

PROBLEMAS DE LA TRANSFERENCIA EN LOS ESQUIZOFRÉNICOS⁽¹⁾.



Frieda Fromm Reichmann

La mayoría de los autores psicoanalíticos sostienen que no se puede tratar psicoanalíticamente a los pacientes esquizofrénicos, pues son demasiado narcisistas como para entablar con el psicoterapeuta una relación interpersonal que sea suficientemente confiable y consecuente para la tarea psicoanalítica (1, 12, 13). Freud, Fenichel y otros autores se han percatado de que para que los analistas puedan trabajar con psicóticos debe encontrarse una nueva técnica para aproximarse psicoanalíticamente a los pacientes (2, 6, 8, 16, 19, 31-36). Entre quienes en años recientes han trabajado exitosamente con esquizofrénicos, Sullivan, Hill, y Karl Menniger y sus colaboradores, han efectuado diversas modificaciones de su enfoque analítico (14, 17, 21-25, 28, 29).

En nuestro trabajo en el sanatorio Chestnut Lodge hallamos de valor a cambios similares. La técnica que utilizamos con los psicóticos es diferente de nuestro enfoque de los psiconeuróticos (3, 4, 32, 33). Esto no es un resultado de la incapacidad del esquizofrénico para establecer una relación personal consistente con el terapeuta, sino que se debe a sus reacciones de transferencias extremadamente intensas y sensibles.

Veamos en primer lugar cuál es la esencia de las reacciones de transferencia del esquizofrénico, y en segundo lugar, cómo intentamos enfrentarlas.

Para comprenderlas, tenemos que enunciar aquellos aspectos de nuestra hipótesis acerca de la génesis de estas afecciones que tengan importancia para el establecimiento de las relaciones personales del paciente, y por ello, para nuestro enfoque terapéutico.

Consideramos al esquizofrénico una persona que ha tenido graves experiencias traumáticas en la temprana infancia, en una época en la que su yo y su aptitud para examinar la realidad todavía no estaban desarrollados. Estas tempranas experiencias traumáticas parecen proporcionar la base psicológica de la influencia patogénica de las frustraciones de años ulteriores. En esta temprana época el niño vive grandiosamente en un mundo narcisista que le es propio. Aparentemente, algo vago e indefinido, que él no diferencia aún, atiende a sus deseos y necesidades. Como lo observara Ferenczi (7), éstos son expresados mediante gestos y movimientos, dado que todavía no se ha adquirido el lenguaje. Con frecuencia los deseos del niño son satisfechos sin haber sido expresados, resultado que a él le parece un producto de su pensamiento mágico.

Las experiencias traumáticas sufridas en este temprano período de la vida causarán más daño a la personalidad que las que se producen en la etapa posterior de la niñez, tal como se las encuentra en la historia de los psiconeuróticos. La psique del niño pequeño es más vulnerable cuanto menor sea su edad y menos se la haya usado; además, el trauma es un golpe contra el egocentrismo de aquél. Por otra parte, la temprana experiencia traumática abrevia el único período de la vida en el cual el individuo goza, generalmente, de una completa seguridad, poniendo de tal modo en peligro la posibilidad de almacenar una reserva razonable de seguridad y confianza en sí mismo, por decirlo así, que él usará posteriormente en su lucha por la vida. De manera que un niño de este tipo quedará considerablemente más sensibilizado para las frustraciones de

1.- Leído ante la 41ª reunión anual de la American Psychoanalytic Association, Chicago, mayo de 1939. Reimpreso de "Psychoanalytic Quarterly", vol. VIII, N° 4 (octubre de 1939).

la vida ulterior de lo que lo estaría a causa de una experiencia traumática sufrida en una etapa posterior. Por eso muchas experiencias ulteriores de la vida, que significarían poco para una persona “sana”, y no mucho para un psiconeurótico, ocasionan al esquizofrénico un alto grado de dolor y padecimiento. Su resistencia contra la frustración se agota fácilmente.

Una vez que llega a su límite de tolerancia, escapa a la insoportable realidad de su vida presente tratando de restablecer el mundo autista, delirante, del niño; pero esto es imposible porque el contenido de sus ideas delirantes y alucinaciones está teñido, naturalmente, por las experiencias de su vida entera (9-12, 21-25).

¿Cómo influyen estos procesos sobre la actitud del paciente hacia el analista, y sobre el modo como éste trata al paciente?.

