalítico de la psicosis implica confrontarse profunda y directamente con el lenguaje del inconsciente; con aspectos primordiales y esenciales del ser. En este sentido el neurótico, por ejemplo, manifiesta su conflicto y sus preocupaciones en términos de un lenguaje y un sistema de valores que resultan convencionales y comprensibles, empero, el psicótico es considerado como un que ha perdido contacto con la realidad, por tanto, expresa su problema de una forma distinta a lo convencional, que nada tiene que ver con reglas, acuerdos y leyes que correspondan al pensamiento conocido.

---

<sup>59</sup> Ibid.

De esta forma, la experiencia resultante de estar con el Otro, específicamente en la psicosis, plantea problemas y situaciones personales en el analista, remarcando así, la importancia del conocimiento de sí mismo, de su propio *Self*, así como de sus mecanismos psicóticos. De ahí la importancia de un análisis del analista centrado en el narcisismo para otorgar precedentes que resulten válidos para la comprensión del paciente. En este respecto, Melanie Klein (1946) hace referencia al sentido “universal” de la psicosis; señalando que el psicótico no sólo se encuentra fuera de nosotros, sino que de forma latente nos habita. Puesto que, los mecanismos psicóticos forman parte del desarrollo normal del sujeto manifestándose en un estado patológico o como una parte psicótica de la personalidad.

En su artículo sobre el origen de la transferencia<sup>60</sup>, Klein señala que la capacidad de transferir es precoz y es puesta de manifiesto desde las primeras relaciones de objeto.

En este sentido la técnica kleiniana es psicoanalítica y se encuentra estrictamente basada en los conceptos psicoanalíticos de Freud. Al respecto Hanna Segal (1961) aclara: “Creo que se justifica hablar de una técnica desarrollada por Melanie Klein, en tanto la naturaleza de las interpretaciones que se hacen al paciente y los cambios de énfasis en el proceso analítico señalan una diferencia, o, según lo entiende su creadora, una evolución con respecto a las

---

<sup>60</sup> M. Klein (1952) Los orígenes de la transferencia. Obras Completas, tomo XVI.

interpretaciones clásicas”.<sup>61</sup> Cabe resaltar que Klein retomó aspectos del material hasta entonces ignorados, y que, al interpretarlos puso de manifiesto material casi imposible de reconocer y que determinó el uso de nuevas interpretaciones que eran utilizados en la técnica clásica.

Cuando comenzó a trabajar con niños, partió del supuesto de que el método freudiano era aplicable también para los niños, sólo haciendo aquellas modificaciones que no alteraran el funcionamiento de la relación psicoanalítica y el proceso de interpretación. Observó que los niños desarrollan una transferencia, de forma positiva y negativa, con una rapidez notable y gran intensidad. Así, pudo comprobar que sus comunicaciones a través del juego y las actividades planteadas durante la sesión mostraban sus conflictos inconscientes con la misma claridad que las asociaciones libres de los adultos.

El análisis realizado con niños permitió reafirmar deducciones que Freud había referido con respecto a la infancia, pero también surgieron ideas nuevas. Klein, pensó que el complejo de Edipo y el superyó tenían un origen más temprano de lo que estaba establecido y que presentaban formas pregenitales además de genitales. Resaltó el predominio y el poder de los mecanismos de proyección e introyección, éste último llevando a la formación de un mundo interno muy complejo.

---

<sup>61</sup> H. Segal La técnica de Melanie Klein. Su ilustración clínica a través del caso de una paciente con mecanismos esquizoides (1961). Revista Uruguaya de Psicoanálisis, vol. 4, Nº 3, en versión castellana por el doctor Willy Baranger.

Con el trabajo que esta autora realizó en el nivel primitivo del mundo infantil pudo ampliarse el concepto de fantasía inconsciente. Siendo ésta primitiva, dinámica y constantemente activa, coloreando la realidad externa, al tiempo que interactúa constantemente con ella.

Por tanto, se atribuye una gran relevancia al análisis de la ansiedad inconsciente de la que el sujeto se defiende, de modo que la aparición del material temido en la conciencia tiene una valiosa ayuda por el análisis de las defensas, pero también por el decremento de la ansiedad inconsciente. Esto resulta de gran importancia cuando se llega a las capas psicóticas profundas de la personalidad, ya que, de otra manera el yo podría verse invadido por ansiedades psicóticas.

En un primer momento, el psicoanálisis consideró peligroso el análisis de pacientes psicóticos, ahora resulta más comprensible el estudio de las fantasías y ansiedades psicóticas que resultan necesarias para tales defensas, siendo posible modificarlas a través de interpretaciones que apunten al contenido y a las defensas contra las ansiedades. M. Klein sostiene que al aplicar dichos principios al análisis de niños, adultos y pacientes psicóticos, se ha permitido tener un acceso a profundas capas del inconsciente que deben tomarse en cuenta al aspirar comprender las ansiedades del paciente y la estructura de su mundo interno.

