

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID  
FACULTAD DE FILOSOFÍA

---

MÁSTER EN  
PSICOANÁLISIS Y TEORÍA DE LA CULTURA  
Trabajo de investigación

LA CUESTIÓN DE LA  
TRANSFERENCIA EN LA PSICOSIS

José María LÓPEZ LASO  
TUTOR: Prof. Dr. Jorge Marugán Kraus  
Madrid, septiembre de 2019

*Sin la transferencia no hay análisis posible – S. Freud*

*Con la locura, como con la verdad, no se puede discutir. La verdad aséptica del psiquiatra, que quiere llenar lo que nos falta, encuentra su envés grotesco en este significante puro y vacío que «construye sus propias leyes / como un castillo en el vacío» – L. M. Panero*

*Todos somos mucho más sencillamente humanos que cualquier otra cosa –  
H. S. Sullivan*

## ÍNDICE

<b>1. Introducción .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Desarrollo .....</b>	<b>6</b>
2.1 Introducción a los conceptos de transferencia y psicosis .....	6
2.1.1 <i>La transferencia</i> .....	6
2.1.2 <i>La psicosis</i> .....	8
2.2 Breve recorrido por los principales autores .....	11
2.2.1 <i>Freud</i> .....	11
2.2.2 <i>Sullivan</i> .....	17
2.2.3 <i>Fromm-Reichmann</i> .....	22
2.2.4 <i>Rosen</i> .....	27
2.2.5 <i>Lacan</i> .....	36
2.3 Propuesta contemporánea para el manejo de la transferencia en la psicosis .....	46
<b>3. Conclusiones .....</b>	<b>52</b>
<b>4. Bibliografía .....</b>	<b>56</b>

## 1. Introducción

El objetivo de este trabajo no es tanto retornar a la pregunta clásica de si existe o no transferencia en la psicosis, sino más bien cuestionarse por la particularidad de sus condiciones. Motor y obstáculo de la labor analítica<sup>1</sup>, la transferencia con el psicótico constituye un problema —inscrito en el reto aún mayor de una terapéutica eficaz— que ha sido abordado por diversos autores de orientación psicoanalítica, desde perspectivas muchas veces opuestas. Freud, Frieda Fromm-Reichmann, Sullivan, Rosen o Lacan, grandes clínicos que reflexionaron en torno esta cuestión, son algunos de los más indicados para arrojar algo de luz al respecto. Más recientemente, en España, es necesario poner en valor el trabajo llevado a cabo por el colectivo «La Otra Psiquiatría», cuyos máximos exponentes son Fernando Colina y José María Álvarez; sus aportaciones han contribuido a la inspiración de este trabajo.

El trato con la locura<sup>2</sup> es complicado. Familiares, amigos, profesionales de la salud...cualquiera puede sentir en sus carnes el temor, la inquietud o la angustia que genera la relación con alguien que se ubica en unas coordenadas diferentes a las «normales». Quizá por ello se ha tratado de acallar al loco desde hace siglos, recluyéndolo en manicomios o mediante métodos como las duchas frías, las inyecciones de insulina o los medicamentos sedantes. Ni entonces ni tampoco ahora la escucha ha sido un instrumento prioritario para la mayoría de aquellos que, supuestamente, deben curar al loco de su «enfermedad». Sin embargo, es cierto que a partir del siglo XIX encontramos alienistas que, desde diferentes concepciones, prestan un lugar a la palabra del loco: Clerambault, Séglas, Bleuler... Las teorías de Freud —pese a que fueron construidas a partir de la clínica con neuróticos— resultaron una aportación decisiva para la comprensión y el trato con la psicosis, pues permitieron asociar la «enfermedad» con la historia de vida del paciente<sup>3</sup>, poniendo en valor la cuestión de las dinámicas inconscientes y las estructuras psíquicas, y ofreciendo una visión diferente del delirio, el cual pasa a ser entendido como «la tentativa de curación, la reconstrucción»<sup>4</sup>. Son significativas las palabras de Foucault (poco sospechoso de amistad con el

---

<sup>1</sup> Freud, S. (1912). *La dinámica de la transferencia*. Madrid, Biblioteca Nueva, vol. II, cap. LVIII

<sup>2</sup> Pese a que cabría hacer la distinción, de aquí en adelante los términos «locura» y «psicosis», así como «loco» y «psicótico», serán empleados como sinónimos.

