

Fenómenos transferenciales y análisis de la transferencia en un caso de esquizofrenia catatónica aguda (1)

Herbert Rosenfeld

(Londres)

Resumen

En este trabajo me he concentrado en ciertos aspectos solamente de este caso. Mi intención es mostrar cómo *en un caso de* esquizofrenia grave, con gran retraimiento, el paciente fue capaz de establecer una transferencia positiva y negativa; esta transferencia pudo ser observada e interpretada al paciente y éste respondió a las interpretaciones de la transferencia positiva y negativa. Trato asimismo de mostrar que el estado de retraimiento del paciente esquizofrénico no puede ser considerado tan sólo como una regresión autoerótica. El retraimiento del esquizofrénico puede constituir una defensa contra los perseguidores externos, o puede deberse a la identificación con un objeto por introyección y proyección. En el estado de identificación, que puede ser vivenciado por el paciente como confusión, éste tiene conciencia de estar mezclado con alguna otra persona (su objeto). Otro objetivo de este trabajo consiste en ilustrar la regresión de este paciente esquizofrénico a un estadio de la temprana infancia para el que Melanie Klein sugirió el nombre de “posición esquizo-paranoide”. El paciente da muestras de una relación de objeto en la que tiene impulsos y fantasías de introducirse por fuerza a sí mismo o partes de su persona dentro del objeto; esto lo conduce a estados de

¹ “Transference-Phenomena and Transference-Analysis in an Acute Catatonic Schizophrenic Patient”. Trabajo publicado en *The International Journal of Psycho-Analysis*, 1952, tomo XXXIII, parte 4, pp. 457-464.

confusión, de disociación del yo, a la pérdida de su persona y a estados de persecución con pronunciadas alucinaciones visuales y auditivas.

La relación de objeto y los mecanismos desarrollados a partir de ésta y vinculados a ella tienen un importante significado en muchas otras neurosis y psicosis; tienen empero un significado especial para la totalidad del grupo de las esquizofrenias.

Sugiero que la más amplia comprensión de la identificación proyectiva empieza a abrir un campo nuevo de investigación; en este trabajo traté de mostrar cómo esto hizo posible comprender e interpretar los fenómenos transferenciales en este paciente esquizofrénico.

Hasta hace poco la mayoría de los analistas se abstendían de tratar pacientes esquizofrénicos, en la creencia de que el esquizofrénico es incapaz de establecer una transferencia. La experiencia propia me enseñó que en este caso nos hallamos frente no a una ausencia de transferencia, sino al difícil problema del reconocimiento e interpretación de los fenómenos transferenciales esquizofrénicos. Puede tener valor el examinar en primer lugar las observaciones de otros analistas.

Freud (1911 y 1914) y Abraham (1908) puntualizan con toda claridad que, en su opinión, el esquizofrénico es incapaz de establecer una transferencia, debido a su regresión al nivel auto-erótico del desarrollo. Explican esto exponiendo que en el primerísimo nivel infantil (que ellos llaman fase autoerótica) no existe aún conciencia de un objeto. Algunas afirmaciones de Freud sin embargo, parecen contradecir el concepto de fase autoerótica en la que no existe relación con un objeto; ésta por ejemplo, en **El Yo y el Ello** (1923): "Muy al principio de la fase oral primitiva de la

existencia del individuo, la catexia de objeto y la identificación pueden difícilmente distinguirse una de otra”. De esta ulterior opinión suya podemos concluir que reconoció la existencia de la catexia de objeto en la temprana infancia.

No obstante, Freud nunca dio indicación alguna de haber cambiado de opinión respecto a la falta de transferencia en la esquizofrenia (quizá por no haber tenido ulterior experiencia con este tipo de pacientes).

Nunberg (1920) tuvo oportunidad de observar un paciente esquizofrénico durante largo tiempo. La descripción de Nunberg es muy ilustrativa y su mismo paciente relaciona la mayoría de sus vivencias con la transferencia. Nunberg dice que la transferencia se estableció mayormente en el *nivel* anal homosexual, pero su trabajo también proporciona una descripción clara de relaciones de objeto en el nivel oral. En el punto máximo de la transferencia oral sádica el paciente perdió interés por el analista como objeto externo; la relación de objeto interna fue sin embargo, aparentemente conservada. Nunberg mismo sugiere que el paciente era capaz de recuperar ocasionalmente su objeto devorándolo y describe lúcidamente los síntomas y vivencias del paciente luego de haber “devorado al analista en su imaginación”.