En el desarrollo del psicoanálisis, existe una interrelación entre los aspectos innovadores de la técnica y los conceptos teóricos, los cambios en la técnica

muestran material reciente que permite plantear nuevas formulaciones teóricas, dando origen a su vez a nuevas técnicas.

Ahora bien, es preciso pasar al apartado descriptivo de los planteamientos técnicos desarrollados por uno de los discípulos de Klein, Herbert Rosenfeld, que tuvo a bien dedicar gran parte de su trabajo como analista, al manejo y tratamiento de pacientes psicóticos, siendo uno de los psicoanalistas, cuyas aportaciones con respecto al trabajo con dichos pacientes resulta una importante herramienta para la clínica actual de la psicosis.

#### **4.2. TRANSFERENCIA PSICÓTICA EN HERBERT ROSENFELD.**

Al igual que Bion y Segal, Rosenfeld fue un gran discípulo de Melanie Klein. De origen alemán y proveniente de una familia judía, llegó a Gran Bretaña en 1935, ahí en la *British Psychoanalytical Society (BPS)*, se convierte en uno de los principales precursores del trabajo en la clínica psicoanalítica de la esquizofrenia. Resalta en sus trabajos el abordaje de las modalidades específicas de transferencia en el trabajo con pacientes psicóticos siendo de su particular interés la naturaleza de la identificación proyectiva.

Rosenfeld estudia la transferencia erótica conceptualizándola como una tentativa de “colorear” los diferentes niveles de relación, otorgándole un sentido único: la erotización. En la transferencia erótica, el desarrollo afectivo y cognitivo, junto con la capacidad de sublimación y simbolización no son diferenciables del plano

sexual. Estos planos resultan confusos y forman una especie de “masa emocional compacta”, la cual se encuentra habitada y animada por la sexualidad, cabe mencionar que dicha sexualidad es de forma indiferenciada. Por tanto, la relación de encuentro será la que constituya la transferencia analítica, que a su vez se encontrará invadida y alienada por el erotismo transgresivo.

En su trabajo de 1952, “Fenómenos Transferenciales y análisis de la transferencia en un caso de esquizofrenia catatónica aguda”, H. Rosenfeld señala: “Hasta hace poco la mayoría de los analistas se abstenían de tratar pacientes esquizofrénicos, en la creencia de que el esquizofrénico es incapaz de establecer transferencia. La experiencia propia me enseñó que en este caso nos enfrentamos no a una ausencia de transferencia, sino al difícil problema del reconocimiento e interpretación de los fenómenos transferenciales esquizofrénicos”.<sup>62</sup>

Tiempo atrás, Abraham (1908) y Freud (1911 y 1914) hacen referencia con toda claridad que el paciente esquizofrénico es incapaz de establecer una transferencia dada su regresión al nivel autoerótico del desarrollo. Enfatizan este punto argumentando que en el primerísimo nivel infantil, no hay una conciencia aún de un objeto.

Por otro lado existen afirmaciones de S. Freud que señalan una contradicción con respecto al tema, contradiciendo el concepto de fase autoerótica donde no existe

---

<sup>62</sup> H. Rosenfeld Fenómenos transferenciales y análisis de la transferencia en un caso de esquizofrenia catatónica aguda (1952) en Estados psicóticos. (1978). Buenos Aires, Argentina: Horme.

una relación con un objeto; en *El yo y el Ello* (1923) señala: “Muy al principio de la fase oral primitiva de la existencia del individuo, la catexia de objeto y la identificación puede difícilmente distinguirse una de la otra”.<sup>63</sup> Al parecer, Freud reconoce la existencia de la catexia de objeto en la infancia temprana. Sin embargo, él no mostró ningún indicio de haber cambiado de opinión con respecto a la falta de transferencia en la esquizofrenia.

En el trabajo realizado por H. Rosenfeld es de señalar la puntualización con la que argumenta y describe el trabajo con dichos pacientes, así en su escrito “Estados Psicóticos” (1952), afirma: “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”.<sup>64</sup> Afirma que la interpretación de los fenómenos transferenciales, tanto positivos como negativos que aparecen espontáneamente, deben ser interpretados, claro está, 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 el caso presentado por el autor citado hace referencia de cómo claramente se muestra una determinada forma de relación de objeto, que en efecto, en cuanto se está cerca de cualquier objeto con amor u odio, pareciera que se confunde con

---

<sup>63</sup> Freud, S. (1923) *El yo y el Ello*. En *Obras Completas*, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. 1973. Vol. XIX

<sup>64</sup> H. Rosenfeld. *Fenómenos transferenciales y análisis de la transferencia en un caso de esquizofrenia catatónica aguda* (1952) en *Estados psicóticos*. (1978). Buenos Aires, Argentina: Horme.

ese objeto; esto no solamente por la identificación por introyección, sino también como resultado de impulsos y fantasías con respecto a entrar dentro del objeto totalmente o partes de su *self*, para así controlar al objeto, esto es lo que Melanie Klein denominó Identificación Proyectiva.

