

PSICOANÁLISIS DE PACIENTES SEVERAMENTE PERTURBADOS.



Dr. David Rosenfeld

Pacientes con trastornos severos son aquellos que pueden llegar a perder contacto con la realidad (episodios psicóticos transitorios muy comunes en la adolescencia) o pacientes muy perturbados, que también se incluyen en esta categoría, como drogadictos, bulimias, anorexias, trastornos psicósomáticos severos como colitis ulcerosa, trastornos de la piel y asma severa.

Dentro de esta clasificación de “severamente perturbados” hay que incluir momentos del tratamiento de un paciente donde se repite, o revive, o actúa con el psicoanalista estados emocionales muy primitivos o regresivos.

Cuando esto ocurre dentro de la sesión, lo llamamos transferencia entre paciente y terapeuta de tipo primitiva o regresiva. También se lo denomina transferencia psicótica.

Sintetizaré a continuación ejemplos de este tipo a través de dos casos clínicos.

- 1.- Definiré transferencia en pacientes severamente perturbados.
- 2.- Desarrollaré la noción de espacio mental, percepción de sí mismo o insight (en inglés significa visión interior), y también contratransferencia, que son las emociones que provocan los pacientes sobre el psicoanalista.
- 3.- Ejemplos clínicos.
- 4.- Como síntesis final, quiero señalar que todos estos pacientes severamente perturbados son curables. El asunto es tomarlos a tiempo y que puedan ser tratados por un psicoanalista competente, bien formado y, sobre todo, con sentido común.

1- TRANSFERENCIA EN PACIENTES SEVERAMENTE PERTURBADOS

Quizás lo que Freud llamo transferencia en los casos de psicosis era un tipo de transferencia que no coincidía, no cuadraba, en su teoría general de la transferencia y de la neurosis que él tenía en esa época. Pero si observamos la transferencia en estos casos como un sistema o modo más primitivo e indiferenciado de comunicación; y si esto lo ubicamos en el contexto de otras hipótesis; o quizás de otras concepciones teóricas, pienso que algunos acontecimientos entre paciente y terapeuta pueden ser definidos como transferencia.

El despliegue de la transferencia en un paciente psicótico requiere para su aparición -o detección por el terapeuta- de algún tiempo. Y esa transferencia puede ser rápida, abrupta (d’emble). Pero otras veces, por el contrario, puede llevar meses el poder detectar material de transferencia con certeza. (Me refiero a pacientes en psicosis aguda especialmente).

La transferencia psicótica puede ser observada especialmente en el tratamiento de pacientes psicóticos, descrita por Bion (1967) como prematura, precipitada, intensamente dependiente, tenue, tenaz, y basada en la identificación proyectiva.

Hasta cierto punto se asemeja a lo que Freud (1925) describe dentro de otro modelo teórico cuando dice: “Bajo la influencia del Ello, han asumido formas de expresión que son extrañas a nuestra comprensión “ (se

refiere a la transferencia). (Pág.205).

Esto es lo que le ocurre al historiador de las ciencias, él descubre que un autor describe un hecho con notable agudeza y precisión, desde el punto de vista fenomenológico, pero luego no lo incluye en su teoría general. O por el contrario argumenta luego que eso no existe.

Quizás algo similar le ocurrió a Freud, con su clara descripción y concepción de la transferencia en lo más primitivo y profundo del ser humano.

Por su parte Herbert Rosenfeld (1987) cuando habla de transferencia psicótica agrega en su descripción un uso especial de la identificación proyectiva y argumenta que al proyectar sus estados y emociones confusionales dentro del terapeuta, no solo se los expulsa de dentro de él, sino que, además, tal como lo hizo en su infancia, le permite al otro -en este caso el analista- que tome conocimiento de sus emociones y ansiedades.

