

## ***Delirio de Transferencia***\*

Salomón Resnik

### **RESUMEN**

El delirio de transferencia corresponde a un aspecto particular del contexto analítico donde algunos aspectos del paciente son reactualizados.

El aspecto ya sea a nivel “interpretación” de la realidad, delirante puede ser explicado ya sea a nivel del pensamiento, perceptivo, ya sea a nivel del juicio, o aun a nivel de una que el paciente puede hacer a nivel de algunos elementos que configuran la situación analítica.

A través de varios ejemplos de pacientes psicóticos intento transmitir y formular algunas vivencias de transferencia y contratransferencia que corresponden a la noción de delirio de transferencia y a diferentes aspectos vinculados a la psicopatología de la situación analítica.

Estas diferentes descripciones y categorizaciones semiológicas creo que podrían ser utilizadas en la comprensión y la práctica analítica de la psicosis.

### **HOMENAJE A PICHON RIVIERE**

---

\* Este trabajo es parte del libro a editarse: “*Délire et Réalité*”, y se publica en la *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* con autorización especial del autor.

Este trabajo forma parte de una investigación sobre el delirio y la vida. Durante el año 1977 se me encargó desarrollar una serie de conferencias en el Hospital Sainte Anne de París, acerca del problema del delirio.

Mi primer contacto con la psiquiatría y el psicoanálisis, hacia mediados del año 40, se concretó en la notable personalidad de Enrique Pichon Riviere. Yo era muy joven entonces y bahía comenzado ya a trabajar en psicología infantil y más tarde tuve la posibilidad de hacerlo como psicoterapeuta de niños psicóticos en la clínica de Pichon en la calle Copérnico. Tenía así la posibilidad de verle y hablar con mi Maestro Pichon Riviere todos los días. El aprendizaje, término que él utilizaba mucho, se instrumentaba siempre sobre la praxis cotidiana y a manera de taller. El equipo tenía la posibilidad de vivir la psiquiatría psicoanalítica como formando parte de lo cotidiano.

Personalmente, mi contacto con la psicosis, el delirio y la vida, estaba ligado a la enseñanza de Pichon . El modelo de su enseñanza era el diálogo, un encuentro estimulante y creativo con la angustia de ser. Ser psicoanalista de psicóticos significa asumir una actitud de riesgo y de verdad. No hay aventura creativa sin cierto riesgo, sin asumir la vida.

El psicoanálisis es a la vez una ciencia y un arte, como dice d'Alembert, “el arte y la ciencia, una especie de laberinto donde el espíritu se introduce sin conocer mucho el camino

El doctor Pichon Riviere me estimulé a “marchar” y descubrir una vocación. El contacto con Pichon fue un punto de partida esencial en mi camino. Respeté siempre el derecho de cada uno de buscar su propia ruta. Desde el comienzo de la praxis mi Maestro me dio la posibilidad de “vivir” la experiencia psicoanalítica con pacientes psicóticos, guiándome en los primeros pasos.

Hay muchos conceptos de Pichon que reconozco importantes pero es

sobre todo en la experiencia del encuentro con la psicosis donde hallé un modelo de aproximación humana útil y estimulante.

La noción de contratransferencia, es decir, aceptar ser “partie-pris” de la transferencia, me permitió elaborar una ética del encuentro. Recuerdo siempre las palabras de Pichon cuando me decía, “aun con un psicótico crónico y grave no hay que olvidar que se trata de una persona, de alguien que no es jamás totalmente loco ni totalmente normal y que tiene sus propias referencias socioculturales”.

El analista debe asumir respetuosamente los principios de realidad del otro y confrontarlos con los suyos. Tolerar la diversidad en el encuentro es un punto de vista estructurante y ético que puede permitir una exploración prudente y profunda a la vez. Es necesario no sobrepasar la distancia del otro, hay que descubrirla, al igual que aceptar su posición, su propia perspectiva y su punto de vista personal en el espacio y en el tiempo: el analista debe explorar y explorarse en su contratransferencia para saber dónde colocarse y como.

En 1955 vine por primera vez a Europa con Pichon para asistir a un congreso internacional de psicoanalistas en Ginebra. En esa ocasión tomé contacto —inspirado en todo aquello que había aprendido con el doctor Pichon Riviere y su mujer— con M. Klein y su escuela.