Así, para él, las defensas del yo contra los impulsos a introducirse por fuerza en otros objetos tienen una relevante importancia en el tratamiento de estos pacientes; por ejemplo, el negativismo, constituye una de esas defensas. En este sentido Anna Freud hace referencia a el fenómeno en un material clínico denominado “Negativismo y Sometimiento emocional”<sup>65</sup>, encontrando que el negativismo de la paciente estaba relacionado con el temor a vivenciar sentimientos de amor hacia la analista pues esto equivalía a una rendición y por tanto sería “invadida” por la analista. A. Freud, sugiere que estos procesos remontan al paciente a los primeros meses de vida, que están posiblemente ligados a la introyección y también con la esquizofrenia.

Ahora bien, a lo largo de la descripción del caso, existen comentarios pertinentes para el desarrollo de las sesiones, en el trabajo con pacientes psicóticos.

Señalando que “Puede decirse que el procedimiento analítico en este caso fue en lo esencial el mismo que en los casos de la neurosis. No obstante no utilicé el diván”.<sup>66</sup> Es preciso resaltar que sólo se realizaron ajustes ligeros que permitieron

---

<sup>65</sup> Leído en el XVII Congreso Internacional de Psicoanálisis, Amsterdam, agosto de 1951.

<sup>66</sup> H. Rosenfeld, Fenómenos transferenciales y análisis de la transferencia en un caso de esquizofrenia catatónica aguda (1952) en Estados psicóticos. (1978). Buenos Aires, Argentina: Horme.

el manejo de la técnica únicamente en momentos necesarios, tales como el uso de los informes de las enfermeras, remarcando que no se utilizó reaseguramiento directo en el tratamiento. Asimismo, el material que presentan estos pacientes resulta mucho más difícil de comprender en comparación con los pacientes neuróticos, siendo necesario entender e interpretar de forma rápida un carente material. En un momento posterior del análisis, este puede asemejarse al análisis de niños.

En el caso que es descrito por el autor mencionado, se muestra un cuadro de esquizofrenia grave, con un enorme retraimiento, el paciente fue capaz de establecer transferencia tanto negativa como positiva. Dicho estado de retraimiento hace referencia a que en el paciente esquizofrénico no puede ser considerado únicamente como una regresión autoerótica; esto debido a que puede actuar a modo de defensa contra los perseguidores externos o también puede ser por la identificación con un objeto resultado de la introyección y proyección. Agrega el citado autor, que en el estado de identificación, este puede ser vivido por el paciente como confusión, puesto que tiene conciencia de estar mezclado con alguna otra persona, es decir, su objeto. Un segundo objetivo de la descripción clínica es ejemplificar la regresión del paciente a un estadio primitivo de la temprana infancia, denominado por M. Klein como posición esquizo paranoide. De describe al paciente dando muestras de una relación de objeto en la que dicha relación se muestra con impulsos y fantasías de introducirse a la

---

fuerza en sí mismo, así como partes de la persona dentro del objeto; conduciéndolo a estados de confusión, de disociación del yo, a perderse como persona y a diversos estados de persecución, con la presencia de alucinaciones visuales y auditivas.

Esto se muestra en el siguiente fragmento de la descripción clínica: (...)”Al principio de la tercera sesión, el paciente estaba muy inquieto y reía mucho en una forma agresiva y provocativa(...)al comienzo no parecía posible el contacto con el paciente: éste no decía nada(...)se sentía atemorizado cuando yo hablaba porque creía que yo, de manera agresiva, ponía palabras en él para confundirlo(...)debí repetir interpretaciones de este tipo varias veces, hablando en forma muy pausada y clara. Al rato se sintió menos atemorizado y habló de colores. Señaló mi cuaderno de apuntes, de color azul, y dijo que era castaño. Consideré esto como un gesto de cooperación destinado a mostrarme con más claridad lo que él sentía, vale decir, que su ataque me había transformado en heces y que, como venganza, yo le devolvía la confusión (heces) a él”.<sup>67</sup>

El autor hace referencia al fragmento de la sesión descrita anteriormente: “La violenta transferencia negativa surgiendo al principio del tratamiento constituye el rasgo saliente de esta sesión. Su risa expresaba un ataque sádico contra mí y un triunfo sobre mí. Su ataque anal me había convertido en perseguidor. Esta situación de persecución fue repetida con frecuencia en distintas formas, y más

---

<sup>67</sup> H., Rosenfeld. Fenómenos transferenciales y análisis de la transferencia en un caso de esquizofrenia catatónica aguda (1952) en Estados psicóticos. (1978). Buenos Aires, Argentina: Horme.