Yo coincido con algunas de las definiciones de transferencia psicótica hecha por otros autores: Searles (1965), Segal (1944), H. Rosenfeld (1987), Bion (1987). Yo agrego el elemento de “absoluta convicción” que es por lo cual el paciente cree - (casi con convicción delirante)-, lo que el terapeuta le va a hacer contra él. Y lo que es importante el paciente “actúa en consecuencia”. Y este tipo de transferencia puede ser de variedad “silenciosa”, o sea no expuesta y abiertamente delirante y/o violenta. Este es un tipo especial de transferencia psicótica, donde la transferencia no es expuesta abiertamente, pero en sesión podemos observar ciertas reacciones y, desde esta pequeña y microscópica respuesta debemos deducir lo que el paciente cree delirante lo que el analista hace o dice contra él.

TRANSFERENCIA PRIMITIVA, TAMBIÉN LLAMADA REGRESIVA O TRANSFERENCIA PSICÓTICA.

(Essays in honor of Horacio Etchegoyen, 1997). Cuando hablamos de transferencia psicótica, a menos que incluyamos la noción de tiempo y lapso de tiempo necesario para descubrirla y el radar o microscopio para detectarla, nuestra respuesta puede ser que tal transferencia no existe. Es igual al ejemplo del famoso físico Eddington: si un investigador le afirma que este es el pez más pequeño que existe en el mar Mediterráneo, Eddington le respondió; ese es el hueco o agujero más pequeño de su red de pesca, que es de un centímetro de diámetro, y eso es todo en investigación.

Coincidiendo con otros autores, pienso que la investigación de la transferencia en las psicosis es la vía importante para el progreso del psicoanálisis.

2- ALGUNAS IDEAS SOBRE ESPACIO MENTAL, INSIGHT Y CONTRATRANSFERENCIA.

Pienso que en los casos de pacientes graves el analista tiene acceso al insight, antes que el propio paciente pueda percibirlo en su mente.

Por lo tanto, sugiero una revisión de la teoría del insight, puesto que hay casos en los que el insight tiene lugar en otro espacio, en otra mente, en otro espacio mental. Esto nos lleve a considerar otra hipótesis: de que el aparato mental del paciente psicótico puede estar en otro cuerpo, en otra mente.

Aquellas intensas emociones que despiertan el paciente psicótico o, severamente perturbado, y cuya naturaleza va más allá de la empatía normal o la normal transferencia de afectos, fue conceptualizada por muchos autores dentro del término “contratransferencia”.

Poniendo límites a los propios problemas personales del terapeuta, y usando los signos y mensajes recibidos y sentidos, la contratransferencia es algo acerca de lo cual debemos pensar, y no evacuar o interpretar inmediatamente. Metodológicamente, contratransferencia es una hipótesis. Hipótesis creada por el psicoanalista en su propio campo de trabajo. No es una certeza, no es una certitud. Es una hipótesis de trabajo para seguir pensando y observar, y sobre todo reflexionar acerca de ella.

Los pacientes psicóticos comunican intensas emociones hacia nosotros a través de mecanismos de los cuales aún conocemos muy poco (proyección, identificación proyectiva, mensajes paradójales, la fonología o música de la voz, la forma de romper o quebrar ciertas frases, los trastornos semánticos o sintácticos, etc.).

La forma o modalidad en que el paciente psicótico habla o se expresa es tan rica en información, como lo pueden ser los sueños o recuerdos en un paciente neurótico. (Lieberman 1983).

CONTRATRANSFERENCIA Y EMOCIONES

Algunos pueden decir que la contratransferencia es perturbadora. Yo les diría que es cierto. Pero solamente si el terapeuta no percibe que es lo que la contratransferencia significa y si no sabe cómo manejarla técnicamente o no sabe cómo usarla. Los trabajos sobre contratransferencia son usualmente escritos recién luego que hemos entendido casi todo acerca de ello. Si no tomamos conocimiento con las intensas emociones que los pacientes psicóticos nos hacen sentir, por supuesto muchos encontrarán perturbadoras esas emociones. Insisto, es un mensaje para ser decodificado.