Debido a la muy temprana lesión y a la subsiguiente cadena de frustraciones que sufre el esquizofrénico antes de ceder finalmente a la enfermedad, él se muestra extremadamente suspicaz y desconfiado ante todo el mundo, y especialmente ante el psicoterapeuta, que se le acerca con la intención de entrometerse en su vida personal y en su mundo aislado. Para él, la aproximación del médico involucra la amenaza de ser obligado a volver a las frustraciones de la vida real y a poner de manifiesto su incapacidad de enfrentarlas, o -peor aún- significa una repetición de la ingerencia agresiva con que tropezó en circunstancias anteriores respecto a sus peculiaridades y síntomas iniciales.

A pesar de su retraimiento narcisista, todo esquizofrénico posee una noción de la irrealidad y soledad de su mundo delirante sustitutivo. Anhela un contacto y una comprensión humanos, pero teme admitir tal cosa ante sí mismo o ante el terapeuta, por miedo a una nueva frustración. Es por eso que el paciente puede emplear semanas y meses probando al terapeuta, antes de mostrarse dispuesto a aceptarlo².

Sin embargo, una vez que lo ha aceptado, su dependencia del terapeuta es mayor que la del psiconeurótico, y es más sensible que éste respecto a ella, a raíz de su hondamente arraigada inseguridad; la actitud narcisista, de aparente vanagloria, no es más que una defensa.

Cada vez que el analista decepciona al paciente, por razones que expondremos luego -a veces no es posible evitarlo- ello significará una seria desilusión y una repetición de la cadena de frustraciones que el esquizofrénico ha sufrido anteriormente.

Para la parte primitiva de la psique del esquizofrénico, que no discrimina entre sí mismo y el medio ambiente, ello puede significar el apartamiento de las fuerzas sustentadoras impersonales de su infancia. A esta privación vital sucederá una intensa ansiedad.

A la luz de su relación personal con el analista, eso quiere decir que éste sedujo al paciente ofreciéndole un puente a través del cual podría ser conducido desde la total soledad de su propio mundo hacia la realidad y el calor humano, para hacerle descubrir luego que no se puede confiar en ese puente. Siendo así, el paciente responderá, en su desvalimiento, con un estallido de hostilidad o con un renovado retraimiento, como se puede comprobar del modo más impresionante en el estupor catatónico.

Una paciente respondió dos veces con un estupor catatónico cuando yo tuve que cambiar la hora de mi entrevista con ella; en ambas oportunidades aquél se disipó inmediatamente cuando yo la fui a ver y le expliqué las razones del cambio. Esta retracción durante el tratamiento es una manera que tiene el esquizofrénico para manifestar resistencia, y es comparable, dinámicamente, a los diversos expedientes que utiliza el psiconeurótico para el mismo fin³.

El esquizofrénico responde a las alternativas de la comprensión y las defecciones del analista con cambios correspondientes, dramáticos y tormentosos, del amor al odio, de la disposición a abandonar su mundo delirante a la resistencia y aun renovado apartamiento.

Por comprensible que sean estos cambios, pueden no obstante sorprender al analista, quien frecuentemente

2.- Fueron años en el caso mencionado por Clara Thompson (27).

3.- Edith Wigert-Vowinckel (30) observó una dinámica algo similar en lo que ella denomina las “actitudes automáticas” de los neuróticos esquizoides.

no ha observado su fuente. Esto contrasta considerablemente con su experiencia con los psiconeuróticos, cuyas reacciones emotivas durante una entrevista puede habitualmente predecir. Esos cambios imprevisibles parecen ser la razón de que se conciba como inciertas a las reacciones de transferencia del esquizofrénico; ellas siguen empero las mismas reglas dinámicas que las oscilaciones de los psiconeuróticos entre la transferencia positiva y negativa y la resistencia. *Si las reacciones del esquizofrénico son más turbulentas, y aparentemente más impredecibles, que las del psiconeurótico, creo que ello se debe a los inevitables errores del modo como el analista trata al esquizofrénico, errores de los que puede no darse cuenta, y no a la incertidumbre de las respuestas emotivas del paciente.*

¿Por qué es inevitable que el psicoanalista decepciones repetidas veces a sus pacientes esquizofrénicos?.