adelante se hizo evidente que el ataque no podía interpretarse como meramente anal(...)dijo que al finalizar la sesión anterior había hablado de un peso sobre sus hombros(...)el peso en sus hombros representaba todos los problemas que estaban en su interior, sus objetos introyectados, angustias, depresiones, persecuciones y su propia persona mala; sus fantasías de colocar ese peso sobre mí o dentro de mí eran siempre sentidas por él como un ataque violento hacia mí en el que no sólo yo era transformado en heces sino también en su propia persona mala”.<sup>68</sup>

En este sentido, resulta importante señalar la puntualización del autor en cuanto a la descripción de la sesión y la transferencia presentada ahí: “Resultó una experiencia muy ilustrativa para mí darme cuenta de que este paciente, que al iniciar la sesión era totalmente inaccesible, parecía comprender las interpretaciones de sus temores a la persecución y responder a ellas en la situación transferencial. Hacia el final de la sesión su risa había cesado por completo y parecía mucho menos alucinado”.<sup>69</sup> Es de notar que la relación de objeto y los mecanismos vinculados y desarrollados con dicha relación representan un importante significado en algunas neurosis y psicosis, pero que sin duda, son de gran relevancia en la esquizofrenia.

El citado autor, señala la importancia de una minuciosa y amplia comprensión de la identificación proyectiva, puesto que es justo ahí donde es pretendible la

---

<sup>68</sup> Ibíd.

<sup>69</sup> Ibíd.

apertura de un nuevo campo de investigación, ya que con lo descrito por él se muestra la comprensión e interpretación posible de los fenómenos transferenciales en los pacientes psicóticos. De acuerdo al concepto de identificación proyectiva y sus relaciones con el clivaje del yo<sup>70</sup>, resalta la comprensión de ciertas dificultades comunes en la esquizofrenia con respecto al pensamiento y el lenguaje. Es decir, el clivaje y proyección de partes del *self* desemboca no solamente a una confusión del yo con los objetos, sino también interfieren con las funciones del yo (pensamiento abstracto y el empleo y comprensión de palabras), de manera que los pacientes pueden perder la capacidad de hablar o comprender el contenido de lo que se está diciendo.

Rosenfeld (1965) realiza una descripción del tratamiento psicoanalítico de la psicosis con fundamentos teóricos provenientes de la Teoría Kleiniana, con respecto a las fases de desarrollo infantil y las técnicas descritas por ella, tanto en pacientes neuróticos adultos, en pacientes psicóticos fronterizos y en el análisis de niños. El objetivo de este apartado es hacer una revisión de los aspectos técnicos utilizado en la descripción que hace este psicoanalista en cuanto al trabajo con pacientes psicóticos.

En su artículo intitulado “Consideraciones relativas al abordaje psicoanalítico de la esquizofrenia aguda y crónica” publicado en 1954, afirma: “Me propongo comentar

---

<sup>70</sup> Clivaje del yo: Término introducido por Sigmund Freud en 1927, para designar un fenómeno propio del fetichismo, la psicosis y la perversión en general, que se traduce por la coexistencia, en el seno del yo, de dos actitudes contradictorias, una de las cuales consiste en negar la realidad (renegación), y la otra en aceptarla.

el tratamiento psicoanalítico de la esquizofrenia tal como está siendo desarrollado por una cantidad de psicoanalistas en Inglaterra, entre los cuales me incluyo”.<sup>71</sup> Un primer punto que es tomado a consideración en este enfoque planteado, es la conservación de los aspectos esenciales del psicoanálisis, tales como: la vital interpretación minuciosa de la transferencia negativa y positiva sin emplear el resguardo o ciertas medidas educativas; el reconocimiento y la interpretación del material inconsciente del paciente y sobre todo, la puntualización de las interpretaciones con respecto a las ansiedades manifiestas y latentes del paciente. En este punto se sabe que las manifestaciones psicóticas se incorporan a la transferencia, ya sea en los estados agudos como en los crónicos, de tal forma que se desarrolla lo que se denomina como una “**psicosis de transferencia**”<sup>72</sup>. Así, el objetivo primordial de la tarea del analista dentro del tratamiento consiste en el reconocimiento del fenómeno de la transferencia y su comunicación con el paciente.

En este punto señala una diferencia entre el manejo y tratamiento de los cuadros agudos y crónicos de esquizofrenia, de manera breve serán expuestos los puntos relevantes planteados.

En cuanto a **la esquizofrenia aguda**, la primera dificultad a resolver es indicar un tratamiento ambulatorio o la internación en alguna institución psiquiátrica. Dado

---

<sup>71</sup> H., Rosenfeld (1954) “Consideraciones Relativas al Abordaje Psicoanalítico de la Esquizofrenia aguda y crónica”. Artículo leído en el simposio sobre “Terapia de la esquizofrenia” en el XVIII Congreso Psicoanalítico Internacional en Londres el 28 de julio de 1953. Incluido en Estados Psicóticos (1978) Buenos Aires, Argentina: Horme.