Mary O'Malley (1923) describe las reacciones transferenciales positivas y negativas en sus pacientes esquizofrénicos. Barkas (1924) afirma que en los pacientes esquizofrénicos la transferencia negativa y positiva es de naturaleza violenta. Laforgue (1936) expone el análisis exitoso de una niña esquizofrénica. Al principio del análisis la paciente desarrolló tan extrema angustia que era incapaz de permanecer con el analista más de unos pocos minutos, escapándose luego hacia la sala de espera. Mediante el análisis perseverante de la transferencia negativa gradualmente disminuyó la angustia de la paciente y ésta pudo hablar libremente, desarrollando una evidente transferencia positiva. Federn (1943) señala que el esquizofrénico desarrolla una transferencia negativa y positiva. Recalca que los pacientes esquizofrénicos sólo pueden ser tratados en la transferencia positiva, la que necesita ser alentada constantemente. No interpreta la transferencia positiva ni la transferencia negativa e interrumpe el tratamiento cuando aparece una transferencia negativa. Rosen (1946, 1947, 1950) afirma que todos sus pacientes

esquizofrénicos mostraron fuertes transferencias positiva y negativa, a las que manejó mediante el reaseguramiento y la interpretación. Otros analistas de Norte América que trataron pacientes esquizofrénicos, como Harry Stack Sullivan, Fromm Reichmann, Robert Knight, y colaboradores, describen la importancia de la transferencia en la esquizofrenia y concluyen que el lactante es capaz de establecer una relación de objeto desde el nacimiento. Eissler (1951) recalcó recientemente que el esquizofrénico responde a casi cualquier acercamiento psico-terapéutico simpatizante, factor este que se debe, según él, a la aguda conciencia que posee el esquizofrénico del “proceso primario” en la mente de los demás. Eissler sin embargo, no reconoce que esta peculiaridad del esquizofrénico constituya un fenómeno transferencial que puede estar ligado a determinada relación de objeto primitiva.

En Inglaterra, las investigaciones de Melanie Klein acerca de las más tempranas fases del desarrollo infantil mucho alentaron los analistas en el estudio de estados psicóticos de diversa gravedad. Halló pruebas de que, desde el nacimiento, el lactante desarrolla una relación de objeto con objetos externos y, mediante la introyección, con objetos internos. Reconoce la importancia del autoerotismo y del narcisismo, pero mucho aportó a la comprensión de estos fenómenos mediante la hipótesis de que incluyen el amor hacia el objeto internalizado. Con su trabajo “Nota sobre los mecanismos esquizoides”, contribuye a la psicopatología de la esquizofrenia. En él describe los mecanismos esquizoídes empleados por el lactante como defensa contra la angustia que, en los niveles más tempranos del desarrollo, es de tipo paranoide. Melanie Klein llama este período “posición esquizo-paranoide”. Está de acuerdo con Freud en que el esquizofrénico sufre una regresión al nivel infantil más temprano, el de los primeros meses de vida, pero sus puntos de vista acerca de este periodo difieren de los de Freud.

En el presente trabajo me propongo a) mostrar que en un caso de esquizofrenia aguda el paciente fue capaz de establecer una transferencia positiva y negativa, b) que es posible interpretar los fenómenos transferenciales al paciente esquizofrénico y c) que a veces las respuestas del paciente esquizofrénico a las interpretaciones pueden ser claramente percibidas. Además, deseo atraer la atención sobre una observación mía: el paciente esquizofrénico que presento aquí así como todos los demás pacientes esquizofrénicos que he estudiado mostraron muy claramente una forma determinada de relación de objeto; en efecto, tan pronto se acercan a

cualquier objeto con amor u odio, parecen confundirse con ese objeto, debiéndose esto no sólo a la identificación por introyección sino a impulsos y fantasías de entrar dentro del objeto con la totalidad o partes de su persona, a fin de controlar al objeto. Melanie Klein sugiere aplicar el nombre de “identificación proyectiva” a estos procesos. La identificación proyectiva, complementaria de la introyección del objeto, arroja alguna luz sobre la dificultad del lactante en distinguir entre “yo” y “no yo” y explica varios fenómenos comúnmente llamados autoeróticos o narcisísticos. También está relacionada con los procesos de disociación del yo, descritos por Melanie Klein en 1946 y por mí mismo en 1947. Los impulsos y fantasías de hacer entrar por fuerza la persona dentro de un objeto puede considerarse como el tipo más primitivo de relación de objeto, existente desde el nacimiento. Pueden colorear las pulsiones orales, anales, uretrales y genitales y, de esta manera, influir en las tempranas relaciones con los objetos y aún en las posteriores. En mi opinión, jamás logró el esquizofrénico completar la más temprana fase del desarrollo a la que pertenece esta relación de objeto, y, en el estado esquizofrénico agudo, regresa a aquel nivel temprano. La gravedad del proceso depende de un factor cuantitativo, vale decir, de la proporción del yo y de las fuerzas instintivas involucradas en esta regresión.