<sup>3</sup> F. Colina escribe que la clínica psicoanalítica permite «subordinar el *bíos* de lo biológico al *bíos* de lo biográfico.» En: Álvarez, J. M. (2014). *Estudios sobre la psicosis*. Barcelona: Xoroi edicions, p. 12

<sup>4</sup> Freud, S. (1911). *Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia autobiográficamente descrito*. Madrid: Biblioteca Nueva, vol. II, cap. XLII, p. 1522

psicoanálisis), quien admitió que «toda la psiquiatría del siglo XIX converge realmente hacia Freud, el primero que ha aceptado seriamente la realidad de la pareja médico-enfermo, que ha consentido a no recortar ni sus miradas ni su búsqueda».<sup>5</sup>

La doctrina freudiana sirvió luego como base a psiquiatras y psicoanalistas, quienes siguiendo las previsiones de Freud al respecto<sup>6</sup> decidieron investigar una forma de adaptar sus enseñanzas a la clínica con psicóticos. Esta búsqueda de una psicoterapia para la psicosis tuvo su momento álgido a mediados del siglo XX; a partir de los años 60, el desarrollo de la llamada medicación antipsicótica relegó a la psicoterapia a un segundo o tercer plano. Las concepciones biologicistas de buena parte de la psiquiatría moderna, que da la máxima importancia al factor constitucional en la esquizofrenia (nombre que ha venido a sustituir al de psicosis), apuntan al tratamiento médico de una enfermedad cerebral que ha de ser abordada con medios químicos y no a través de la palabra. Sin embargo, los pobres resultados obtenidos con los fármacos, sus efectos secundarios y las consecuencias a largo plazo de su uso, unido al hecho de que, a pesar de todos los esfuerzos investigadores, no se haya conseguido encontrar la etiología orgánica de esta patología<sup>7</sup>, nos llevan actualmente a la necesidad de repensar una psicoterapia para la psicosis, que pueda servir como alternativa o complemento a la mera administración de una pastilla. Existen diversos abordajes a este respecto, que van desde la terapia cognitiva a intervenciones de tipo psicodinámico como la propuesta por Fonagy.<sup>8</sup>

Desde una perspectiva psicoanalítica, el manejo de la transferencia ha de ser uno de los puntales del tratamiento, vectorizando los avances y los estancamientos. Además, y dado que la transferencia es un fenómeno que puede darse en cualquier relación humana, es de esperar que una investigación en este campo resulte interesante no sólo a aquellos analistas que trabajan con psicóticos, sino también a cualquier profesional (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, etc.) que asuma el reto de escuchar y tratar con locos. Si revisamos en la enseñanza de los autores más importantes en el campo de la psicosis podemos ver cómo existen puntos en común, lugares de convergencia

---

<sup>5</sup> Foucault, M., como se citó en el prólogo de F. Colina al libro: Álvarez, J. M. (2014). *Estudios sobre la psicosis*, op. cit., p. 12

<sup>6</sup> Freud, S. (1925). *Autobiografía*. Madrid: Biblioteca Nueva, vol. III, cap. CXXXI, p. 2792

<sup>7</sup> Véase a propósito de esto el divulgativo libro de J. Carreño y K. Matilla, que recopila información sobre diversos estudios científicos: *Cosas que tu psiquiatra nunca te dijo* (2018). Barcelona: Xoroi edicions

<sup>8</sup> Chadwick, P., Birchwood, M. & Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester: Wiley; Fonagy, P. y Bateman, A. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad*. Bilbao: Desclée de Brouwer

alcanzados desde diferentes orígenes y también importantes divergencias tanto teóricas como clínicas. El psicoanálisis no es un *corpus* homogéneo, y la dificultad de la praxis que nos ocupa lleva a que los caminos se bifurquen en algunos cruces. Hay autores que alcanzan buenos resultados con métodos muy diferentes, incluso opuestos; podemos poner el ejemplo de Rosen y Lacan. En este trabajo se tratará de revisar las aportaciones de varios de ellos, tratando de espigar aquello que resulte más útil para la clínica actual, buscando los nexos en común y los conceptos que, aunque nombrados de distinta manera, comparten la misma «esencia»; es de esperar que este método nos lleve a un mejor abordaje de la transferencia en la psicosis. No puede abarcarse aquí todo lo que los autores dicen al respecto, de modo que nos conformaremos con señalar algunos puntos de interés. El deseo pasa por recorrer caminos novedosos (o al menos, poco transitados), valorando la importancia de hacer esto con obras tan estudiadas como la de Freud y Lacan.