Mi decisión de profundizar en Inglaterra mis estudios sobre la psicosis y luego instalarme en París era la realización de un sueño mío, cuyo punto de partida era, estoy seguro de ello, un sueño de Pichon.

Me siento así como un hijo que ha realizado su deseo pero que, fiel y comprensivamente, ha realizado también el deseo de su padre.

El contacto con pacientes psicóticos nos confronta con problemas esenciales de la teoría y de la práctica psicoanalíticas.

La noción de encuadre analítico constituye la base formal que permite al analista-etnólogo\* emprender una tarea difícil de realizar. La noción de con-

---

\* El modelo etnológico corresponde a la función del analista que realiza el trabajo de campo (field-work).

tránsferencia significa que el analista es *partie-pris* en la situación y cuando se trata de un paciente psicótico la responsabilidad es mayor aún; en particular esto es debido al hecho de que las vicisitudes de la transferencia y contra-transferencia son habitualmente inesperadas y muy alienantes, tanto para uno como para otro...

Si el paciente presenta una modalidad de su pensamiento y de su actuar que corresponden a la noción de delirio, la actitud del analista consistirá en mirar, escuchar, ser más o menos sensible al discurso y al comportamiento del paciente, preservándose sin embargo del peligro de quedar alienado por el delirio en acción. Por otro lado, si el discurso analítico —el que emplea el analista— es muy formal y frío, y a menudo muy absoluto, es el paciente quien puede tener miedo de ser invadido y contaminado por la “convicción científica” del analista. Es a este fenómeno que llamo “situación bi-narcisística”. El saber científico, absolutizante, se confronta así con la convicción “científica” del delirio, sobre todo en el delirio sistematizado.

H. Rosenfeld ha señalado en diversos trabajos la importancia de la noción de “psicosis de transferencia”. Por mi parte en algunos de mis escritos agregué la noción de “contra-transferencia psicótica y perversa” vicisitudes patológicas de la contra-transferencia que pueden corresponder a aspectos anormales y alienantes de la transferencia que “pervierten” la situación). Para especificar algunos aspectos fenomenológicos que desearía desarrollar en este artículo querría referirme en particular a los aspectos de la transferencia psicótica que corresponden al delirio de transferencia.

Una observación por parte del paciente de determinados elementos del consultorio, la forma del diván o del escritorio, el color de una silla o algunos aspectos del techo o del piso, ciertos olores, ciertos sonidos o ruidos, pueden corresponder a una distorsión de lo percibido, donde la proyección de un elemento delirante puede “mezclarse” con la naturaleza física y específica del objeto. A veces es la ventana, o la puerta, que es escindida por la mirada del paciente, o por sus pensamientos y sentimientos, y algunos elementos de su concepción delirante pueden “atravesar” la ventana o la puerta y lanzarse a la

calle o a la pieza contigua, o a gran distancia, a otros planetas, para dar así una imagen “exterior” de aquello que corresponde a un *hecho interior* que ha *cambiado de naturaleza* y de lugar.

Un paciente psicótico me mira con insistencia durante una de las primeras sesiones y de pronto, protegiendo su estómago, manifiesta un malestar y un dolor muy *incómodos*. Luego de un momento de tenso silencio dice que nene temor del endoscopio y que una vez en la televisión vio un programa que le sorprendió mucho (*beaucoup frappé*): se trataba de un endoscopio que entraba en un estómago. Le interpreté que intentaba controlar mi mirada “endoscópica”, que él intentaba dominar sin éxito dado que la sentía ya en su cuerpo, situación que había desencadenado un sentimiento doloroso, molesto y persecutorio en su estómago. La proyección psicótica de su idea del endoscopio sobre mi mirada estaba unida a un aspecto de su infancia que contó a continuación de la siguiente manera:

“La Reina de Inglaterra había venido a París, yo era pequeño y no podía mirar a través de la multitud. Mi padre compró para mí un pequeño periscopio al que llamaba «mi televisorcito» y gracias al cual podía ver y «retener» a la Reina. Algún tiempo después cuando fui a la escuela fui sorprendido (*frappé*) porque un árbol que estaba al lado de la escuela me revelaba la presencia de Gran Bretaña. El árbol era una especie de Torre de Londres en París y yo me sentía en territorio inglés.” La experiencia llamada “la Reina de Inglaterra” La sido pues tomada por un periscopio, introyectada por él en su cuerpo y luego reproyectada de manera delirante y con sus raíces (el árbol) al costado del lugar, la casa donde él debía realizar su “conocimiento”, su aprendizaje: la escuela.