Las defensas del yo contra los impulsos a introducirse por fuerza en otros objetos tienen también gran importancia en la esquizofrenia; no las expongo sin embargo detalladamente en este trabajo. El negativismo, por ejemplo, constituye una de estas defensas. En mi trabajo “Analysis of a Schizophrenic State with Depersonalization” (1947) me refiero a una paciente cuya actitud negativa hacia todo lo concerniente al analista cedió cuando empezamos a comprender su temor paranoide de que el analista penetrara por fuerza en ella, por lo que hubiera perdido su identidad. Mediante su actitud negativa la paciente se defendía contra sus activos deseos de amor, porque estos estaban relacionados con impulsos y fantasías de introducirse por fuerza dentro del analista para robarlo y vaciarlo. También se defendía en esta forma del temor a perderse a sí misma dentro de él. ⁽²⁾ Anna Freud describe un material clínico muy similar en su trabajo “Negativism and Emotional

² En el trabajo arriba mencionado relaciono mis observaciones clínicas con el concepto de Melanie Klein de identificación proyectiva (“Notes on Some Schizoid Mechanisms”, *Int. J. Ps.-A.*, XXVII, 1946). (“Notas sobre algunos mecanismos esquizoides”, *Rev. de Psicoanal.* Buenos Aires, 1948, VI-1, N. del T.).

Surrender". ⁽³⁾ Halla que el negativismo de la paciente del caso estaba relacionado con el temor a vivenciar sentimientos de amor hacia la analista porque esto equivalía a una rendición y por lo tanto sería "invadida" por la analista. Anna Freud sugiere que estos procesos pueden remontar a los primeros meses de vida, que están posiblemente ligados a la introyección y pueden estar relacionados con la esquizofrenia. ⁽⁴⁾

El material clínico que expongo en este trabajo pertenece a un esquizofrénico muy grave, de veinte años de edad, que traté mediante el psicoanálisis durante cuatro meses.

Este paciente estaba enfermo desde tres años atrás cuando lo vi por primera vez. Sufrió alucinaciones, se sentía confuso y era a veces violento. Habíanle efectuado 90 comas insulínicos y varios electroshocks.

El administrador del sanatorio para enfermos mentales donde vivía el paciente lo describía como uno de los peores casos de esquizofrenia jamás enfrentado por él. Se decía que era peligrosamente impulsivo, retraído, y, por momentos, prácticamente mudo. Ni los médicos ni las enfermeras habían podido entablar contacto con él. Sin embargo, cuando dos colegas analistas lo vieron en consulta, pudieron establecer cierto contacto y tuvieron la impresión de que podía tentarse un tratamiento psicoanalítico. Inicié el tratamiento al principio de ese mismo año. Durante unos quince días fue traído en auto a mi consultorio; después lo vi en el sanatorio donde se le cuidaba. El análisis fue interrumpido a los cuatro meses por los padres, quienes vivían en el extranjero; es de lamentar esta interrupción pues habíase realizado una buena parte de labor analítica. Desde el principio del tercer mes el paciente tenía períodos de razón que duraban varias horas, fuera de las sesiones; pero era evidente que pasarían aún algunos meses antes de que pudiera esperarse un progreso estable.

El rasgo más importante y notable del análisis de este paciente en apariencia totalmente inaccesible y retraído reside en el interés que demostró desde el primer momento hacia el analista y el procedimiento analítico. A partir de la primera sesión

³ Leído en el XVII Congreso Internacional de Psicoanálisis, Amsterdam, agosto de 1951.

⁴ Estas observaciones y sugerencias de Anna Freud, virtualmente idénticas a algunos aspectos del concepto de Melanie Klein de "identificación proyectiva" constituyen una de las indicaciones de la creciente corroboración (proveniente de distintos círculos psicoanalíticos) del concepto de Melanie Klein de procesos introyectivos y proyectivos tempranos, angustias paranoides y mecanismos esquizoides; concepto este que es parte integrante de sus contribuciones a la teoría de los estadios tempranos del desarrollo.

misma hubieron señales claras de una transferencia positiva y en la tercera sesión se manifestó una violenta transferencia negativa. Mi propio acercamiento fue analítico en la medida en que interpreté buena parte de lo que podía comprender de las palabras del paciente y que, siempre que fuera posible (y lo era a menudo), el material analítico fue relacionado con la situación transferencial. El paciente respondía a menudo de manera notable con alivio o ansiedad; solía confirmar directa o indirectamente lo que yo decía y a veces me corregía. Puede decirse que el procedimiento analítico en este caso fue en lo esencial el mismo que en los casos de neurosis. No obstante no utilicé el diván. Expondré en fecha ulterior algunos ligeros ajustes de la técnica que fueron a veces necesarios, por ejemplo el uso de los informes de las enfermeras. Sólo recalcaré aquí que jamás usé reaseguramiento directo alguno en el acercamiento. El material presentado por este paciente era sin embargo, más difícil de comprender que en los casos de neurosis; a veces debía entender e interpretar rápidamente un material muy escaso. En un estadio ulterior el análisis se asemejó al análisis de juego.