Boyer (1990, 1992, 1998) ha escrito en gran profundidad acerca de ambos aspectos. La frecuencia de la contratransferencia y también de la contraidentificación proyectiva descritas por los terapeutas es una afirmación que indica la intensidad y lo primitivo de la relación regresiva entre paciente y terapeuta, y también de la naturaleza de esa comunicación emocional primitiva. Bion (1967) afirma que, con los primitivos desórdenes mentales, es como si los pacientes fueran niños que nunca han tenido la posibilidad de emplear la proyección o la identificación proyectiva con madres que los hubieran podido contener. La contratransferencia podría muy bien ser un resultado de sus intentos de desarrollar esta técnica para ser contenidos en forma más satisfactoria.

3- EJEMPLOS CLÍNICOS

a). - En un ciclo de conferencias que di en Montreal, Canadá, en 1990, una de las conferencias se refería al tema de la contratransferencia, y fue muy grato recibir comentarios de distinguidos colegas de la Sociedad Psicoanalítica de Montreal, que me estimularon en seguir estudiando este tema. Y es así que escribí un trabajo de lo que creí que eran mis más intensas experiencias personales como psicoanalista, que luego incluí en un libro. (Rosenfeld, D., 1992).

Una de las más excitantes experiencias contratransferenciales la viví varios años atrás, mi hija más joven apareció enferma de rubéola, y yo, un hombre grande, me contagié de ella. El problema, mejor dicho, la tragedia, aparece porque en esa época estaba trabajando una paciente que estaba en los primeros tres meses de su embarazo, y que tenía cuatro sesiones por semana. Usualmente un embarazo de los primeros tres meses, es de rutina provocar un aborto, por las lesiones que provoca la rubéola en el feto. Entonces ustedes quizás puedan llegar a imaginarse cuán terrible fue mi estado de ánimo, y qué terrible fue cuando tuve que comunicarle a la paciente esto por teléfono.

En mi tratamiento psicoanalítico personal pude ser ayudado para elaborar mis ansiedades y pesadillas, y tratar de hacer frente al hecho real de mi enfermedad y la posible amenaza a mi paciente embarazada.

De todas las pesadillas que tuve en esa época voy a transcribir sólo una: yo estaba en un hospital donde había sido médico residente, y soñé con una paciente que allí había fallecido cuando fue recibida en la guardia, y esta escena aparece en mi sueño. Me desperté en medio de la pesadilla de un salto. En mi análisis personal fue posible darme cuenta de mis sentimientos de culpa y miedo de que pudieran ambas, mi paciente y su bebé morir. Si no hubiera estado en psicoanálisis personal y supervisión, posiblemente no hubiera llegado a poder diferenciar entre mis problemas personales y el real problema actual en el mundo externo, como es el caso de esta rubéola real. Y esto es algo que, siempre recomiendo, retomar los análisis personales y la supervisión, con buenos analistas, sobre todo si trabaja con pacientes borderlines o situaciones imprevistas (Green, 1975).

Durante varias semanas el único contacto con la paciente fue hablar por teléfono con ella, hasta que fue confirmado con minuciosos estudios clínicos que ella ya tenía los anticuerpos, lo que confirmaba que ella ya había tenido la rubéola en su infancia. Y, por lo tanto, no había peligro de contagio. Ella reanudó su tratamiento conmigo cuando los médicos consideraron que no había ya ningún peligro de contagio.

b)- Otro caso clínico que tuvo un profundo impacto emocional en mi vida como psicoanalista fue el siguiente. Una mujer me pide una entrevista, cuando ella viene a mi consultorio su cara y su voz me resultan familiares, pero ella tenía el color del pelo cambiado y su apellido no era el conocido, ya que usaba su apellido de soltera. Por lo tanto, yo pensé que estaba posiblemente equivocado, y, sobre todo, cuando ella me dice que ella nunca había estado en un tratamiento psicoanalítico antes.

Tuvimos varias entrevistas previas al inicio del tratamiento psicoanalítico, y en una de ellas la paciente habla acerca de los problemas que tenía con su marido, sus hijos adolescentes, y también habló de su cuñada, una muy famosa actriz de teatro y televisión.

En ese instante, yo me sentía muy extraño y desconcertado, como cuando uno experimenta el impacto de lo que son las experiencias familiares que se transforman en algo desconocido, extraño, lo que Freud en 1919 denominó “UNHEIMLICH”, que fue traducido en algunas ediciones en castellano como lo siniestro.