El esquizofrénico se aparta de una realidad penosa y se retira a algo parecido a la temprana fase del desarrollo en la que no se dispone del lenguaje, y la conciencia todavía no se ha cristalizado. Puesto que la expresión de sus sentimientos no se ve estorbada por las convenciones que él ha eliminado, su pensamiento, su afectividad, su conducta y su lenguaje -cuando lo usa-, obedecen a las reglas operativas del inconsciente arcaico (26). Su pensamiento es mágico y no se atiene a normas lógicas. No admite un *no*, y tampoco un *sí*; no hay reconocimiento del espacio y el tiempo. Yo, tú, y ellos, son intercambiables. La expresión se efectúa mediante símbolos; a menudo mediante movimientos y gestos en lugar de palabras.

Como el esquizofrénico es suspicaz, desconfiará de lo que diga su analista. Lo interpretará, e interpretará los gestos y actitudes incidentales de éste, de acuerdo con su propia experiencia delirante. Tal vez el analista ni siquiera se dé cuenta de estas manifestaciones involuntarias de sus actitudes; pero tienen gran significado para el hipersensible esquizofrénico, que las utiliza como un modo de orientarse respecto a la personalidad del terapeuta y a las intenciones que tiene acerca de él.

En otras palabras, el paciente esquizofrénico y el terapeuta son personas que viven en mundos distintos y en diferentes niveles de desarrollo personal, y que poseen maneras diferentes de expresión y orientación. Sabemos poca cosa acerca del lenguaje del inconsciente del esquizofrénico, y nuestro acceso a él está obstruido por el mismo proceso de adaptación, que nosotros cumplimos, a un mundo que el esquizofrénico ha abandonado. De modo que no tiene que sorprendernos que se produzcan errores y malentendidos cuando tratamos de comunicarnos y nos esforzamos por entablar relación con aquél.

Otra fuente de decepción para el esquizofrénico deriva de lo siguiente: dado que el terapeuta acepta la conducta del esquizofrénico y no la interfiere, esa actitud puede inducir al paciente a esperar que el terapeuta colaborará en la realización de todos sus deseos, aun cuando no parezcan contemplar su interés, ni el del analista y el hospital en sus relaciones con la sociedad. Esta actitud de aceptación, que difiere tanto de las experiencias anteriores del paciente, fomenta con facilidad la esperanza de que el analista ejecute las sugerencias del paciente y tome partido por él, si se presenta la ocasión, aun contra la sociedad convencional. Con frecuencia el analista hará bien en acceder al deseo del paciente de no bañarse y permanecer desaliñado, hasta que éste se muestro dispuesto a hablar acerca de las razones de su conducta, o a cambiarla espontáneamente. Otras veces, lamentablemente, no podrá estar de parte del paciente, sin poder tampoco hacerle entender y aceptar a éste las razones de su posición.

Por ejemplo, cierto día llevé a un paciente catatónico, que pedía un cambio de escenario, a almorzar a una hostería en la campiña, otra vez lo llevé a un concierto, y una tercera a una galería de arte. Después de ello me pidió que le permitiera visitar, con una enfermera, a sus padres que se encontraban en otra ciudad. Le dije que tendría que consultarlo con el superintendente, y le sugerí además que notificara a sus familiares. De inmediato se puso furioso y belicoso, pues esto significaba que yo lo estaba traicionando al consultar con otros lo que él consideraba un asunto puramente personal. Desde su propio punto de vista desaprensivo e infantil, tenía razón. Había salido de su aislamiento a cambio de mi interés personal por él, pero no estaba preparado todavía para admitir a otras personas en esta relación íntima.

Si el analista no es capaz de aceptar la posibilidad de entender mal las reacciones de su paciente esquizofrénico, y de ser a su vez mal interpretado por éste, ello puede afectar a su seguridad en las relaciones con su paciente.

Una vez que el esquizofrénico acepta al analista y quiere confiar en él, percibe su inseguridad. Siendo él mismo inseguro y desvalido -a pesar de su aislamiento, pretendidamente soberbio- se sentirá totalmente abrumado por la inseguridad de quien lo tendría que ayudar. Esa decepción puede proporcionar motivos para estallidos de odio y furor que son comparables a las reacciones de transferencia negativa de los psiconeuróticos, pero más intensos que ellas porque no están limitados por las restricciones del mundo real.

Estos estallidos son acompañados por ansiedad, sentimientos de culpa, y temor a las represalias, los que a su vez inducen un aumento de la hostilidad. Así se establece un círculo vicioso: nosotros decepcionamos al paciente; él nos odia, teme que lo odiamos por ello, y por consiguiente continúa odiándonos. Si además intuye que el analista teme su agresividad, esto confirma su temor de ser considerado peligroso e inaceptable, lo cual aumenta su odio.