El enfrentamiento entre escuelas es un mal endémico del psicoanálisis —y quizá de la psicología clínica en general. Los grupos que se forman dejan de comunicarse entre sí, creyéndose dueños absolutos de la verdad, y esta es una actitud que debemos rehusar. Es necesario retomar un camino racional y científico, de debate y puesta en común, que nos conduzca al objetivo de aliviar el sufrimiento de los pacientes y mejorar su vida en la medida de lo posible. No es otra la misión que tiene entre manos un clínico.

## **2. Desarrollo**

### 2.1 Introducción a los conceptos de transferencia y psicosis

#### *2.1.1 La transferencia*

En psicoanálisis, el concepto de «transferencia» hace referencia a «la transferencia de sentimientos sobre la persona del médico»<sup>9</sup>. Constituye un pilar de la clínica psicoanalítica, el encofrado en torno al cual se construye todo el edificio terapéutico, y es uno de los principales descubrimientos de Freud. Esta noción, originaria del

---

<sup>9</sup> Freud, S. (1916-1917). *Lecciones introductorias al psicoanálisis*. Madrid: Biblioteca Nueva, vol. II, cap. XCVII, p. 2401

psicoanálisis, ha sido adoptada (con más o menos matices) por la gran mayoría de corrientes en psicoterapia, que le han distintos nombres: alianza terapéutica, vínculo, *rappor*t, etc. Condición de posibilidad de la cura, en torno a este concepto han surgido discusiones clásicas dentro del mundo psicoanalítico; se debaten cuestiones como la especificidad (¿se da únicamente en el dispositivo analítico o en cualquier situación interpersonal?), el manejo (por ejemplo, ¿la contratransferencia es un recurso clínico que debemos comunicar al paciente?) o la direccionalidad (¿cabe hablar de contratransferencia, o la transferencia es una y bidireccional?). Optaremos aquí por seguir la enseñanza de Lacan —muy crítico desde el principio de su obra con el concepto de contratransferencia<sup>10</sup>—, a partir de la cual se entiende la transferencia como el conjunto de afectos, deseos, identificaciones y resistencias que se ponen en juego durante la terapia, de manera bidireccional, entre paciente y analista. Lacan entiende la contratransferencia como falta de análisis para el analista.

Freud desarrolló este concepto a lo largo de buena parte de su obra, situándose la primera referencia al mismo en *Estudios sobre la histeria* (1895). Cabe señalar dos acontecimientos que advirtieron al médico vienés de la importancia crucial de este acontecimiento en la terapia: el caso de Anna O., donde Breuer se vio superado por la transferencia amorosa de su paciente, y el caso Dora, donde fue el propio Freud quien no supo manejar adecuadamente la transferencia. A pesar de que se centró en comprender el fenómeno particular que acontece en el psicoanálisis de individuos neuróticos, advirtió sobre el carácter general del mismo señalando que «la transferencia surge espontáneamente en todas las relaciones humanas»<sup>11</sup>:

Todo hombre normal posee la facultad de concentrar catexias de objeto libidinosas sobre personas, y la inclinación a la transferencia comprobada por nosotros en las neurosis anteriormente citadas no constituye sino una extraordinaria intensificación de esta facultad general.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Lacan critica el concepto de «contratransferencia» tanto en varios de sus *Escritos* (por ejemplo, en *Intervención sobre la transferencia* (1951)) como en *El Seminario 1. Los escritos técnicos de Freud* (1953-1954).

<sup>11</sup> Freud, S. (1910). *Psicoanálisis. Cinco conferencias publicadas en la Clark University*. Madrid: Biblioteca Nueva, vol. II, cap. XLVI, p. 1561

<sup>12</sup> Freud, S. (1916-1917). *Lecciones introductorias al psicoanálisis, op. cit.*, p. 2401

Freud puso el foco en los dos tipos de transferencia: la positiva y la negativa. La primera implica sentimientos amorosos y la segunda, hostiles. Advierte de que los sentimientos negativos suelen aparecer con posterioridad a los positivos, y también simultáneamente, «ofreciéndonos entonces una excelente imagen de aquella ambivalencia<sup>13</sup> sentimental que domina en la mayor parte de nuestras relaciones íntimas con los demás».