A los fines de recuperarme del impacto y de los trastornos que provocó en mi propia identidad, tan pronto como la paciente deja el consultorio fui a chequear mi antigua agenda telefónica para poder ver si era yo el que estaba confundido o era la paciente; o era que ella no recordaba o rechazaba el reconocer que había estado conmigo en un tratamiento cinco años atrás.

Afortunadamente, para mi tranquilidad y mi identidad personal, pude confirmar que la paciente tenía el mismo número telefónico, el mismo primer nombre, pero en aquella oportunidad años atrás uso su apellido de casada y ahora su apellido familiar de nacimiento, además que vino con un total cambio de color de cabello.

Como yo lo describo, (Rosenfeld, D, 1992) fue un gran impacto contratransferencial que yo recibí basado en una intensa identificación proyectiva de la paciente, la cual proyectó en mí sus trastornos de identidad y su despersonalización. Esa excesiva disociación o negación de su previo tratamiento conmigo, no es algo tan común que un analista encuentre todos los días en su trabajo. Yo decidí comenzar su tratamiento psicoanalítico y tener la calma y la serenidad de esperar y ver qué pasaba con tal poderosa disociación y negación. El tratamiento continuó a lo largo de varios meses con el acostumbrado y clásico encuadre. En una determinada sesión la paciente me dice que en realidad había estado “en un cierto tratamiento con un psicoterapeuta salvaje”.

Tratemos ahora de volver al material clínico. Yo continuaba con la investigación hacia aquél “ENIGMATICO PREVIO TERAPEUTA”. Pero uno debe tener en su mente la misteriosa y extraña sensación contratransferencial de encontrarse enfrentado acerca de quién es uno para este paciente. Y al fin de todo, quién realmente es uno. Quizás no era tanto una cuestión de ser o no ser, como Shakespeare dice “to be or not to be”, sino más bien si yo había sido o no había sido un ser existente para esta paciente. Así fue que al final de esa sesión recordé una escena de mi obra de Shakespeare preferida, El Rey Lear, y me encontré a mí mismo recordando en inglés “Who can tell me who I am?” (¿Alguien puede decirme quién soy yo?).

Estoy en condiciones de afirmar que ser el objeto uno mismo de la alucinación negativa de otra persona es algo inimaginable, difícil de transmitir, y una extremadamente extraña experiencia contratransferencial. Ahora yo creo que ella proyectó y depositó toda su mente en mí en aquella ocasión. Pero la mente de ella estaba en otro espacio y en otro tiempo, y más aún, dentro de otra persona. El espacio correspondiente al tratamiento no estaba depositado entre nosotros. Quizás ella había proyectado y se había vaciado dentro de mí.

De esto último puedo teorizar de que ella no había sido analizada por el Dr. Rosenfeld, sino que estuvo viviendo y depositada dentro del Dr. Rosenfeld, y éste pensando en lugar de ella. Es importante hacer notar que durante su pubertad esta paciente había escapado de la guerra en Europa. Por lo tanto, es posible suponer que ella había depositado y proyectado en mí todo su SELF de una niña huyendo del terror, y de los horrores de la guerra y de la exterminación. Ella no tenía espacio mental en su propia mente para poder disociar o reprimir. Entonces, una vez que todo su SELF fue proyectado y ubicado en otra mente, en otro espacio, la paciente puso años de luz de distancia entre ella misma y esa parte de su SELF. Como

resultado, ella encontró imposible muchos años después, de enfrentarse nuevamente con lo que ella antes había depositado en mí. Ella encontró eso difícil o imposible de tolerar, especialmente los horrores de la guerra y la persecución dentro de su mente. Y, por lo tanto, aprendió a vivir y sobrevivir de esta manera, perdiendo enormes trozos de su mente a lo largo del largo camino de la vida.

Dentro de su propia lógica, ella depositó en mí su aparato pensante. Luego cuando ella se fue, y ahora cuando ella retornó al tratamiento, ella dijo “yo nunca estuve aquí” (Rosenfeld, D. 1987,1993).