“Después de todo, uno no podría ser tan agresivo si no fuera porque existe en el fondo una relación muy estrecha”, dijo un paciente catatónico después de salir de un episodio belicoso y agudamente perturbado.

Además, creo que *el esquizofrénico establece relaciones de transferencia en el sentido más riguroso*, que él puede distinguir de la verdadera relación interpersonal.

Un artista catatónico expresó la diferencia entre las dos clases de relación mientras se encontraba aún en estado delirante y confuso, al decir, señalándose: “Este es el artista, el diseñador y el dibujante”, y luego, mirando en torno mi consultorio, el escritorio, y finalmente a mí, “la científica, la investigadora, la psiquiatra... En cuanto a estos dos, no son válidos mis temores de cambios entre el tratamiento y el daño. Pero hay también otra cosa entre nosotros, y es el temor al daño y al tratamiento, al tratamiento y al daño”. Luego me imploró: “¡Comprenda! ¡Trate de ser psicológica: eso constituirá un comunismo real entre nosotros” (utilizando aquí un símbolo político para indicar un vínculo personal).

Otro ejemplo instructivo lo ofreció un hijo intermedio, no deseado y descuidado, de una madre frígida. Luchó toda su vida por el reconocimiento que le negó su familia. Ambicioso, tuvo una carrera exitosa como investigador. Durante la guerra se lo destinó a un prominente centro de investigación, a alguna distancia de su hogar. Diez años después, luego de varias repeticiones frustradoras de sus conflictos infantiles, se enfermó.

Los primeros dieciocho meses de su análisis fueron un continuo fuego concentrado de aversión y resentimiento. Gritaba: “¡Sucia y apestosa ramera!”, o “¡Maldita judía alemana; vuelva con su Kaiser”, o “¡Ojalá se hubiera estrellado con ese avión que tomó!” Amenazaba con arrojarme toda clase de cosas. Estas turbulentas explosiones podían ser oídas en todo el hospital.

Después de un año y medio su perturbación decreció y comenzó a estar en buenos términos conmigo, aceptando de buen grado algunas interpretaciones y sugerencias. Al preguntarle acerca de su aversión hacia mí, dijo: “Oh, creo que en realidad no la odiaba; en el fondo Ud. siempre me gustó. Pero cuando se me envió al Instituto -¿recuerda?- vi lo que los alemanes les habían hecho a nuestros hombres, y la odié por eso como alemana. Además, mamá, lejos de estar orgullosa de mí como podría haberse esperado, me odió por irme en lugar de quedarme en casa y sostener a su favorito, mi hermano menor. Ud. era mamá, y yo la odiaba por eso. Mi hermana, aunque vive cerca del Instituto, no vino a verme ni una vez, pese a que había prometido hacerlo. De modo que Ud. se convirtió en mi hermana, y yo la odié por eso. ¿Puede echarme la culpa?”.

A partir de estos ejemplos, ¿puede dudarse de que el esquizofrénico manifiesta reacciones de transferencias adecuadas?.

Dado que el enfoque psicoanalítico habitual sólo tiene eficacia con los psiconeuróticos, ¿qué modificaciones son necesarias en nuestra técnica corriente para satisfacer las necesidades particulares de los esquizofrénicos?.

El contacto con el esquizofrénico debe comenzar con un largo período preparatorio de entrevistas diarias (como en el psicoanálisis de niños), durante el cual se da al paciente la oportunidad de familiarizarse con el analista, de descubrir si éste puede resultarle útil, y de superar su suspicacia y su ansiedad respecto a la amistad y la consideración que le ofrece el analista. Después de eso el paciente puede cobrar confianza en su médico, y finalmente aceptarlo.

Un paciente me gritó todas las mañanas durante seis semanas: “No estoy enfermo; no necesito ningún médico; esto no es asunto suyo”. Al comienzo de la séptima semana me ofreció un cigarrillo sucio y ajado. Lo tomé y lo fumé. Al día siguiente había preparado un asiento para mí, cubriendo con una hoja limpia de papel un banco del patio donde fui a verlo. “No quiero que se ensucie el vestido”, comentó. Esto señaló el comienzo de su aceptación de mí en cuanto amiga y terapeuta.