<sup>72</sup> Término introducido por H. Rosenfeld que hace referencia a la transferencia en los pacientes psicóticos.

que se presentan dificultades en el análisis en el sentido del estado del paciente, pues este presenta cambios impredecibles y dramáticos y que en presencia los familiares, éstos pueden no saber cómo responder ante ellos. El traslado de la institución a la consulta complica y llega a agravar el estado del paciente, por tanto, tarde o temprano será preciso el traslado del analista a la clínica o institución según sea el caso, siendo imprescindible el acceso total al medio que rodea al paciente, recibiendo informes de conversaciones, conductas y todo lo que resulte útil al análisis, esto por parte de enfermeras o familiares. Se sabe pues, que esta perspectiva sería el ambiente óptimo para el tratamiento y manejo del paciente, pero también es sabido que las condiciones hospitalarias quizá no sean las más adecuadas teniendo como resultado que el análisis de pacientes esquizofrénicos agudos se lleve a cabo bajo condiciones desafortunadas.

Por otro lado, en el análisis de pacientes agudos es preciso utilizar como material analítico la totalidad de las conductas, sus gestos y actos; esto en un grado mayor que el usual en pacientes neuróticos. Se presentan comúnmente dificultades para hablar, pudiéndose confundir, permanecer negativista o retraído; dicha conducta típicamente esquizofrénica, señala Rosenfeld, es usualmente utilizada para encubrir ansiedades abrumadoras. Así, el paciente es capaz de sostener una conversación común y corriente. Si se usa una interpretación que sirva para una aproximación del analista y dicha interpretación toca sus ansiedades, el resultado de esta operación será la obtención de una respuesta, registrando un cambio en su comportamiento o bien logrará hablar.

En el estado esquizofrénico agudo, el paciente presenta una tendencia a colocar su *self* de una manera total dentro de los objetos, puesto que es poco el *self* que permanece fuera del objeto, perturbando la mayoría de las funciones del yo, incluyendo el habla y el entendimiento de las palabras; inhibe la capacidad de crear relaciones con objetos externos y también interfiere con los procesos introyectivos. Aunado al problema persecutorio de la castración, la proyección agresiva de situaciones y de partes malas del yo que se sitúan sobre el analista representa un importante papel; dado que la proyección de la parte “mala” o “loca” del paciente representa una importante parte en el análisis del grueso de pacientes con esquizofrenia aguda o crónica, que a menudo se encuentra acompañada de una transferencia negativa aguda que es provocada por el miedo del paciente a la retaliación como resultado del ataque proyectivo.

Un elemento que se presenta de forma constante en los pacientes agudos, señala Rosenfeld, es el del impulso esquizofrénico de meterse en el analista con sentimientos positivos y negativos, de igual forma las defensas contra dicha relación objetal, como una típica respuesta de la relación transferencial. Esta temprana relación objetal se encuentra relacionada con los procesos de disociación del yo, denominada por M. Klein identificación proyectiva.

Ahora bien, en el caso de los **cuadros de esquizofrenia crónica**, la descripción de H. Rosenfeld apunta a que algunos de los cuadros crónicos representan a menudo una inaccesibilidad para el tratamiento, hasta el momento preciso de la comprensión e interpretación de los aspectos fundamentales de la psicosis de

transferencia. Al respecto el citado autor agrega: “La dificultad del analista para efectuar la interpretación exacta que necesita el esquizofrénico en cualquier momento dado es muy grande y esto se aplica tanto a los pacientes crónicos como a los agudos. Con frecuencia nuestra contratransferencia es la única guía”.<sup>73</sup> Esto no significa que todos los sentimientos del analista deban ser revelados, aún ante la apariencia que el paciente lo solicita, la relevancia está en la sensibilidad que el terapeuta tenga con respecto a todo lo que el paciente proyecte en él, ya sea por medios verbales o no verbales, pudiendo verbalizar lo que es percibido de manera inconsciente.

Es preciso hacer un señalamiento que resulta importante en cuanto al trabajo con pacientes psicóticos: (...)”Cuando mis interpretaciones no son exitosas, mi comprensión y mis interpretaciones deben estar erradas y necesitan una revisión. En tales circunstancias no creo en la utilidad de cambiar mi técnica, sino que intento comprender mejor el material analítico y la transferencia de manera de acceder al paciente con mis interpretaciones”.<sup>74</sup> H. Rosenfeld conserva los principios básicos de la técnica analítica clásica comparados con el análisis de niños de M. Klein, ya que no se promueve la asociación libre ni el uso del diván, empleando en su lugar palabras, gestos y conductas en su totalidad, haciendo uso de la psicosis de transferencia; siendo tarea del analista seguirla en sus detalles

---

<sup>73</sup>H., Rosenfeld (1954) Consideraciones Relativas al Abordaje Psicoanalítico de la Esquizofrenia aguda y crónica. Artículo leído en el simposio sobre “Terapia de la esquizofrenia” en el XVIII Congreso Psicoanalítico Internacional en Londres el 28 de julio de 1953. Incluido en Estados Psicóticos (1978) Aires, Argentina: Horne.