Hasta ahora hemos visto algo que transita principalmente en un sentido que va del paciente hacia el terapeuta, pero ¿qué ocurre en la dirección contraria? En 1910 Freud habla por primera vez de la «contra-transferencia», la cual «surge en el médico bajo el influjo del enfermo sobre su sentir inconsciente»<sup>14</sup>. Nos encontramos aquí frente a un hito esencial, una noción que toca la línea de flotación narcisista del terapeuta y le obliga a ir más allá de sus conocimientos teóricos: ¿qué de sí mismo se está poniendo en juego en el análisis? ¿cuáles son sus resistencias, sus prejuicios, sus deseos? Consciente de la importancia de esto, Freud afirma que «hemos observado que ningún psicoanalista llega más allá de cuanto se lo permiten sus propios complejos y resistencias, razón por la cual exigimos que todo principiante inicie su actividad con un autoanálisis.»<sup>15</sup> Esta cuestión tiene una importancia decisiva para el ejercicio profesional, remitiéndonos a asuntos tales como el «fin de análisis»<sup>16</sup>, el análisis como requisito para el ejercicio de la práctica, el «deseo del analista»<sup>17</sup> y el manejo de la contratransferencia en la terapia (que tanto debate ha suscitado).

### 2.1.2 La psicosis

El término «psicosis» fue introducido por la psiquiatría alemana a mediados del siglo XIX. Los médicos de la época lo emplearon para nombrar la enfermedad de los alienados —la locura— y distinguirla de las neurosis, consideradas por aquel entonces enfermedades de los nervios; en cualquier caso, que el término «psicosis» definiera a un conjunto de trastornos de la mente no implicaba, para aquellos médicos, que su origen no fuera también orgánico. Hoy día la ciencia tiende a conceder más peso al factor

---

<sup>13</sup> La noción de «ambivalencia» la toma Freud del psiquiatra Bleuler, quien la introdujo en 1910 con ocasión de sus trabajos sobre la esquizofrenia.

<sup>14</sup> Freud, S. (1910). *Psicoanálisis. Cinco conferencias publicadas en la Clark University, op. cit.*, p. 1566

<sup>15</sup> *Ídem*

<sup>16</sup> Freud, S. (1937). *Análisis terminable e interminable*. Madrid: Biblioteca Nueva, vol. III, cap. CXCIII

<sup>17</sup> Lacan, J. (1960-1961). *El Seminario 8. La transferencia*. Buenos Aires: Paidós



biológico en la etiología de las psicosis (por ejemplo, la esquizofrenia) que en las neurosis (depresión, trastornos de ansiedad, etc.). Es curioso cómo en los primeros tiempos de esta clasificación el discurso era opuesto, tal y como se puede extraer de la siguiente frase de Freud: «Para todo analista es evidente que la práctica médica se equivoca al alejar estas afecciones [las neurosis] de la psicosis, agregándolas a las enfermedades nerviosas orgánicas.»<sup>18</sup>

Desde el siglo XIX la psicosis ha constituido para la psiquiatría un sinónimo de la locura, ubicándose del lado de un binarismo clásico que desde Descartes enfrenta locura y razón, psicosis y neurosis. Esta oposición marca el punto de referencia de una psicopatología que desde hace tiempo se organiza en base a dos estructuras: la neurótica y la psicótica (el psicoanálisis añade a estas una tercera, la perversa). Las clasificaciones diagnósticas predominantes, como el DSM, hace tiempo que abandonaron dicho binarismo para entregarse a un sistema multiaxial, con un número de trastornos descritos que actualmente supera los 350.<sup>19</sup> Sin embargo, aún hoy, la pregunta fundamental que se hace un psiquiatra —sea cual sea su orientación— gira en torno a si el sujeto frente al que se encuentra está loco o no; para un psicoanalista, este también es un interrogante crucial que orienta la clínica.