Aquí yo propongo cuatro hipótesis con diferentes teorías e implicaciones técnicas:

- 1.- Que ella perdía partes de su mente de su self, que se ubican lejos a considerable distancia.
- 2.- Que ella proyectaba dentro de otro su propia identidad y sus trastornos de identidad; y ella luego no reconocía su self puesto en otro. Esto me lo hacía sentir en la contratransferencia, por lo cual yo terminaba diciendo ¿alguien puede decirme quien soy yo?, parafraseando al King Lear de Shakespeare.
- 3.- Que ella deseo tener un depositario en mí, o, además.
- 4.- Que encapsuló autísticamente parte de su mente en el tiempo en que estuvo en tratamiento conmigo. En este caso estaba y funcionaba de la misma manera que aquellos pacientes que vivieron o huyeron de los horrores de la persecución nazi, muchos lograron crear un encapsulamiento autista, preservando parte de su infancia en esa cápsula autista. Estos mecanismos los describo con ejemplos clínicos en pacientes sobrevivientes del holocausto, quienes luego de cuarenta años fue posible para uno de los pacientes recordar su propio nombre, que tenía borrado desde su infancia junto con los horrores de la guerra. Otra paciente fue capaz de recordar en sesión el idioma de su infancia y las canciones que solía cantar cuando niña con su padre en Europa.

4- CONCLUSIÓN

Como síntesis final, quiero señalar que todos estos pacientes severamente perturbados son curables. El asunto es tomarlos a tiempo y que puedan ser tratados por un psicoanalista competente, bien formado y, sobre todo, con sentido común.

BIBLIOGRAFÍA.

- BICK, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psychoanalysis* 49:484-496.
- BION, W. (1967) Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. In *Second Thoughts*. London: Heinemann.
- (1953). Notes on the theory of schizophrenia. *International Journal of Psychoanalysis* 35.
- BOYER, B. (1983). *The Regressed Patient*. New York/London: Jason Aronson.
- “(1990). Countertransference and technique. In *Master Clinicians*. Northvale, N. Jersey/London: Jason Aronson.
- (1994). Introduction: Countertransference: Brief History and Clinical Issues with Regressed Patients. In *Master Clinicians on Treating the Regressed Patient*. Jason Aronson: Northvale, N. Jersey/London.
- (1999). *Countertransference and Regression*. Jason Aronson: Northvale, N.J/London.
- FREUD, S. (1914). (a) On narcissism: An introduction. *S.E.*, 14. (b) Remembering, repeating and working-through. *S.E.*, 12.
- GREEN, A. (1977) *Le Discours vivant. La conception psychanalytique de l’affect*. Presses Universitaires de France.
- GREEN, A. (1992). *La folie privée*. Gallimard: Paris.
- “(1996). La sexualité a-t-elle un quelconque rapport avec la psychanalyse?. In *Revue française de psychanalyse* 60, p.829-848.
- (1997). *Les chaînes d’Eros*. Editions Odile Jacob: Paris.
- LIBERMAN, D. (1983). *Lingüística, Interacción Comunicativa y Proceso Psicoanalítico*, Ed. Galerna. Buenos Aires: Nueva Visión.

- ROSENFELD, D. (1990) Psychotic body image. In B> Boyer and P. Giovacchini (Eds.), Master Clinicians on Treating Regressed Patients. NorthVale , N.J. : Jason Aronson.
- (1992) The Psychotic Aspects of the Personality. London: Karnac.
- (1999). Dictionaire de la psychanalyse. Toxicomanie , addiction, et trasfert psychotique. E ditor De Mijolla, A. Calmann-Levy. Paris . Impresed.
- ROSENFELD, H. (1987). Impasse and Interpretation. London : Tavistock.
- SEARLES, H. (1965). Transference psychosis in the psychotherapy of schizophrenia. In Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects. London : Hogarth/Karnac, 1986.
- SEGAL, H. (1994). Fantasy and reality. International Journal of Psycho-Analysis 75/2:395-40.

<http://www.apdeba.org/index.php?option=content&task=view&id=395>

Volver a Artículos Clínicos

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.