Otro paciente muy suspicaz, después de dos días de temor y confusión, que precedieron a un verdadero pánico, quedó en estado de estupor durante un mes, mudo, resistiéndose a la alimentación y reteniendo las excreciones. A pesar de este cuadro poco promisorio, me senté al lado suyo una hora cada día. El único signo de contacto que manifestó ante mí o cualquier otra persona, fue indicar con gestos que quería que me quedara; todo lo que dijo, en dos días diferentes de este período, fue: “¡No se vaya!”.

Cierta mañana después de esto, lo encontré sentado en el piso de su habitación, que estaba salpicado de orina y esputos, desnudo y masturbándose, y hablando por primera vez, pero tan suavemente que no pude entenderlo. Me acerqué más a él, pero todavía no pude escucharlo, de modo que me senté en el piso al lado suyo, luego de lo cual se volvió hacia mí con genuina preocupación y dijo: “No puede hacer eso por mí, Ud. también quedará complicada”. Después se envolvió en una manta, diciendo: “Aunque he descendido tanto como un animal, todavía sé cómo debo portarme en presencia de una dama”. Luego habló durante varias horas acerca de su historia y sus problemas.

Finalmente le ofrecí un vaso de leche. Aceptó el ofrecimiento, y fui a buscárselo. Cuando volví un momento más tarde, su cordialidad se había convertido en hostilidad, y me arrojó encima la leche. De inmediato se mostró angustiado. “¿Cómo pude hacerle eso a Ud.?, se preguntó con desesperación. Aparentemente, los pocos minutos que yo estuve fuera de la habitación fueron tiempo suficiente para que él sintiera que yo lo había abandonado.

Recuperé su confianza mostrándole que no le daba importancia al incidente. Y durante ocho meses de entrevistas cotidianas continuó hablando. Desdichadamente, entonces sus familiares lo sacaron del sanatorio.

Esto sirve también para ilustrar la diferencia que existe entre la actitud del esquizofrénico hacia el tiempo y la nuestra. Un paciente, cuando yo le dije que tenía que irme por una semana, la expresó así: “¿Sabe lo que me está diciendo? Eso puede significar un minuto y puede significar un mes. Puede no significar nada; pero también puede ser una eternidad para mí”.

Esas expresiones revelan que no hay manera de estimar lo qué significa el tiempo para el paciente; por tanto, no es aconsejable juzgar el progreso según nuestras normas. Simplemente, no se puede apurar a estos pacientes, e intentarlo es peor que inútil. Esto vale para todas las etapas del tratamiento (15).

Esto me fue demostrado por un paciente catatónico, que me dijo, al finalizar cinco meses de lo que me pareció un progreso extremadamente lento en dirección a la salud: “Debo decirle que las cosas van mejor ahora; pero (con ansiedad en su voz) todo se está moviendo demasiado rápido. Esto nos debe hacer algo escépticos”.

Al continuar el tratamiento, no se le pide al paciente ni que se recueste ni que produzca asociaciones libres; estos requerimientos no tienen sentido para él. Debe sentirse libre para sentarse, tenderse en el suelo, caminar, usar cualquier silla disponible, reposar o sentarse en el diván. Nada importa excepto que el analista haga sentir al paciente lo suficientemente cómodo y seguro como para abandonar su aislamiento narcisista defensivo y usar al médico para restablecer el contacto con el mundo.

Si al paciente le parece que una hora de silencio amistoso sirve a este propósito, en buena hora permanezca silencioso: “La felicidad de osar respirar y vegetar y simplemente existir, en presencia de otra persona que no interfiere”, como lo expresó uno de ellos.

El único peligro de estas cordiales horas de silencio es que el paciente acumule en su relación con el analista más tensión de la que puede soportar, suscitándosele con ello una gran ansiedad. Corresponde a las funciones “artísticas” del analista, como las denominara Hill (14), el intuir el momento en que debe interrumpir el silencio amistoso de su paciente.

¿Cuáles son las otras funciones del analista en las entrevistas terapéuticas con el esquizofrénico? Como lo ha enunciado Sullivan (24), debe observar y evaluar todas las palabras, los gestos, cambios de actitudes y semblante del paciente, como lo hace con las asociaciones de los psiconeuróticos. Cada producción individual -sea o no comprendida por el analista- es importante y tiene sentido para el paciente. Por lo tanto, el analista debe tratar de entender, y hacerle notar al paciente que está tratando.⁴ Por lo general, no debe intentar demostrar su comprensión dando interpretaciones, porque el mismo esquizofrénico entiende mejor que ninguna otra persona el significado inconsciente de sus producciones.⁵ Tampoco debe el analista hacer preguntas cuando no comprende, pues no puede saber qué secuencia de pensamientos, lejano sueño o alucinación, está interrumpiendo. Da pruebas de comprender, *cuando lo logra*, respondiendo cautamente con gestos o acciones apropiados a la comunicación del paciente; por ejemplo, encendiendo su cigarrillo en el cigarrillo del paciente, en lugar de usar un fósforo, cuando el paciente parece indicar un deseo de proximidad y amistad.