La experiencia analítica era para él también una escuela, una nueva escuela, un lugar donde ver, escuchar, aprender y conocer. La idea del periscopio —de miradas mecánicas que recorren el espacio para agarrar el objeto idealizado— es reactualizada en la transferencia en forma de doble juego: ver y ser visto, conocer y ser conocido: de un lado el analista era el objeto de su mirada periscópica y endoscópica, del otro el analista estaba investido por la proyección de tal función, razón por la cual él se torna sujeto delirado y de-

lirante. El espacio y el tiempo de la transferencia toman así una significación delirante y “extraña”: el analista en cuanto sujeto penetra en su mundo de una manera alienante y sorprendente.

En el caso del paciente mencionado la espera del encuentro está investida de una expectativa, de una esperanza, encontrar un Jugar *donde enraizarse* o bien estar al lado de la mamá, la madre-escuela. La actitud persecutoria del triángulo familiar aparece en la transferencia bajo el modo de la mirada paterna que penetra (mirada fálica), que juzga y que da “dolor de barriga”. El retorno de la proyección psicótica aparece como una presión” una compresión potente que se introduce por la fuerza en el interior del cuerpo del paciente: (re-introyección incontrolada y alienante).

Otro paciente esquizofrénico, hablando del consultorio, dice: “Si veo un cajón abierto tengo la sensación de un deslizamiento de mi ser”. Utiliza esta expresión ontológica para decir que si el analista abre su cajón, su cuerpo, podría deslizarse dentro de él: el analista transformado en mueble con cajones corresponde a un sentimiento de “cosificación”, de transformación en cosa, en objeto inanimado, transformación delirante de la realidad. Más tarde expresa sentimientos claustrofóbicos, lo que me permite agregar en la interpretación que si yo lo encierro en un cajón él quedaría encerrado y prisionero en mi cuerpo. La fantasía del vientre materno aparece aquí como un lugar donde el paciente es tomado o castigado por una trasgresión, aun si él busca una mujer “*donde ser*”: “una mujer” —dice el paciente— “o algo por donde me pueda deslizar asocia entonces con el cajón de su cómoda, en la casa, lo que me permite agregar la observación de que no era siempre muy “*cómodo*” permanecer encerrado en el otro, en mi cuerpo.

“Deslizar” se une, a través de los depones de invierno con la nieve, a todo un periodo de su vida, a su infancia, de la que estaba emocionalmente desprendido, enfriado y separado de la familia, en un país frío, en la montaña (los Alpes). El paciente busca el calor, un lugar donde vivir; busca también el calor en su cuerpo, calor que espera de la madre, situación que recrea en la transferencia en la persona del *analista (transferencia materna)*. *El peligro* es el grado de la naturaleza de su “deslizamiento”; y en su identificación proyectiva

él se lanza o desliza en el interior del otro de manera potente e incontrolada, sintiéndose encerrado y entrampado en el interior. El destino de su proyección depende también de su actitud y de sus intenciones: él es “responsable” de la *destinación* de su deseo. Por otra parte si él no encuentra un lugar donde pueda ser contenido y cuidado, donde pueda ser hospitalizado, debe confrontarse con la vida concebida como un espacio abierto, reificado y *aterrorizante, que con* figura su ansiedad agorafóbica.

En un artículo destacable, \* Enrique Pichon Riviere plantea el problema de la intencionalidad del cuerpo del otro en el mecanismo de identificación proyectiva. El analista, en cuanto “otro”, es el objeto depositario por excelencia, donde el paciente proyecta diferentes aspectos de su “*self*”. En la medida que él deposita sus aspectos persecutorios en el analista experimenta la necesidad de controlarlo para evitar la re-introyección de sus propias pulsiones destructivas. Si deposita lo que hay de mejor en él, tiene necesidad de preservar las proyecciones en el interior del otro para evitar la contaminación y el peligro de encontrar sus aspectos persecutorios. Esta diferenciación semiológica es esencial para poder comprender la contratransferencia y poder así oportunamente restituir las proyecciones del paciente.