A fin de dar una descripción más clara del comportamiento de este paciente, de su manera de hablar y sus respuestas a mis interpretaciones, transcribiré con algún detalle la mayor parte de las cuatro primeras sesiones y de una sesión ulterior. Antes de la primera sesión un colega había informado al paciente que sería visto regularmente por mí todos los días, excepto los domingos.

Cuando el paciente encontré a solas conmigo por primera vez, se sentó en una silla; parecía muy perplejo y confuso. Transcurridos unos minutos, logró decir una única palabra: "RESURRECCION". Luego nuevamente pareció sentirse confuso. Dije: "Resurrección significa volver a vivir". Me miró de manera directa y dijo: "¿Es usted Jesús?". Dije que Jesús podía hacer milagros y que él esperaba que yo le haría bien en una forma milagrosa. Pareció entonces angustiado y vacilante y luego de considerable silencio mencionó el nombre del doctor A., quien lo había tratado por medios físicos durante más de un año. Luego de otra larga pausa dijo: "Catolicismo". Interpreté que él había creído en el doctor A. y que se sentía defraudado porque el tratamiento había fracasado. Entonces replicó enfáticamente: "Los rusos eran nuestros aliados". Contesté que él sentía que el doctor A. había sido un aliado y que ahora habíase vuelto contra él, y temía que yo también pudiera pasar a ser de aliado, enemigo. Dijo entonces claramente: "Es

cierto". Se volvió más razonable y hablador y mencionó algunos de sus problemas sexuales, la circuncisión por ejemplo, que él pensaba ser una forma de revancha, y dijo: "No comprendo el amor y el odio". Más adelante dijo: "Había un niño en la escuela"; luego de una pausa, prosiguió: "Se sentaba detrás mío; lo malo era que. .. otro niño se sentaba a su lado". Interpreté que empezaba a quererme como había querido al niño en la escuela; pero me quería para sí y se daba cuenta de que yo tenía otros amigos y pacientes. Asintió pero pronto se mostró inquieto, se levantó de la silla y dijo: "Uno debe salir en seguida. Mejor es que me vaya ahora", y luego dijo entre dientes: "Necesito una sierra". Pensé que tenía miedo de sus celos de los demás pacientes y que quería irse de manera a evitar el odiarme y atacarme. Se lo señalé, pero siguió mostrándose inquieto hasta el final de la hora.

Recapitulando los rasgos salientes de esta sesión: este paciente muy enfermo y confuso trató casi en seguida de relacionar su presente vivencia conmigo a una vivencia anterior en términos de una relación personal. El médico que había interrumpido el tratamiento, de amigo y aliado se había convertido en enemigo, en su imaginación. Al preguntarme si yo era Jesús, aparentemente pensaba que yo era una persona omnipotente; más adelante dio señales de haber establecido una transferencia en un nivel homosexual. La angustia de dejarme y la necesidad de una sierra no fue suficientemente comprendida en la primera sesión, pero implicaba su incapacidad de separar de mí partes de su persona. En conjunto, era indudable su interés por mí como objeto.

Al principio de la segunda sesión, el paciente parecía bastante más confuso que durante la primera y preocupado por alucinaciones. No se fijó en mí y miraba alrededor del cuarto de manera perpleja, tratando de fijar los ojos en un punto y luego en otro. Parecía estar totalmente fuera de contacto conmigo. Luego de cierto tiempo interpreté que me había perdido y que trataba de encontrarme nuevamente. Dijo con claridad: "No es cierto" y prosiguió la búsqueda alrededor del cuarto. Recordando su observación acerca de la sierra al dejarme la vez anterior, interpreté que sentía que se había perdido a sí mismo y que se estaba buscando en mi cuarto. Su expresión se volvió casi de inmediato **menos** confusa y me miró de manera directa, diciendo: "Uno debe hallar sus propias raíces". Algo más tarde dijo: "No sé si está bien que yo lo quiera **demasiado**". Interpreté que temía que al quererme demasiado entrara directamente en mí y perdiera sus raíces y su persona. Replicó: "Quiero seguir mi propio camino tranquilamente". Después de esto quedó totalmente

inmóvil por espacio de unos diez minutos. Cuando lo interrogué me dijo que tenía miedo de moverse. Luego de una pausa dijo que sentía un peso sobre los hombros y agregó rápidamente, mirándome: “Es más liviano ahora”. Señalé que quería decirme que deseaba desembarazarse del peso rápidamente.