“A veces, pequeñas cosas como un anillito negro pueden servir”, comentó un joven catatónico cuando yo sustituí una pulsera plateada que estaba usando por un anillo negro de ónix. Aquélla había representado para él una parte de una peligrosa armadura de la que tenía miedo.

Lo que se ha dicho contra la intrusión a través de interpretaciones superfluas en el mundo interior del esquizofrénico, vale también para las sugerencias inoportunas. La mayoría de ellas no significan lo mismo para el esquizofrénico que para el analista. El esquizofrénico que se siente cómodo con su analista, pedirá sugerencias cuando esté dispuesto a recibirlas. Mientras no lo haga, lo mejor que puede hacer el analista es escuchar. El siguiente incidente servirá como ilustración:

Un paciente catatónico se negó a verme. Yo lo había decepcionado respondiendo a su requerimiento de que alguien pasara todo el día con él prometiéndole hacer gestiones para que hiciera eso una enfermera, en lugar de entender que era a mí a quien él quería. En los tres meses siguientes me amenazó con una agresión física cuando fui a verlo diariamente, y sólo pude hablar con él a través de la puerta cerrada de su habitación.

Finalmente volvió a aceptarme, y al terminar una entrevista de dos horas y media afirmó muy serenamente: “Si solamente Ud. pudiera manejar esto de un modo casual, y ser cordial y excluir el asunto a las jóvenes (las enfermeras), quizás yo pudiera hacer las cosas con Ud.” Al día siguiente, en medio de otra hora de confusa charla alucinatoria, prosiguió: “Esto es una gran sorpresa para nosotros. Hubo una cantidad de errores y malentendidos entre nosotros, y ambos aprendimos bastante. Si Ud. consiguiera que yo pueda ver a mis amigos y pasar más tiempo en una sala abierta, y se mostrara despreocupada, podríamos cooperar”. Casi no es necesario decir que actuamos de acuerdo con sus sugerencias.

En contraste con experiencias afortunadas como éstas, en el solitario camino de todo esquizofrénico habrá largos trechos en los cuales el analista no podrá acompañarlo. Repito que esto solo no es razón para desanimarse. *No es por cierto una comprensión intelectual del esquizofrénico el factor terapéutico decisivo, sino que lo son la comprensión simpática y el manejo habilidoso de la relación mutua entre paciente y médico.*

Se tiene que tratar con cuidado y cautela extremos a las reacciones emotivas del esquizofrénico hacia el analista. El efecto que experimenta el sensible esquizofrénico cuando se da por primera vez, y su cautelosa aceptación del cálido interés del analista, son realmente cosas muy delicadas y frágiles. Si el analista trata torpemente las reacciones de transferencia de un psiconeurótico, ello es bastante malo, aunque por lo general no irreparable; pero si se equivoca con un esquizofrénico al tratar un sentimiento positivo, por ejemplo, señalándolo antes de que el paciente indique que está dispuesto a hablar de él, puede fácilmente congelar y extinguir lo que recién había comenzado a crecer, y destruir así toda ulterior posibilidad de terapéutica.

4.- Diethelm destaca también este punto de vista (5).

5.- La Forgue (18) atribuye la cura de un caso de esquizofrenia a su trabajo interpretativo con el paciente. Según mi experiencia, creo que se debió a su sensible enfoque emotivo y no fue el resultado de sus interpretaciones.

Aquí tenemos que navegar entre Escila y Caribdis. Si el analista permite que los sentimientos del paciente se desarrollen demasiado vigorosamente sin proporcionar el desahogo que significa hablar de ellos, el paciente puede asustarse de esta nueva experiencia, y volverse luego peligrosamente hostil hacia el analista.

La manera ideal de enfrentar la hostilidad del paciente es hacerlo sin temor y sin una hostilidad opuesta. La forma que ella asume algunas veces puede hacer esto difícil. Recordemos, sin embargo, que cuanto menos temor perciben los pacientes en el terapeuta, menos peligrosos son.