Si el cuerpo del otro —e1 analista— es un buen «hospital», o el buen “banco”, donde puede guardar cierto “capital de salud” dominando su enfermedad, va a intentar salvaguardar el espacio del otro. Pero si él no puede administrar bien sus proyecciones en cierto momento, puede sentirse claustrofómicamente atrapado en el interior del analista, “en prisión”.

Esto sucede a Pierre-Marie quien en cierto momento se siente entrampado en mi interior, El analista transformado en mueble, reificado, se torna un objeto “mecánico” que “abre o cierra” sus “cajones”, formando parte de una “escenografía” delirante y extravagante. Si el paciente no encuentra un espacio, un espacio *donde ser*, un buen hospital-madre, vive el “estar fuera” como un gran espacio que desencadena ansiedades agorafóbicas y un sentimiento de catástrofe: su “yo” (“*je*”) débil y frágil se puede quebrar en pedazos infinitos y

---

\* *Quelques observations sur le transfert chez des patients psychotiques*; “Rèvue Française de Psychanalyse”, tomo XVI. n° 1-2.

desparramar hasta desmoronarse en el espacio abierto y amenazante.

El deseo de encontrar un lugar donde ser, donde re-encontrarse, plantea la idea de alejamiento del objeto de amor o de necesidad. No hay deseo del otro sin dolor; no hay nostalgia sin algia. Para concebir y evocar un lugar, una presencia materna que pueda acogerlo, y para evocar su imagen, debe confrontarse con el sufrimiento “mental”

El analista transformado en mueble, transformación psicótica y delirante del objeto, desnaturaliza el modelo de relación de objeto originario y des-vitaliza el acogimiento; el analista puede sentir que es de hecho un mueble, que ha perdido su condición y su forma de persona “humana”. Si el paciente recibe un esclarecimiento “vivenciado” de la situación de transferencia y de contratransferencia puede recuperar la situación de su cuerpo de estar “cómodo” confortable, y volver a sentir su calor interior. El analista de esta manera puede recuperar su propio cuerpo, salir de su reificación temporaria y reclamar también su calor. El ser “helado” de la transferencia recupera su naturaleza humana, sus sentimientos, su vida.

La transferencia delirante es una modalidad patológica de la transferencia que se funda sobre una concepción egocéntrica y de omnipotencia consistente en cambiar la realidad más que en adaptarse a ella. El paciente psicótico tiene necesidad de “hacer delirar” la naturaleza y el mundo, de “hacerlo actuar” a su manera. Ya que de hecho no puede aceptar la realidad, intenta cambiarla, transformarla a través de objetos delirantes.

El psicótico tiene una dificultad para “negociar” con el analista. Interpretar viene de “prestar”, “prestar-se”, de un sistema de prestaciones que tolera la realidad de uno y de otro.\*

La interpretación es compleja en el psicótico dado que en su concepción del mundo, el sistema de prestaciones recíprocas que conduce a toda formulación es inadmisibles: negociar significa renunciar hasta cierto punto, aceptando la existencia de dos mundos, mientras que el psicótico no acepta más que uno, aquel donde el ego-centro domina: posición egocéntrica y expansiva ¿el delirio.

---

\* Ver el artículo “La interpretación” en la “Revista de Psicoanálisis”, Buenos Aires, 1978.

Víctor Tausk \* publica en 1919 su artículo “Sobre la génesis del aparato para influir en el curso de la esquizofrenia”, donde estudia los aspectos delirantes de la esquizofrenia y del “objeto delirante”. El aparato creado por el sujeto delirante sigue modelos corporales, su cuerpo fantasmático está ligado en particular a su genitalidad delirante. El aparato puede tornarse una especie de robot manipulado por los enemigos que actúa a su vez sobre la persona del enfermo. El aspecto narcisístico patológico, la relación de objeto narcisístico-delirante caracteriza en este caso la relación entre el individuo que delira y la máquina para influir, máquina “para delirar”.

