

## PSICÓSIS Y TRANSFERENCIA.



Rocío Gold.

Revista del Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima

Año II, N 2 págs. 19-21. 1988

En la psicosis falla la prueba de realidad. La persona no logra distinguir los estímulos del mundo externo de aquellos de su mundo interno. Confunde lo que percibe con lo que se representa. Su mente está invadida por imagos, esto es, de personajes prototípicos estáticos que determinan las relaciones con el mundo. Las percepciones no se registran ya que la mente está obnubilada por imagos y fantasmas que no dejan lugar para salir hacia el exterior. Esto no es otra cosa sino la prolongación de un mundo fantástico. No existe nadie más allá de él. En la realidad no hay otros, sino sombras de sus imagos. La persona en este estado carece de vínculos con los objetos. Está solo. En la soledad con desolación de la psicosis.

Para que existan vínculos y objetos, la persona debe poder diferenciar lo percibido de lo que simplemente se representa. La carga de los recuerdos e imágenes debe poderse inhibir para dar paso a la percepción del mundo externo. Debe quedar libre internamente. Solo internamente, para recibir un nuevo estímulo, registrarlo y establecer vínculo con él. Es la capacidad de estar solo de la salud.

Esta inhibición de la intensidad del recuerdo o la imagen la realiza el Yo. El Yo frágil del psicótico de incapaz de llevarla a cabo y por tanto queda en desolación, perseguido e invadido por el recuerdo e imágenes. Imagos que no sólo se presentan de esta forma sino en conductas y sentimientos. Al ser el Yo tan frágil, las imágenes perviven, dominan y lo desbordan, dejándolo en soledad del otro y del mundo.

En la psicoterapia psicoanalíticamente orientada, el instrumento primordial de trabajo de cura es la transferencia. Por este fenómeno entendemos cómo la energía libre del aparato psíquico del paciente, encuentra un lugar y lo ocupa en el terapeuta. Revive así la situación conflictiva pasada, real o imaginaria. Al interpretar la transferencia, la energía vuelve a catequizar su objeto correspondiente de un modo distinto y con una intensidad diferente. Si tomamos en cuenta además, que las respuestas transferencia les más intensas surgen como resistencias justo cuando empieza a emerger material más angustiante, entendemos cómo se repite (en la transferencia) para no recordar, pero también, cómo en esta repetición privilegiada se encuentra finalmente la manera de recordar verbalizando, a través del trabajo mismo de la interpretación.

Pienso que en la psicosis este proceso es dable sólo en un momento terapéutico. Cuando el paciente psicótico llega recién a sesión, uno podría pensar que está transfiriendo, ya que ciertamente la energía libre “ocupa” al terapeuta quien es tomado como personaje del discurso o asumido como otro personaje importante en la historia del paciente. Podríamos pensar incluso que el psicótico está actuando la transferencia (para o recordar) con tal intensidad que se le ha llegado a llamar “transferencia masiva”. Sin embargo, en la práctica, al señalársele al paciente que nos está viendo, tratando o percibiendo “como si” fuéramos otro objeto, él no llega a recibir esta información y menos aún a encontrarle un lugar internamente. Creo que lo que sucede es que para la transferencia puede darse, el paciente debe poder distinguir entre su persona y el mundo externo. La transferencia es una relación de objeto y el psicótico ha perdido sus representaciones de objeto. Lo que se da pueden ser proyecciones mediante las que deposita sobre el terapeuta partes rechazadas de sí mismo o de sus imagos; introyecciones a través de las cuales incorpora al terapeuta en su mundo fantasmático, ilusiones de su personalidad con imágenes de objetos primarios vistos en el terapeuta. Pero no distinto, sino una imago interna más. No por estar presente el terapeuta se convierte en objeto. El terapeuta no existe, el paciente no existe. Sólo está presente el mundo interno.