En la primera parte de esta segunda sesión, el paciente parecía totalmente retraído en un mundo privado, olvidándose de mí y ocupándose únicamente de sus alucinaciones visuales. Corrigió una interpretación de transferencia, referente a su pérdida de mí; pero respondió a una interpretación de que habíase perdido a sí mismo. Es evidente que esta última interpretación constituía también una interpretación de transferencia, si se tiene en cuenta que el paciente sentía que al quererme demasiado se había perdido a sí mismo en mi cuarto, símbolo de mí mismo. El estado de retraimiento en apariencia narcisístico estaba claramente relacionado con la identificación proyectiva. Lo que significaba el peso sobre los hombros y cómo habíase aligerado tan rápidamente no me resultaba claro, pero la expresión del rostro del paciente indicaba que el peso tenía algo que ver conmigo, vale decir, que mediante la introyección yo me había vuelto un peso interno para él.

Al principio de la tercera sesión, el paciente estaba muy inquieto y reía mucho en una forma agresiva y provocativa. También se preocupaba por las alucinaciones y cuando no se reía de mí, me ignoraba. Al principio no parecía posible el contacto con el paciente: éste no decía nada. Al observar su comportamiento noté que hacía movimientos con las manos, como si me estuviese echando a un lado. Interpreté entonces que él quería demostrarme que el tratamiento ya no servía de nada. Dijo de inmediato, riendo agresivamente con más fuerza aún: “No sirve de nada” haciendo movimientos con las manos como si todo hubiera terminado. Señalé que había esperado una curación maravillosamente rápida y que, defraudado y rabioso, sentía que me había destrozado y que había hecho que ni yo ni el tratamiento sirvieran ya de nada. Después de esto cambió la expresión de su rostro, pareciendo atemorizado y desconfiado; cuando le hablé, saltó de su asiento como si le hubiese atacado. Interpreté que se sentía atontado y confuso y que me culpaba por sentirse tal mal. Se sentía atemorizado cuando yo hablaba porque creía que yo, agresivamente, ponía palabras en él para confundirlo. Esa era la razón por la que se cerraba frente a mí y trataba de no advertir mi presencia. Debí repetir interpretaciones de este tipo varias veces, hablando en forma muy pausada y clara. Al rato se sintió menos atemorizado y habló de colores. Señaló mi cuaderno de

apuntes, de color azul, y dijo que era marrón. Consideré esto como un gesto de cooperación, destinado a mostrarme con más claridad lo que él sentía, vale decir, que su ataque me había transformado en heces y que, como venganza, yo ponía en retorno la confusión (heces) en él.

La violenta transferencia negativa surgiendo al principio del tratamiento constituye el rasgo saliente de esta sesión. Su risa expresaba un ataque sádico contra mí y un triunfo sobre mí. Su ataque anal me había transformado en perseguidor. Esta situación de persecución era repetida con frecuencia en distintas formas, y más adelante se hizo evidente que el ataque no podía interpretarse como meramente anal. Dije que al finalizar la sesión anterior había hablado de un peso sobre sus hombros. En sesiones posteriores apareció que el peso sobre los hombros representaba todos los problemas que estaban en su interior, sus objetos introyectados, angustias, depresiones, persecuciones y su propia persona mala; y sus fantasías de colocar ese peso sobre mí o dentro de mí eran siempre sentidas por él como un ataque violento hacia mí en el que no sólo era yo transformado en heces sino también en su propia persona mala. ⁽⁵⁾ Otro punto que me limitaré a señalar es el hecho de que cada vez que el paciente sentía haberse liberado de su peso, no sólo sentía perseguido por mí sino que le parecía que había colocado su peso en innumerables personas, de modo que tenía la impresión de estar disociado y dividido en muchos hombres que se convertían todos en perseguidores. Se quejaba entonces de ser perseguido, y también de haber perdido partes de su propia persona.

Otro rasgo importante de esta sesión consistía en el retraimiento del interés del paciente. La falta de interés mostrada por los esquizofrénicos y su retraimiento son con frecuencia atribuidos a su autoerotismo únicamente; en esta sesión sin embargo, y más adelante, resultó evidente que el retraimiento del mundo exterior estaba relacionado con el temor a la persecución. Cuando el objeto externo que representaba al mundo había sido atacado, el mundo era sentido no solamente como destruido sino que el mundo exterior y los objetos que lo representaban se

⁵ Una vez que el paciente sintió haberse desembarazado de su persona mala así como de su culpa y angustia, proyectándolas en el analista, su comportamiento presentó rasgos de *negativismo* durante varios días en los que rehusó comer y beber. Expongo más detalladamente esta parte del análisis y los mecanismos utilizados por el paciente en mi trabajo: "Notes on the Psycho-Analysis of the Super-ego Conflict of an Acute Schizophrenic Patient". (Traducido en Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1953, X-3: "Observaciones sobre el conflicto del superyo en una forma aguda de esquizofrenia". N. del T.).

convertían en perseguidores. De esta manera, pues, el retraimiento del interés por el mundo exterior era usado como defensa contra los perseguidores internos.