<sup>74</sup> Ibíd.

positivos y negativos, comunicándole al paciente dicha comprensión en forma de interpretaciones. Y prosigue el autor: “Observé que aun en los casos agudos, los pacientes son capaces de comprender las interpretaciones y de responder a ellas, hecho que no sólo puede deducirse de la confirmación directa del paciente, sino también de la evolución del material analítico”.<sup>75</sup> En los pacientes psicóticos, ya sea esquizofrénicos o maniacodepresivos, aplican sobre el analista una gran presión para que éste actúe en *acting out*<sup>76</sup>. Es preciso tener una actitud determinante y un grado de comprensión que permita tener una certidumbre con respecto a la comprensión de la psicopatología para poder resistir la presión y no renunciar a la situación analítica. Ahora bien, haciendo referencia a la descripción de uno de sus casos, H. Rosenfeld menciona: “En el análisis de Matilde, era importante comprender e interpretar la demanda de una relación ideal como defensa contra la transferencia negativa, de naturaleza específicamente paranoide. Al interpretar esta transferencia paranoide oculta, la relación con el analista se hizo más real, desarrollándose relación de paciente y analista en la que, además de la psicosis de transferencia, apareció una cierta transferencia no psicótica”.<sup>77</sup> Según Bion (1975), esta transferencia no psicótica es observable en pacientes cuya esquizofrenia puede ser de tipo aguda o crónica y se presenta de forma débil y poco clara al inicio del tratamiento, tendiendo a desaparecer por

---

<sup>75</sup> Ibid.

<sup>76</sup> Acting out: Actuar que se da a descifrar a otro, especialmente al psicoanalista, en una destinación la mayor parte de las veces inconciente.

<sup>77</sup> Ibid.

largos períodos. Empero, puede fortalecerse y desarrollarse a través del uso de interpretaciones transferenciales con un significado particular para el paciente. Esto es considerado el factor más importante en el desarrollo del trabajo en el análisis de la psicosis.

De manera histórica y a través del tiempo la “locura” ha pasado procesos y momentos que realzan la importancia de la posición actual con respecto al tema con lo planteado en el marco teórico psicoanalítico. Con base en los autores revisados a lo largo de esta investigación es posible dar cuenta de la importancia a seguir cuestionando la clínica de la psicosis, con todos los factores que la confluyen. Esto, sin determinar un cierre, ni mucho menos haberlo dicho todo con respecto al tema es momento, pues, de concluir.

## **CONCLUSIONES**

En 1914, Freud introduce el concepto de Narcisismo y propone las dos categorías taxonómicas de neurosis de transferencia y neurosis narcisista. En dicho trabajo, plantea la imposibilidad de transferencia en la psicosis. Sin embargo, existen otros teóricos que plantearon la posibilidad de un trabajo analítico con pacientes psicóticos.

Dicha posibilidad, en parte, es gracias al descubrimiento fundamental realizado por Melanie Klein: la identificación proyectiva. Puesto que, es la herramienta que permite tener el mejor acceso a los conflictos, defensas y fantasías inconscientes de los pacientes psicóticos. El uso de la identificación proyectiva, representa el eje principal en cuanto al trabajo con dichos pacientes, dado que su uso permite crear un método de comunicación, definiéndola en término de lo que el paciente hace sentir al analista.

Para M. Klein la identificación proyectiva implica la combinación de la escisión de partes propias y la proyección de estas partes en o dentro de otra persona, ejerciendo una influencia que resulta fundamental en las relaciones objetales, así, junto con la identificación proyectiva, la escisión, la negación omnipotente, la idealización excesiva y la introyección resultan ser mecanismos recurrentes en la posición esquizo-paranoide sirviendo como defensa contra las ansiedades persecutorias.

A. Mendizábal (1996) define que el tratamiento de pacientes psicóticos somete al analista a trabajar a fondo, “Con todo lo que uno es y lo que uno tiene”<sup>78</sup>, sin perder la propia autonomía y sin olvidar comprender.

Sin embargo, para dicho cometido es Wilfred Bion quien prosigue el desarrollo conceptual de M. Klein y quien permite dar cuenta de dicha expresión transferencial.

Para Bion (1957)<sup>79</sup>, la psicopatología de la primera fase del desarrollo es de difícil acceso a la investigación psicoanalítica, dado que es la parte más alejada y oscura en el momento en que se ve a los pacientes, llegando así con alteraciones, distorsiones y confusiones en cuanto a estas primeras experiencias y las posteriores.

Este autor asegura que los pacientes psicóticos tienen partes psicóticas y no psicóticas de la personalidad. De esta forma, se concluye que el método analítico no varía para los estados psicóticos en relación a los pacientes neuróticos, es decir, se trabaja con el mismo encuadre y las funciones del analista resultan ser las mismas que en cualquier otro tratamiento, haciendo énfasis en la interpretación tanto positiva como negativa de la transferencia. Resaltando la importancia del restablecimiento de la función alfa ( $\alpha$ ) por medio de la interpretación de la identificación proyectiva, ya que, el entendimiento de dicha función hará más

---

<sup>78</sup> J.A. Mendizábal (1996). El proceso analítico en las psicosis. Trabajo presentado en el XXXV Congreso Nacional de Psicoanálisis, San Miguel Allende, Guanajuato.