En la obra de Freud se distingue una psicopatología ordenada en torno a las tres estructuras clásicas: la neurosis (dividida en posición histérica y obsesiva), la perversión y la psicosis. Esta clasificación es lo más cercano a un diagnóstico que se hace en psicoanálisis y, a pesar del debate que existe en torno a ella, constituye todavía el balizado fundamental de la práctica analítica. Conforme a la teoría freudiana, las psicosis son un tipo de patología en el cual se produce una retracción libidinal desde la realidad hacia el Yo —lo cual determina el consiguiente apartamiento y desconexión de la realidad exterior, acompañada de un proceso regresivo que parece conducir al sujeto a una etapa anterior de su desarrollo psicosexual. El delirio se concibe como un intento patológico de reconstrucción, a partir del caos y la angustia en los cuales se ve sumida inicialmente la persona. El caso Schreber es paradigmático en la obra de Freud en lo que atañe al estudio de la estructura psicótica. Posteriormente, Lacan hace una aportación

---

<sup>18</sup> Freud, S. (1925). *Autobiografía, op. cit.*, p. 2792

<sup>19</sup> American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Madrid: Panamericana

fundamental cuando pone de manifiesto el papel de lo simbólico y del lenguaje tanto en la fenomenología<sup>20</sup> de las psicosis como en su etiología. En cualquier caso, y sea cual sea el punto de vista teórico desde el que abordemos la cuestión de la psicosis, es ineludible para los psicoanalistas pensar siempre al sujeto (sea neurótico o psicótico) como el destilado de su historia de vida, su novela familiar y la lucha de sus pasiones, sin que ello suponga descartar necesariamente los factores constitucionales que puedan estar entrando en juego.

Por otro lado, desde un punto de vista psiquiátrico es necesario distinguir las crisis psicóticas agudas y transitorias —en las que muchas veces la influencia de los procesos cerebrales es manifiesta (confusión, epilepsia, psicosis tóxicas...)<sup>21</sup>— de la estructura psicótica de personalidad. En este punto seguimos el *Tratado de Psiquiatría* de Henry Ey (1978), que es, de entre aquellos que resultan de uso común en el ámbito médico, el único que contiene una cierta orientación psicoanalítica y concede valor a la tradición psicopatológica europea. En dicho manual, la estructura psicótica forma parte de lo que Ey clasificó como «enfermedades mentales crónicas». Con este nombre no se trata de definir un conjunto de síndromes fatalmente abocados a la incurabilidad y a la irreversibilidad, sino que más bien esa «cronicidad» hace referencia a una particular estructuración del funcionamiento de la psique o, si lo queremos, del ser-en-el-mundo<sup>22</sup>. Si traducimos el término de «psicosis» a la nosología predominante en la actualidad —por ejemplo, la que recoge la CIE-10— podemos decir que éste engloba a la esquizofrenia, el trastorno de ideas delirantes persistentes, el trastorno esquizotípico y los trastornos esquizoafectivos. La psicosis, empero, se trata de una categoría más amplia y transversal que las empleadas por los manuales diagnósticos actuales, y muchas personas que actualmente reciben la etiqueta de trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad e incluso algunos supuestos neuróticos podrían ser diagnosticados como «psicóticos».

---

<sup>20</sup> En el ámbito médico, este término actúa como sinónimo de «sintomatología».

<sup>21</sup> Dejando a un lado las denominadas «psicosis orgánicas», ¿existen individuos neuróticos que en determinados momentos de crisis reaccionan con experiencias psicóticas? La experiencia clínica muestra que esto sucede probablemente así. Se trata sin duda de una pregunta interesante, que atañe la cuestión de las psicosis «normalizadas», de las estructuras y de lo particular, pero que no será desarrollada en este trabajo.

<sup>22</sup> Concepto tomado de M. Heidegger, quien lo desarrolla en su obra *Ser y tiempo* (1927). Es utilizado a su vez por Binswanger en su propuesta de Análisis Existencial.

## 2.2 Breve recorrido por los principales autores

### 2.2.1 Freud

El fundador del psicoanálisis era médico neurólogo de profesión, y, luego de dedicarse a la investigación científica, comenzó su andadura clínica tratando pacientes histéricas mediante hipnosis y método catártico —técnicas que aprendió, respectivamente, de sus maestros Charcot y Breuer. Este trabajo inicial le permitió tomar conciencia de la importancia del psiquismo en el desarrollo de las afecciones conocidas como «neurosis», iniciando a partir de entonces la construcción de la teoría y método psicoanalíticos. A lo largo del resto de su carrera, ejerciendo en su consultorio privado, Freud se centró en el tratamiento de los pacientes neuróticos, aquellos que él consideraba que presentaban «neurosis de transferencia»: histéricas, obsesivos y fóbicos.<sup>23</sup> «Las neurosis fueron el primer objeto del psicoanálisis, y durante mucho tiempo el único»<sup>24</sup>, afirma en su *Autobiografía*. No obstante, es en dicho texto (ya tardío, de 1925) donde apunta a las posibilidades del estudio analítico de las psicosis, cuestionándose sobre la aplicación de sus teorías a este campo y el hecho mismo de la transferencia. Afirma que