Resultó una experiencia muy ilustrativa para mí el darme cuenta de que este paciente quien, al iniciar la sesión, era totalmente inaccesible, parecía comprender las interpretaciones de sus temores a la persecución y responder a ellas en la situación transferencial. Hacia el final de la sesión, su risa había cesado completamente y parecía mucho menos alucinado.

En la cuarta sesión parecía estar mejor; sin embargo al principio me confundió con el doctor A. Dijo varias veces: “Esto sucedió antes” o “Eso pasó la última vez”. Interpreté su angustia de que todo se repitiera y de que yo también lo dejara, como lo había hecho el doctor A., y lo que significaba para él que yo me volviera contra él. Entonces vinculé las angustias persecutorias de la sesión anterior con la situación en la realidad. Le expliqué que cuando el doctor A. había interrumpido el tratamiento él había pensado que, agresivamente, el doctor A. lo había dejado en un estado de confusión. Sentía esto como retaliación por haber hecho que el tratamiento del doctor A. no sirviera de nada, en la misma forma en que el día anterior me había mostrado que mi tratamiento no servía de nada. El paciente dio repetidas señales de haber comprendido mis interpretaciones y al finalizar la sesión dijo: “Quiero hacer todo por ayudar”.

Recordarán ustedes que durante la primera sesión misma el paciente me había prevenido acerca de sus temores de persecución y que luego había dicho: “Los rusos **eran** nuestros aliados”. En esta sesión las sospechas del paciente podían relacionarse con la vivencia anterior del tratamiento previamente efectuado. Las angustias persecutorias del paciente referentes a su abandono fueron más adelante relacionadas con tempranas vivencias de la realidad, particularmente con la madre, quien lo había dejado llorar horas seguidas cuando era un bebé.

Podemos resumir que en esta sesión el paciente continuó elaborando su transferencia negativa. El temor de repetir vivencias anteriores y la repetición efectiva de vivencias anteriores en la transferencia constituyen por supuesto uno de los factores más importantes de cualquier análisis de transferencia.

Transcribiré ahora otra sesión ulterior (a las cinco semanas de iniciar el tratamiento) a fin de ilustrar con más detalle algunos de los aspectos de la relación

de objeto en este paciente que se repitieron en la transferencia. Dije al principio que el hogar del paciente se hallaba en el extranjero; su padre lo había traído a Inglaterra para ser tratado. Dos días antes de la sesión que expongo ahora el padre había partido de regreso al hogar. Al principio de la sesión el paciente parecía algo confuso, pero, sin esperar comentario o ayuda de parte mía, dijo claramente: “Confundido” y cuando lo interrogué, agregó: “con mi padre”. Luchó por hallar palabras y dijo: “Debí haberme quedado más tiempo”. (6) Le señalé que estaba mostrando hasta qué punto estaba “confundido” con el padre, pues obviamente quería decir que su *padre* hubiera debido permanecer más tiempo. De inmediato prosiguió: “El doctor A. se suicidó, por medio de la psiquiatría, quiero decir”. Señalé que también confundía al doctor A. consigo mismo. Al interrumpir el doctor A. el tratamiento, el paciente había estado deprimido y había pensado en suicidarse, pero sentía que había colocado su persona deprimida y con ideas de suicidio dentro del doctor A. Relacioné esto con la partida del padre y le recordé que a menudo había manifestado el temor de que yo lo dejara. Dijo entonces: “Ateísmo”. Interpreté que él quería decirme que ya no podía creer en nadie después de haberse sentido defraudado por la partida del padre, en esta y anteriores ocasiones. Poco a poco se mostró sin embargo más interesado y vivaz, su actitud hacia mí se hizo más amistosa y confidencial, como queriendo explicarlo todo.