<sup>79</sup> W. Bion (1957) Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas. Volviendo a pensar. (5ª. Ed.) Buenos Aires: Horme. 1996.

tolerable el dolor, logrando la disminución e intensidad del uso de la identificación proyectiva.

Para poder lograr estos objetivos Mendizábal (1996)<sup>80</sup> propone la adecuación del lenguaje al modelo de pensar del paciente, con el fin de lograr un contacto emocional más profundo por medio de la palabra, que llevará de forma indirecta a la restauración de las funciones del aparato perceptual que se encuentran dañadas o incompletas.

Para Bion (1957), aun el sujeto más desarrollado contiene en si partes potencialmente derivadas de la personalidad psicótica manifestados en hostilidad contra el aparato mental, conciencia y realidad interna y externa.

La concepción de este autor en cuanto a la parte psicótica y no psicótica de la personalidad, muestra una visión más integral del sujeto, no limitante a lo establecido actualmente por el sistema; “El analista, presta atención a la verdad que se desprende del discurso psicótico. La aplicación, en nombre de un saber instituido, de medidas intempestivas de “cura” no logra otra cosa que aplastar aquello que demanda *hablar* en el lenguaje de la locura, y al mismo tiempo lo fija en un delirio, con lo que aliena aun más al sujeto”.<sup>81</sup> La apuesta en la clínica actual implica el compromiso de la identificación y el trabajo de “entrarle” a la locura propia y ajena, como una alternativa para los padecimientos presentes en la

---

<sup>80</sup> J.A. Mendizábal (1996). El proceso analítico en las psicosis. Trabajo presentado en el XXXV Congreso Nacional de Psicoanálisis, San Miguel Allende, Guanajuato.

<sup>81</sup> M. Manoni (1970), *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*. México, DF: Siglo XXI. (1983).

clínica de hoy día. Así como la apertura de elementos teóricos y técnicos que permitan y promuevan el crecimiento del psicoanálisis como ayuda para el paciente que acude con una demanda de análisis a la consulta.

Finalmente, lo descrito a lo largo de esta investigación permitió tener una idea puntual y clara de los conceptos planteados por M. Klein, así como las concepciones en cuanto a la técnica Kleiniana desarrolladas posteriormente por W. Bion y H. Rosenfeld y como sé observó el presente trabajo no planteó contraponer o confrontar las ideas de dichos autores, dado que la revisión documental permitió complementar y crear una apertura que posibilita el trabajo clínico con pacientes psicóticos, como una herramienta más del quehacer del psicólogo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Abraham, K. (1908) *Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz*, Psicoanálisis clínico, Buenos Aires, Hormé, 1959.
2. Bion, W. (1963) *Elementos del psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
3. \_\_\_\_\_ (1967) *Volviendo a pensar (Second Thoughts)*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
4. \_\_\_\_\_ (1975) *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
5. Bleger, J. (1967) *Simbiosis y Ambigüedad*. Estudios Psicoanalíticos, Buenos Aires, Argentina: Paidós.
6. Calderón G., (1996) “*Esa agonía llamada locura*” en Historia de la Psiquiatría. México: Edamex.
7. Campuzano, M. (2004) La Antipsiquiatría y su contexto histórico, Revista Subjetividad y Cultura. No. 22, Octubre del 2004.
8. Chemama, R. (2004) *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos, Aires, Argentina: Amorrortu. 2da. Edición.
9. Chertock, L. y de Sausure, R. (1980) *Nacimiento del psicoanalista. Vicisitudes de la relación Terapéutica de Mesmer a Freud*. Barcelona, España: Gedisa.

10. Crespo, L. (1999) *La identificación Proyectiva en la psicosis*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
11. Ellemberger, H.F. (1970) *El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la Psiquiatría dinámica*. Madrid, España: Gredos.
12. Etchegoyen, H. (1999). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
13. Foucault, M. (1964) *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo I. México: Fondo de Cultura Económica. (1967).
14. Freud, Anna. (1951) *Negativismo y sometimiento emocional*. Presentado en el XVII Congreso Internacional de Psicoanálisis, Amsterdam, agosto de 1951.
15. Freud, S. (1894) *Psiconeurosis de Defensa*. Obras Completas: Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Vol. III
16. \_\_\_\_\_ (1895) *Estudios sobre la histeria*. Obras completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Vol. I
17. \_\_\_\_\_ (1905) *Fragmento de análisis de un caso de histeria, (Caso Dora)*. Obras completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Vol. VII.
18. \_\_\_\_\_ (1923) *El yo y el Ello*. Obras completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Vol. I