El enfermo psicótico carece, en general, de la facultad de una transferencia positiva, quedando así embotado el instrumento principal de la técnica analítica; pero, de todos modos, puede llegarse a él por otros caminos. La transferencia no queda excluida, a veces, tan por completo que no pueda utilizarse durante algún tiempo.<sup>25</sup>

Con estas palabras se produce el salto de una concepción teórica en la cual únicamente las «neurosis de transferencia» tienen cabida en el análisis, a otra más amplia en la que se hace necesario un medio de «llegar» a estos pacientes que mantienen una dificultad especial en sostener la transferencia. «En las depresiones cíclicas, en las modificaciones paranoicas leves y en la esquizofrenia hemos conseguido resultados indudables mediante el análisis». Esta sentencia condensa, por un lado, la referencia de Freud hacia

---

<sup>23</sup> En una carta a su discípulo húngaro István Hollos, Freud dice lo siguiente: «Finalmente tuve que confesarme que esos enfermos [psicóticos] no me gustaban y que les reprochaba que fueran tan diferentes a mí y a todo lo humano. Es una curiosa clase de intolerancia que, desde luego, me hace inepto para la psiquiatría. [...] ¿Me comporto en este caso como los médicos que nos precedieron lo hacían con las histéricas? ¿Es un resultado de la opción por el intelecto afirmada cada vez con mayor claridad, la expresión de una hostilidad hacia el ello?» En: Roudinesco, E. (2015). *Freud en su tiempo y en el nuestro*. Barcelona: Debate, pp. 286-287

<sup>24</sup> Freud, S. (1925). *Autobiografía*, op. cit., p. 2792

<sup>25</sup> *Ídem*

lo que pueden considerarse los tres polos de la psicosis: melancolía, paranoia y esquizofrenia; por otro, alude (sin citarlos) a los resultados alcanzados por aquellos de sus discípulos que más se ocuparon del trabajo con psicóticos: Ferenczi y Abraham.

En su artículo *Lo inconsciente* (1915) señala ya, a propósito del decir esquizofrénico, que éste ha devenido un «lenguaje de órgano». Con esa descripción hace referencia a que las palabras se vuelven «cosas» para el esquizofrénico, el cual puede sentir que alguien se las impone en la mente, que todo el mundo es capaz de escucharlas o que se inscribieran verdaderamente en su cuerpo. Pone el ejemplo de una psicótica que, ante el sentimiento de haber sido colocada en una posición que no le corresponde (a nivel metafórico), adopta verdaderamente con el cuerpo una posición extraña. Es a partir de las formaciones sintomáticas propias de los esquizofrénicos que Freud modifica su tesis inicial de que la carga de objeto queda interrumpida en la esquizofrenia, y plantea que ésta ha sido trasferida a las «imágenes verbales» de los objetos, o lo que es lo mismo, a los significantes.<sup>26</sup>

En su *Autobiografía*, Freud menciona un caso de «paranoia crónica» publicado por él en 1896, en el cual afirma haber encontrado factores etiológicos idénticos a los que determinan las neurosis.<sup>27</sup> Por aquel entonces, Freud ya conjeturaba ya sobre la psicogénesis de la paranoia, de la cual afirma que debe poseer «un particular camino o mecanismo de represión, así como la histeria lleva a cabo esta por el camino de la conversión a la invención corporal, y la neurosis obsesiva por sustitución».<sup>28</sup> Analizando el caso en cuestión, se observan elementos comunes a otros de paranoia: nacimiento reciente de un hijo (seis meses antes de que se desarrollen los síntomas); certeza de las convicciones delirantes, mas no precisión de las mismas; aparición de una especie de pensamiento hipnagógico consistente en sentirse observada por las noches mientras se desviste —recuerda aquí al momento en que el magistrado Schreber fantasea a medio dormir con el sentimiento de ser una mujer copulando (fantasía que a la postre ocupó un lugar significativo primordial en su delirio). Siguiendo los métodos de

---

<sup>26</sup> De este hilo —que Freud señaló en su artículo de 1915— es del que, probablemente, tiró Lacan cuando posteriormente desarrolló su teoría acerca de que para el esquizofrénico lo «Simbólico» se torna «Real». Véase: Lacan, J. (1954). Respuesta al comentario de Jean Hyppolite sobre la *Verneinug* de Freud, en *Escritos 2*. Madrid: Biblioteca Nueva

<sup>27</sup> Freud, S. (1896). *Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa*. Madrid: Biblioteca Nueva, vol. I, cap. XIII, pp. 293-298. Resultan de gran interés las aportaciones que hace Freud en este caso a la comprensión del fenómeno psicótico; algunas de las tesis que aquí esboza son luego retomadas por autores como Lacan.