Una paciente me lo explicó durante las entrevistas que mantuvimos en su etapa post-psicótica de recuperación. “Recuerda Ud.” –dijo– “cuando vino a verme, cierta vez, y yo estaba sujeta por una frazada húmeda, y le pedí que me sacara? Ud. fue a buscar una enfermera, y yo quedé muy resentida porque eso significaba que tenía miedo de hacerlo Ud. sola, y que creía realmente que yo era una persona peligrosa. De algún modo Ud. se dio cuenta de eso, volvió y lo hizo Ud. misma. Eso disipó de inmediato mi resentimiento y mi hostilidad contra Ud., y desde entonces sentí que me podía llevar bien con Ud., porque si no me tenía miedo, eso quería decir que yo no era tan peligrosa y mala como para no regresar al mundo real que Ud. representaba”.

Algunas veces, la franca declaración del terapeuta de que quiere ser amigo del paciente pero que se va a proteger si es atacado, puede ayudar a hacer frente a la agresividad del aquél, y aliviar el temor que siente el paciente de su propia agresión.

Algunos analistas pueden pensar que la atmósfera de completa aceptación y de estricta evitación de toda negativa arbitraria que nosotros recomendamos como regla básica para el tratamiento de esquizofrénicos, puede no estar de acuerdo con nuestro deseo de guiar a éstos hacia una nueva aceptación de la realidad. No creemos que sea así.

Ciertos grupos de psiconeuróticos tienen que aprender, en la experiencia inmediata del tratamiento analítico, a aceptar las negativas que a todos nos reserva la vida. *El esquizofrénico, por sobre todo, tiene que ser curado de las heridas y frustraciones de su vida antes de que podamos esperar su recuperación.*

Otros analistas quizá piensen que el tratamiento que hemos esbozado no es psicoanálisis. No se le dice al paciente que se extienda en un diván, no se le pide que presente asociaciones libres (aunque con frecuencia lo hace), y rara vez se interpreta sus producciones de otro modo que por una aceptación comprensiva.

Freud dice que puede llamarse psicoanálisis a toda ciencia y terapéutica que acepte sus doctrinas sobre el inconsciente, sobre la transferencia y la resistencia, y sobre la sexualidad infantil. Según esta definición, creemos estar practicando el psicoanálisis con nuestros pacientes esquizofrénicos.

Llamémoslo análisis o no, resulta claro que el tratamiento exitoso no depende de las reglas técnicas de ninguna escuela psiquiátrica particular, sino más bien de la actitud básica del terapeuta individual hacia las personas psicóticas. Si las considera criaturas extrañas de otro mundo, cuyas producciones no son comprensibles para los seres “normales”, no las puede tratar. Si en cambio se percata de que la diferencia que existe entre él mismo y el psicótico es sólo de grado y no de especie, sabrá mejor como tratarlo. Podrá identificarse con el paciente lo suficiente como para comprender y aceptar sus reacciones emotivas sin quedar envuelto por ellas.

Resumiendo: *Los esquizofrénicos son capaces de establecer relaciones y reacciones de transferencia adecuadas, pero la psicoterapia exitosa con ellos depende de que el analista comprenda la significación de estos fenómenos de transferencia, y los trate apropiadamente.*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Abraham, Karl: “The Psychosexual Difference between Hysteria and Dementia Praecox”. En “Selected Papers”. Londres, Hogarth Press, 1927.
- 2.- Brill, A. A.: “Schizophrenia and Psychotherapy”, Am. J. Psychiat., vol. IX, N° 3 (1929).
- 3.- Bullard, D. M.: “Organization of Psychoanalytic Procedure in the Hospital” (a publicarse en J. Nerv.

And Ment. Dis.).