Para que el paciente perciba el mundo externo debe ser capaz de inhibir la intensidad de sus imágenes. Solo así percibe al terapeuta. Debe tener un Yo que le permita discriminar entre su mundo interno y externo. Sólo percibiéndolo podrá distinguirse él mismo y entonces recordará. Creo que en estos casos el terapeuta debe reclamar su existencia, ya que el paciente no puede buscarlo. Al hacerse “ver”, el terapeuta se diferencia él mismo de la imago, queda libre de la introyección y el paciente puede entonces dirigir la energía hacia la imago, y buscar dentro de sí el recuerdo. Este puede aparecer luego como un recuerdo verbalizado o si no en una transferencia verbalizada donde se reconoce al terapeuta y se le nombra para después llamarlo “como si” fuera a otro.

Cuando inicié el trabajo del grupo terapéutico no lo hice en reemplazo de un terapeuta varón. El grupo me recibió con frialdad. Les fue difícil verbalizar su cólera y a pesar de interpretar repetidas veces sus silencios o monosílabos como una rabia hacia mí por ocupar en lugar del terapeuta anterior, recibí poco eco. Aún así, interpreté transferencialmente cada intervención de los pacientes: yo era la madre que sentían incapaz de acogerlos, a la que agredían, a la que hacían sentir como ellos sentían... Sin embargo a cada intervención me sentía y más sola, abandonada y rabiosa. A las pocas sesiones empezaron a llegar tarde y/o a faltar. Mi sentimiento de rabia iba en aumento. Interpretaba la cólera que ellos podían sentir por el abandono y las respuestas eran “Sí quizá... No... Sólo un poco de pena...”

En una sesión en que media hora antes de terminar se encontraban todos los pacientes, mi sensación de inexistencia era patente. Cada uno estaba en su propio mundo y yo no existía. Intervine en ese momento diciéndoles algo así: “Quisiera decirles que me siento realmente molesta. Estoy fastidiada de sentir que no existo. Vengo cada día a las nueve en punto, espero, estoy y ustedes me dejan sola. Para ustedes no existo y eso me hace sentir tremendamente molesta. Pues mírenme, aquí estoy, existo y ustedes son los que me hacen sentir molesta porque ustedes también existen. “Para mi sorpresa la reacción de los pacientes fue inmediata. Hablaron en ese momento de su rabia por estar con una mujer de terapeuta, de su temor a que no los comprendiera, a que fuera demasiado frágil y también los dejara, de la vergüenza, la rabia por el sólo hecho de que yo fuera mujer, entre otras cosas. El clima cambió y durante los treinta minutos siguientes existí. Siento que entonces fue la primera vez que reclamé mi existencia y creo que ellos me “vieron”, también por primera vez. Anteriormente no fui sino una prolongación de sí mismo y de su no existencia.

Recuerdo que esta intervención la hice con mucha culpa pues pensaba que rompía un encuadre al poner de manifiesto de tal modo mis sentimientos, al exponerme a mí misma tan abierta y realmente. Sin embargo, noté un efecto. Duró el tiempo que mantuve esa actitud. Por inseguridad o temor, volví a lo que yo consideraba lo ortodoxo y por tanto lo adecuado. Y el contacto lo perdí pronto. A partir de entonces es que implementé este tipo de intervención con diferentes matices y descubrí paulatinamente que sólo en esos momentos entro en contacto con los miembros del grupo y además, sólo entonces entran también en contacto entre ellos.

En otra sesión un paciente relataba con placer evidente “sus fechorías”, otro miembro del grupo “competía” con él contando sus borracheras y “pasteleadas”, mientras otro, molesto, afirmaba que los demás eran malas personas que hacían sufrir a sus padres y él en cambio era bueno y responsable. Un por uno intervenía dirigiéndose a mí. Era evidente que cada uno de ellos me veía en ese momento como a su propia madre y como a ella me trataban. Intervine señalando a uno por uno y luego en grupo cómo me veían “como sí” fuera su madre esperando que yo respondiera como tal. Los relatos continuaron y la actitud hacia mí no sólo siguió invariable sino un tanto intensificada. Intervengo entonces diciéndole al primer paciente: “Hey; yo no soy tu mamá, Mírame” y al grupo: “Mírenme, soy Rocío, yo no soy la mamá de ustedes. Soy Rocío, una mujer, más joven y estoy con ustedes escuchándolos.” Después de un corto silencio, el primer paciente recuerda que cuando él era chico su madre no le hacía caso durante horas y él, sufriendo de polio, sólo podía esperar hasta que ella se desocupara para atenderlo. Pudimos ver entonces cómo me quería hacer sentir igual a mí, a la vez que castigarme “como sí” fuera su madre. También el segundo paciente pudo recordar escenas con su propia madre. Sólo cuando yo reclamé mi existencia, me presenté como objeto real, diferenciándome de la imago que me ocupaba en ese momento, pudo darse el recuerdo, ya que al distinguirme, el paciente podía existir como ser distinto con sus imagos en su interior. Entonces sí fue efectiva la interpretación de transferencia.