19. \_\_\_\_ La interpretación de los sueños. Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Vol. V.
20. \_\_\_\_ (1924) *Neurosis y Psicosis*. Obras Completas: Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Vol. XIX
21. \_\_\_\_ (1925) *Presentación Autobiográfica*. Obras completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Vol. XX
22. \_\_\_\_ (1938) *Esquema del Psicoanálisis*. Obras completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Vol. XXIII
23. \_\_\_\_ (1950) *Manuscrito K en Fragmento correspondencia a Fliess (1892-99)*. Obras completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Vol. I
24. \_\_\_\_ (1950) *Manuscrito H, en Fragmento correspondencia a Fliess (1892-99)*. Obras completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Vol. I
25. Gibran, J. (1975) *El loco (Parábolas y poemas)*. México: Libro-Mex.
26. Grinberg L., Sor D. et al. (1973) *Introducción a las ideas de Bion*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
27. \_\_\_\_ (compilador) (1977) *Prácticas Psicoanalíticas comparadas en la Psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
28. Issacs, S. (1944) *Naturaleza y función de la fantasía en Desarrollo del psicoanálisis*, Buenos Aires, Argentina: Horme.

29. Klein, M. (1932). *El psicoanálisis de niños*. Obras completas, Buenos Aires, Argentina: Paidós. Vol. II
30. \_\_\_\_\_ (1935). *Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos*. En *Amor, culpa y reparación y otros trabajos (1921-1945)*. Buenos Aires: Paidós, 1990.
31. \_\_\_\_\_ (1940). *El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos*. En *Amor, culpa y reparación y otros trabajos (1921-1945)*. Buenos Aires: Paidós,
32. \_\_\_\_\_ (1952) *Los orígenes de la transferencia*. Buenos Aires, Argentina: Horme.
33. \_\_\_\_\_ (1962) *Notas sobre mecanismos esquizoides en desarrollos en Psicoanálisis* Buenos Aires, Argentina: Horme.
34. \_\_\_\_\_ (1971) *Envidia y Gratitud*. Buenos Aires, Argentina: Horme.
35. Kolb, L.C. (1992) *Psiquiatría moderna*. México: La prensa médica mexicana. (Trabajo Original publicado en 1977).
36. Manoni, M. (1970), *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis. Le psychiatre, son "fou" et la psychanalyse* México, DF: Siglo XXI (1983).
37. Mendizábal, J.A. (1996). *El proceso analítico en las psicosis*. Trabajo presentado en el XXXV Congreso Nacional de Psicoanálisis, San Miguel Allende, Guanajuato.

38. \_\_\_\_\_ (1999) *Afecto y psicosis. Una manifestación alucinatoria del afecto.* Presentado en el 41º Congreso Internacional de Psicoanálisis. En Santiago de Chile de Julio 25 al 30 de 1999.
39. \_\_\_\_\_ (1993) *Algunos aspectos de la psicosis vista como un desarrollo especial.* Trabajo presentado en el Congreso de la Federación Mexicana de Salud. "Desarrollo Psicológico del ser humano: del nacimiento a la muerte. Universidad Iberoamericana. 5 y 6 de marzo de 1993.
40. Novoa, V. (1999) *Psicoanálisis. Teoría y Clínica.* Universidad Nacional Autónoma de San Luis Potosí, México.
41. Pichon-Riviere, E. (1952) *Quelques observations sur le Transfert chez des patients psychotiques. Revue française de Psychanalyse.* Tomo 16 (1-2).
42. Porter, R. (2002) *Breve historia de la locura,* Turner: Madrid, España, Fondo de cultura Económica.
43. Racamier, P. (1980) *Les schizophrènes,* Paris, Payot (traduc. Castellana Los esquizofrénicos, Madrid, Biblioteca Nueva, 1983).
44. Resnik, S. (1986) *La experiencia Psicótica.* Madrid, España: Tecnipublicaciones.

45. Rosenfeld, H. (1952) *Fenómenos transferenciales y análisis de la transferencia en un caso de esquizofrenia catatónica aguda* en Estados psicóticos. (1978) Buenos Aires, Argentina: Horme.
46. \_\_\_\_\_ (1963) *Observaciones sobre la psicopatología y el tratamiento psicoanalítico de la esquizofrenia* en Estados Psicóticos. (1978). Buenos Aires, Argentina: Horme.
47. Segal, H. (1961) La técnica de Melanie Klein. Su ilustración clínica a través del caso de una paciente con mecanismos esquizoides. Revista Uruguay de Psicoanálisis, vol. 4, Nº 3, en versión castellana por el doctor Willy Baranger.
48. \_\_\_\_\_ (1965) *Introducción a la obra De Melanie Klein.* Buenos Aires, Argentina: Paidós. 1979.

<http://psicopsi.com>. Consultada el 23 septiembre 2010. Estudio del Psicoanálisis y Psicología. Biografía Herbert Rosenfeld.