- 4.- Bullard, D. M.: "The Application of Psychoanalytic Psychiatry to the Psychoses" (a publicarse en Psychoanalyt. Rev.).
- 5.- Diethelm, Oskar: "Treatment in Psychiatry". Nueva York, Macmillan Co., 1936.
- 6.- Fenichel, Otto: "Outline of Clinical Psychoanalysis". Nueva York, W. W. Norton y Co., 1934.
- 7.- Ferenczi, Sandor: "Stages in the Development of the Sense of Reality". En "Contributions to Psychoanalysis". Boston, Richard G. Badger, 1916.
- 8.- Freud, Sigmund: "On Psychotherapy". En "Collected Papers", vol. I.
- 9.- Freud, Sigmund: "The Loss of Reality in Neurosis and Psychosis". En "Collected Papers", vol. II
- 10.- Freud, Sigmund: "Neurosis and Psychosis". En "Collected Papers", vol. II.
- 11.- Freud, Sigmund: "Psychoanalytic Notes upon an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (Dementia Paranoides)". En "Collected Papers", vol. II.
- 12.- Freud, Sigmund: "On Narcissism: An Introduction". En "Collected Papers", vol. IV, 4º Ed., Londres, Hogarth Press, 1946.
- 13.- Freud, Sigmund: "A General Introduction to Psychoanalysis", XVI. Nueva York, Liveright Pub. Co., 1935.
- 14.- Hill, Lewis B.: "Treatment of the Psychotic Ego". Leído ante la reunion annual de la American Psychiatric Association, St. Louis, mayo de 1936.
- 15.- Hinsie, Leland E.: "Treatment of Schizophrenia". Baltimor, Williams y Wilkins Co.
- 16.- Jelliffe, Smith Ely: "Predementia Praecox", Am. J. M. Sc., 1907, p. 157.
- 17.- Kamm, Bernahard: "A Technical Problem in the Psychoanalysis of a Schizoid Character", Bull. Menninger Clin., vol. I, N° 8 (1937).
- 18.- La Fogue, René: "A Contribution to the Study of Schizophrenia", Internat. J. Psychoanal., vol. XVIII, parte 2 (1936).
- 19.- Muller, Max: "Über Heilungsmechanismen in der Schizophrenie". Berlín, S. Karger.
- 20.- Schilder, Paul: "Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage". ("Internationale Psychoanalytische Bibliothek", N° XVII). Viena, Internationaler Psychoanalytische Verlag.
- 21.- Sullivan, Harry Stack: "The Oral Complex", Psychoanalyt. Rev., vol. XII, N° 1 (1925).
- 22.- Sullivan, Harry Stack: "Affective Experience in Early Schizophrenia", Am. J. Psychiat., vol. VI, N° 3 (1927).
- 23.- Sullivan, Harry Stack: "Research in schizophrenia", ibíd., vol. IX, N° 3 (1929).
- 24.- Sullivan, Harry Stack: "The Modified Psychoanalytic Treatment of Schizophrenia", ibíd., vol. XI, N° 3 (1931).
- 25.- Sullivan, Harry Stack: "Sociopsychiatric Research: Its Implications for the Schizophrenia Problem and for Mental Hygiene", ibíd., vol. X, N° 6 (1931).
- 26.- Storch, Alfred: "The Primitive Archaic Forms of Inner Experiences and Thought in Schizophrenia". ("Nervous and Mental Disease Monograph Series", N° 36). Nueva York, Nervous and Mental Disease Pub. Co.
- 27.- Thompson, Clara: "Development and Awareness of Transference in a Markedly Detached Personality", Internat. J. Psychoanal., vol. XIX, parte 3 (1938).
- 28.- Tidd, Charles W.: "Increasing Reality Acceptance by a Schizoid Personality during Analysis", Bull. Menninger clin., vol. I, N° 5 (1937).
- 29.- Tidd, Charles V.: "A Note on the Treatment of Schizophrenia", ibíd., vol. II, N° 3 (1938).
- 30.- Weigert-Vowinckel, Edith.: "A Contribution to the Study of Schizophrenia", Internat. J. Psychoanal., vol. XIX, parte 3 (1938).
- 31.- Waelder, Robert: "Schizophrenic and Creative Thinking", Internat. J. Psychoanal., vol. VII (1926).

- 32.- Weininger, B.: "Psychotherapy during Convalescence from Psychosis", Psychiatry", vol. I, N° 2 (1938).
- 33.- Weininger, B.: "The Importance of Re-educational Therapy in Recovered Psychotic Patients" (a publicarse).
- 34.- White, William A.: "Study on the Diagnosis and Treatment of Dementia Praecox", Psychoanalyt. Rev., vol. VIII (1917).
- 35.- White, William A. y Jelliffe, Smith Ely: "The Modern Treatment of Nervous and Mental Diseases". Filadelfia, Lea y Febiger.
- 36.- White, William A.: "Outlines of Psychiatry". Washington , Nervous and Mental diseases Pub. Co. , 1935.
- 37.- Lewis, Nolan D. C.: "Research in Dementia Praecox". Rito Escocés de la Franc-masonería de la Jurisdicción Masónica Septentrional de los EE. UU. de América, 1936.

Volver a Artículos Clínicos
Volver a Newsletter 14-ex-40