En el otro grupo de pacientes la dinámica ha sido distinta. Puede implementar este tipo de intervención desde el inicio, gradualmente, y creo que con un mejor manejo contratransferencial, es decir menos impulsiva e intuitivamente. Durante muchas sesiones intervine con frases como: “Yo no soy tu hermana y yo no me voy a portar contigo como ella”, cuéntame, no puedo adivinar lo que está en tu cabeza porque yo no estoy allá adentro.” o “Yo no me voy a morir por que tú no me cuentas que tienes ganas de pegarle. Yo no soy ella”. Siento que en este grupo el tránsito hacia lo transferencial fue gradual, pero llegó. Durante las primeras sesiones los pacientes relataron sus crisis, compartieron entre ellos sus dudas, contaron experiencias del pasado, pero a pesar de relatarlas dirigiéndose a mí, la mayor parte de veces no me nombraban, ni me incluían en su sentir. Yo misma me fui incluyendo poco a poco, buscando un lugar propio. Que me reconocieran primero como Rocío. La primera vez que se hablo de mí por iniciativa del grupo fue cuando éste se enteró de una situación personal real por la que yo atravesaba. Imaginaron mis sentimientos. Yo acepté que sentía y acepté agradecida la preocupación del grupo. Luego los pacientes asociaron con sus propios sentimientos y experiencias similares que habían vivido. La segunda vez se inició, pienso, la transferencia propiamente dicha. En esa oportunidad los pacientes empiezan a hablar de lo difícil que les es sentir, cómo sólo en crisis pueden ser y por tanto sentirse vivos y disfrutar esa sensación. Cómo en el grupo no sienten. Paulatinamente fueron hablando de cuánto extrañaban los miembros que ya que ya no asistían, pasando luego a verbalizar sus sentimientos hacia mí. Finalmente pudieron ver cómo dichos sentimientos se vinculaban estrechamente con lo que había sentido o sentían ocultamente hacia otras personas. Sólo al existir yo como objeto, podían existir otras personas.

Debo aclarar llegado a este punto, que el mantener esta situación es sumamente duro ya que el mundo fantasmático los atrae, pues sienten peligro de un nuevo vínculo donde se repita y recuerden sentimientos de intensidad amenazante.

Como estos ejemplos puedo dar muchos que se agolpan en mi memoria. Todos son momentos. Momentos en los cuales se da el contacto en los que el paciente empieza a sentir porque se otorga existencia al terapeuta pero porque éste reclama su existencia. Entre la niebla que las imagos forman en la mente del paciente, el terapeuta grita “Aquí estoy; ¡Llámame!” y por unos instantes esa niebla se diluye para que la persona salga al mundo y reciba al terapeuta como un objeto nuevo y distinto. En ese momento el paciente discrimina y su Yo se fortalece un poco. La siguiente vez, el terapeuta debe estar listo para seguir llamándolo, porque el paciente ha de tardar un tiempo largo antes de buscarlo como objeto real, querrá fundirse, negarlo proyectar en él, pero su parte más sana estará dispuesta siempre a coger esa mano real que se le extiende entre los fantasmas que lo pueblan en la desolación de la psicosis.

*Volver a Artículos Clínicos*  
*Volver a Newsletter 5-ex-31*