Dijo: “Si uno va hasta el final del camino, no puede recuperar todo”. Interpreté entonces que cuando quería a alguien y creía en él (o ella) deseaba ir hasta el final del camino, lo que significaba ir dentro de la otra persona y mezclarse y confundirse con ella. También sentía que cuando se había colocado en alguna otra persona, le era difícil salir de nuevo. Le dije que para él era muy importante que yo comprendiera cuánto de sí mismo había colocado en mí y que ésta era una de las

⁶ El paciente de Nunberg sentíase a veces confundido con éste. En esas ocasiones hablaba de Nunberg como si él y su analista fueran una única y misma persona. Por ejemplo, el paciente decía: “Quiero *irme*” en lugar de “Quiero que usted se vaya”. Nunberg llegó a la conclusión de *que* se había producido una identificación narcisística. Dice que en esta fase el *deseo del objeto* conduce a la desaparición de la distancia entre el yo y el objeto. El paciente se había posesionado del objeto y lo había incorporado al yo. En mi opinión la introyección de un objeto externo por sí sola no lleva a la confusión con el objeto. En todos los casos de confusión de objeto y sujeto que pude observar hasta ahora, había tenido lugar una identificación proyectiva, agregada a la identificación introyectiva. El deseo de penetrar dentro de un objeto es determinado no sólo por el deseo omnipotente de eliminar la distancia entre el sujeto y el objeto, sino también de desembarazarse del “tiempo” como explicó ulteriormente el paciente esquizofrénico cuyo caso expongo aquí. La distancia al objeto o la separación del objeto está íntimamente ligada a la conciencia del pasar del tiempo, porque tan pronto como se desea un objeto, se exige la gratificación *inmediata* de este deseo.

razones por las que temía ser abandonado, porque temía perderme no sólo a mí sino a sí mismo. Asintió enérgicamente y me miró de nuevo diciendo en tono de confianza: “Un hombre huesudo come mucho” e “hizo movimientos masticatorios. Le dije que me estaba previniendo acerca de su voracidad y mostrábame que en su deseo amoroso de entrar en mí, me devoraba. Pronunció entonces gran cantidad de palabras, refiriéndose a su patria y habló de colores. Aparecía claramente que necesitaba recalcar su abandono y que los distintos colores representaban distintos aspectos de su persona; hecho éste que ya habíamos entendido anteriormente. Preguntó entonces: “Cómo se relaciona el color rosado con todo esto?” Dado que el color rosado había llegado a ser la palabra clave de deseos orales del pene, lo que había sido analizado y discutido repetidamente, resultaba claro que los impulsos de entrar dentro de mí estimulaban sus deseos orales homosexuales. Se levantó del asiento y, encontrando una jarra llena de agua, bebió de ella; se reclinó luego haciendo movimientos de succión y masticación. Mientras esto hacía, parecía totalmente retraído. Interpreté que al beber fantaseaba que lo hacía de mi pene y que lo masticaba. Sugería que sus deseos de penetrar dentro de mí estimulaban sus deseos de mi pene. En su estado de retraimiento estaba confundido conmigo porque no sólo sentía que estaba dentro de mí sino también que estaba devorándome a mí, y a mi pene, al mismo tiempo. Nuevamente se volvió más atento; parecía escuchar con cuidado y asintió varias veces.

En esta sesión el paciente ilustraba con más claridad la relación de objeto que había empezado a comprender en la segunda *sesión*. Mostraba ahora *que los* deseos orales eran los que predominaban en sus impulsos a entrar dentro de un objeto; lo que el paciente con sus palabras llamaba “ir hasta el final del camino”. Esto lo condujo a un estado de confusión que el propio paciente pudo esta vez describir. Cuando el estado de confusión y el estado de disociación eran más severos, el paciente se volvía incapaz de hablar y otras funciones del yo, como la coordinación de movimientos, presentaban serios trastornos.

La tendencia a dejar partes de su persona dentro del analista constituía un aspecto importante de la transferencia tratado en esa sesión. Es importante que el analista comprenda esto porque las interpretaciones de los procesos de identificación proyectiva y de disociación capacitan gradualmente al paciente para “recuperarse a sí mismo” — utilizando las propias palabras de mi paciente —, lo que constituye una necesidad del proceso de integración del yo.

El estado en apariencia auto-erótico en que entró el paciente al finalizar la hora constituye otro punto interesante. Todo el material de la sesión sugería que en el estado de retraimiento estaba introyectándose a mí y a mi pene y que al mismo tiempo estaba proyectándose a sí mismo dentro de *mí*. De modo que sugiero aquí nuevamente que es a veces posible detectar una relación de objeto en un estado aparentemente autoerótico.

En posteriores sesiones el paciente a menudo diferenció con más claridad los objetos dentro de sí de partes de su persona que penetraban o estaban dentro de su objeto; en otras palabras, sólo en una etapa ulterior del tratamiento fue posible distinguir entre los mecanismos de introyección de objetos y de identificación proyectiva, que con frecuencia obran simultáneamente.

BIBLIOGRAFIA

ABRAHAM, KARL (1908). "The Psychosexual Differences between Hysteria and Dementia praecox", *Selected Papers*, Hogarth Press, London. ("Diferencias psicosexuales entre histeria y demencia precoz", Rev. de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1946, IV - 2).

BARBARA, P. A. (1944). — "Positive Transference in Schizophrenia", *Psychiatric Quartely*, 18, pp. 674 - 686.