Uno de mis pacientes que sufre un proceso esquizofrénico cuenta un sueño: se encuentra en un tren que bruscamente descarrila. Con otros pasajeros espera que una grúa levante el tren para volverlo a colocar en sus rieles. El paciente hace su relato de una manera muy fría, impersonal y mecánica. Expresa su impresión de que el analista también está frío y mecánico como una máquina. Manifiesta de nuevo el deseo de ser ayudado, de ser puesto «en sus rieles». Yo interpreto que en efecto él se siente descarrilado, desequilibrado, y que me pide que sea para él una grúa eficaz. El hecho de ser vivido como frío y mecánico corresponde ya a la dramatización de la proyección delirante del paciente y a la «transformación» de la naturaleza del cuerpo del analista convertido en máquina, “máquina para prestar ayuda». El analista se torna en el delirio de transferencia una realidad anhelada por el paciente, quien pide una ayuda, pero también un objeto delirado para él, un lugar donde su objeto delirante pueda “crear” su realidad en el otro.

Es necesario establecer una diferencia entre la noción de objeto delirado por el paciente y de objeto raro delirar: objeto delirante. El paciente puede a veces tener la impresión de que el analista descarrila, que delira, puesto que él es investido de una función delirante. En ese momento la elaboración de la contratransferencia es muy importante y permite al analista comprender la indicación más o menos precisa y las implicaciones de la transferencia psicó-

---

\* “Obras psicoanalíticas”; Granica, 1977.

tica: identificación con el objeto delirado.

Otro de nuestros pacientes, un delirante crónico, cuenta que ha citado un aparato para inventar”, es decir una máquina para delirar, “creativamente”, sùmmum de la omnipotencia del delirio.

Herbert Rosenfeld \* utiliza el término de «transferencia delirante”, que prefiero designar “delirio de transferencia”, y describe algunas experiencias de pacientes psicóticos los cuales conciben el mundo exterior como la contrapartida de su mundo interior, como si el exterior equivaliera al interior de un objeto proyectado.

Salir al mundo es siempre salir al interior del mundo; la traslación en el espacio y su significación está en la base de la “construcción” de una imagen propia del mundo. En el caso del delirio la estructuración del mundo sigue relaciones y leyes diferentes a las habituales. El delirio puede ser una construcción demasiado racional, pero que tiene fundamentos irracionales desconocidos y negados. La forma del mundo, el cuerpo de la naturaleza, la apariencia de las cosas, frecuentemente son *deformados* en relación con la “norma el delirio de-forma.

Una paciente psicótica habla de su rostro corno extraño y deformado. Al mismo tiempo señala que nuestra relación en el encuentro analítico es diferente ese día, extraño, deformado también o mejor, transformado en algo distinto. Ese día había decidido extenderse sobre el diván y tenía la impresión de que su analista estaba detrás transformado en objeto bi-dimensional, aplastado, inmóvil y transformado en cuadro. De esta manera ella muestra en su transferencia delirante la capacidad de cambiar la forma y la naturaleza del otro, de crear una nueva fisonomía, una nueva realidad: el analista transformado en “cuadro” no se mueve más, está paralizado y prisionero en el interior del mero del cuadro.

En mi contratransferencia sentí entonces la influencia inductiva de la paciente que intentaba imponer su poder mágico y delirante: cambiarme en

---

\* “Object Relations of the acute Schizophrenic Patients in the Transference Situations” 1964.

En: *Recent Research on Schizophrenia*. “Psychiatric Research Reports”, de la American Psychiatric Association

objeto chato, inmóvil, y a su merced. A veces me daba la posibilidad de moverme y de salir de mi estado de “cuadro”, retomar así contacto con mi estado de persona viviente y móvil y salir de la reificación. La paciente se creía capaz, gracias a su poder, de cambiar la naturaleza de mi ser, mi apariencia y la forma de mi existencia.

El sentimiento de posesión delirante consiste en apropiarse de la realidad del otro y transformarla. A veces el paciente puede quejarse de que todo cambia alrededor de él, más allá de todo control. Su máquina para delirar se torna incontrolada y él mismo se siente encerrado y arrinconado en el interior de un espacio y de un estado donde todo cambia, “a pesar de él”. Habita de esta manera en el interior de un objeto que lo ha poseído que lo rodea y que desencadena en él una ansiedad claustrofóbica intensísima.