BARKAS, M. R. (1924). — "Treatment of Psychotic Patients in Institutions in the Light of Psycho-Analysis", *Journal of Neurol. and Psych.*, 5, 1924 - 25, p. 333.

EISSLER, K. R. (1951). — "Remarks on the Psycho-Analysis of Schizophrenia", *Int. J. Ps-A.*, 32, part 3, p. 139.

FEDERN, PAUL (1943). — "Psycho-Analysis of Psychoses", *Psychiatric Quarterly*, 17, 3 - 19, 246 - 257, 470 - 489.

FREUD, S. (1911). — "Psycho-Analytic Notes upon an Autobiographical Account of a Case of Paranoia", *Collected Papers*, 3, Hogarth Press, London. ("Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia auto-biográficamente descrito").

— (1914). — "Introducción al Narcisismo".

— (1923). — *El yo y el ello* (trad. 1927), Hogarth Press, London.

- I'ROMM - REICHMANN, FRIEDA** (1943). — “Psycho-Analytic Psycho-therapy with Psychotics”, *Psychiatry*, **6**, 277 - 279.
- (1948). — “Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psycho-Analytic Psycho-therapy”, *Psychiatry*, **11** 3, pp. 263 - 273.
- KLEIN, MELANIE** (1935). — “A Contribution to the Psychogenesis of Manic Depressive States”, *Int. J. Psycho-Anal.*, **16**, y *Contributions to Psycho-Analysis*. (Traducido en Rev. de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1947, ~ “Contribución a la psicogénesis de los estados maniáco-depresivos”).
- (1946). “Notes on Some Schizoid Mechanisms”, *Int. J. Psycho-Analysis* **27**, p. 99 (trad. en Rev. de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1948, VI- 1: “Notas sobre algunas mecanismos esquizoides”).
- KNIGHT, ROBERT** (1946). — “Psycho-therapy of an Adolescent Schizophrenic with Mutism”, *Psychiatry*, **9**, N° 4.
- LAFORGUE, R.** (1936). — “A Contribution to the Study of Schizophrenia”, *Int. J. Psycho-Anal.* **17**.
- LANDAUER, KARL** (1914). — “Spontanheilung einer Katatonie”, *Int.Zeitsch. f. Ps-A.*, **2**.
- NUNBERG, HERMAN** (1920). — “On the Catatonic Attack”, *Practice and Theory of Psychoanalysis*. (New York: 1948).
- (1920). — “The Course of the Libidinal Conflict in a Case of Schizophrenia”, *Practice and Theory of Psychoanalysis* (New York: 1948).
- O'MALLEY, MARY** (1923). “Transference and some of its Problems in Psychoses”, *Psychoanal Review*, **10**.
- ROSEN, JOHN** (1946). — “A Method of Resolving Acute Catatonic Excitement”, *Psychiatric Quart.*, **20**, 2, p. 183.
- (1947). — “The Treatment of Schizophrenic Psychoses by Direct Analytic Therapy”, *Psychiatric Quart.*, **21**, 1, p. 3.
- (1950). — “The Survival Function of Schizophrenia”, *Bull. Menninger Clinic*, **14**, 3, p. 81.
- ROSENFELD, HERBERT** (1947). — “Analysis of a Schizophrenic State with Depersonalization”, *Int. J. Ps.-A.*, **28**, p. 130.
- (1949). — “Remarks on the Relation of Male Homosexuality to Paranoia, Paranoid Anxiety and Narcissism”, *Int. J. Ps. A.*, **19**.
- (1950). — “Notes on the Psychopathology of Confusional States la Cronic

Schizophrenics”, *Int. J. Ps.-A.*, 31 (trad. en e) presente número de Revista Uruguaya de Psicoanálisis. pp. 32 - 44

— (1952). — “Notes on the Psycho-analysis of the Super-ego Conflict of an Acute Schizophrenic Patient”, *Int. J. Ps.-A.*, 33 (trad. en Rev. de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1953, X -3: “Observaciones sobre el conflicto del superyo en una forma aguda de esquizofrenia”).

SEGAL, HANNAH (1950). — “Some Aspects of the Analysis of a Schizophrenic”, *Int. J. Ps.-A.*, 31, p. 268.

SULLIVAN, HARRY STACK (1931). — “The Modified Psychoanalytic Treatment of Schizophrenia”, *Amer. Journal Psychiatry*, 11.

TAUSK, VICTOR (1919). — “On the Origin of the “Influencing machine” la Schizophrenia” (trad. 1933), *Psycho-anal. Quart.*, 2, p. 519 (trad. en Rev. de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1945, 11-3: “Sobre el origen del “aparato de influencia” en la esquizofrenia”).

Traducido por

PAULETTE

MICHON

FERRAN