Cuando el paciente despierta del delirio y cuando el delirio de transferencia comienza a aclararse, el analista aparece como un objeto incompleto y parcial. Uno de mis pacientes me percibe como una columna vertebral. Mi estado de columna vertebral era necesario para él y representaba un superyó capaz de ayudarlo y “vertebrar” las partes de su cuerpo y sus ideas despedazadas- A veces el analista es concebido como un cerebro, “un ente pensante, a veces como una fuente de alimentos, un seno, o bien un estomago, una mirada, o una “oreja analítica”, aislado del resto del cuerpo. Si a este nivel el analista cree que su función es solamente la de escuchar, esto para el paciente equivale a una confirmación de que el otro es sólo un órgano.

En la medida que el delirio de transferencia se integra y se elabora en un trabajo analítico, la transferencia se torna menos parcial y la relación más completa e integrada en la realidad. El principio del delirio se confronta con el principio de realidad: se trata siempre de una cuestión de principios.

La posición del analista es la de un testigo participante que es tomado en la experiencia, que se juega, a veces con el riesgo de caer en el juego. En este sentido el encuadre analítico, “la regla de juego”, es esencial. Esto significa también una toma de contacto entre el yo delirante y el yo infantil, por lo tanto una posibilidad de estructuración de aspectos delirantes de la personalidad

disociada y fragmentada del paciente. La re-estructuración del campo analítico corresponde así a la recomposición del espacio y del tiempo despedazados y a veces fragmentados de la sesión. En la medida que el narcisismo patológico del paciente psicótico se siente menos amenazado por la realidad exterior e interior, su necesidad de transformar y dominar el mundo se reduce. La realidad se torna así menos deformada y más conforme a los principios y reglas de la relación cotidiana. Toda relación con el mundo marca una transformación, pero no necesariamente una deformación, como en el caso del delirio.

Buscar la significación del delirio en análisis —delirio que es frecuentemente una construcción más o menos sistematizada—, significa enfrentarse a la función alienante y deformante del delirio que intenta actuar sobre esta transferencia e imponer sus ideas.

El paciente delirante es egocéntrico, intenta imponer su mundo o transformar el mundo del otro; el “desinflamamiento” del delirio o la restitución de la capacidad transformante y no deformante de la realidad constituye un acto creativo pero penoso. Toda expresión creativa es fundamentalmente re-creativa”, explorativa, pero siempre angustiante en la partida. En un artículo precedente, “La depresión narcisística”, publicado en la “Revista argentina de Psicoanálisis”, estudié algunos aspectos del sufrimiento narcisístico que significa el abandono del delirio. Es difícil tolerar la des-ilusión, el derrumbe de una construcción, la del delirio, investida de poder, de fe y a menudo de inteligencia e imaginación.

El pasaje de la situación delirante a la relación no-delirante se conforma a la manera de una confrontación dolorosa entre dos mundos: elegir significa abandonar el juego. La concepción delirante se funda sobre el narcisismo y el egocentrismo. La alienación del mundo del otro y la necesidad de tragar al otro en su propio espacio, en su “sistema”, configura la política del delirio de transferencia hasta el momento en que la necesidad de un verdadero vínculo aparece.

La condición estructural de toda relación consiste en tolerar la exterioridad

del otro, es decir, su propia condición de estar afuera. En muchos de mis trabajos precedentes señalé que la posición existencial del psicótico, y particularmente del esquizofrénico, es siempre la de habitar en el interior de un objeto, de otro cuerpo.

*Traducido por Daniel Gil*

Recibido: 15 de junio de 1978

SALOMÓN RESNIK (París), médico psiquiatra y psicoanalista. Se formó y trabajó en Buenos Aires residiendo desde 1957 en París y luego en Londres. Actualmente está radicado en París, donde además desarrolla actividades docentes universitarias en psicología. Desde 1978 es “Mâitre de Conférences” de psiquiatría en la Facultad de Medicina de Lyon. Es autor de “Persona y psicosis” (Payot, 1972), traducido al italiano y al alemán; “Le rêve et ses masques” (Payot, París y Einaudi, Tormo); “Psicosi e Linguaggio” (trabajo colectivo, Marsilio Editori. Venecia, 1978). Además ha publicado diversos trabajos sobre la psicosis y el delirio del adulto en revistas francesas, italianas, inglesas y en lengua española.

Dirección: 20, Rue Bonaparte, 75006, Paris.