<sup>28</sup> *Ibid.*, p. 293

un incipiente psicoanálisis, que Freud aplicó a esta paciente como si de una histérica se tratara, el trabajo pasó por retornar a la conciencia vivencias infantiles que habían sido reprimidas por la enferma y que se asociaban de algún modo con los síntomas que presentaba. En esta etapa primitiva del psicoanálisis, la catarsis y las interpretaciones jugaban un papel predominante sobre la transferencia, que aún no había sido convenientemente estudiada por Freud. Se puede observar aquí el ejercicio de una praxis «en bruto», en el sentido de que, a la manera de un científico, Freud trata de indagar en los recuerdos de la persona para sacar a la luz algo de lo reprimido, sin cuidar el trato ni atender a la relación médico-paciente.

En un momento dado del caso, Freud analiza las voces que escucha la mujer. Es de justicia valorar su disposición a buscar allí donde otros no verían más que insensatez, a dar peso y valor a la palabra del paciente sea cual sea su circunstancia. Señala oportunamente que estas voces no parecen ser sino «más bien unos pensamientos dichos en voz alta»<sup>29</sup>; las voces son, por tanto, algo que el sujeto recibe de sí mismo sintiéndolo como ajeno: este es el punto de alienación. Continúa Freud con un análisis que le lleva a enlazar las alucinaciones verbales de la paciente, aparentemente sin sentido, con algo de lo reprimido; de este modo un significante se engarza a un significado, oculto, que no era el principio el suyo. La pregunta que lleva a Freud a plantear esto, mientras acompaña el discurso de su paciente, es ¿por qué si no iba a alucinar ésta con la casa de «la Heiterethei»?<sup>30</sup> Estas disquisiciones del médico vienés parecen anticipar ya sus teorías sobre el contenido de los sueños, y todo lo que Lacan desarrolló años más tarde a propósito de la metáfora y la metonimia en su seminario *Las psicosis*.

Las voces del psicótico son, para Freud, una manifestación del retorno de lo reprimido, al igual que las alucinaciones; lo reprimido, de forma análoga a como ocurre en las neurosis, retorna de tal forma que resulte casi irreconocible —en el caso de las psicosis, eso retorna no como síntoma sino como manifestación verbal o imagen. En este texto aparece también, por vez primera, el concepto de «proyección», característico de la paranoia.

---

<sup>29</sup> Existen autores modernos en psiquiatría, alejados del psicoanálisis, que mantienen teorías semejantes sobre las alucinaciones auditivas; cabe destacar al respecto las llamadas «teorías de la subvocalización» (Gould, 1950; Sokolov, 1972; Green, 1981; Hoffman, 1986). En lo tocante a las alucinaciones visuales, Horowitz (1975) afirma que éstas son imágenes mentales que el sujeto atribuye equivocadamente a fuentes externas. Véase más al respecto en: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGRAW HILL, vol. I, pp. 158-161

<sup>30</sup> *Die Heiterethei* es la protagonista de la novela homónima (1857) de Otto Ludwig, que la paciente de Freud había leído recientemente.

En 1915 Freud publica el conocido popularmente como «caso Schreber», que como se ha dicho es paradigmático en lo que respecta al estudio de la psicosis. No se trata de un estudio de caso en sentido estricto, puesto que Schreber nunca fue tratado por Freud, sino de un análisis de las memorias escritas por el magistrado alemán. En ellas podemos observar la estructura de su delirio y la evolución de su psicosis, así como aquello que se manifiesta en el plano de la transferencia.

La relación de Schreber con su primer médico, el doctor Flechsig, es algo que ocupa un primer plano en las *Memorias*<sup>31</sup>. Este médico fue el que le trató en su primera crisis, diagnosticada como «hipocondría», y quien le atendió al comienzo de la segunda, antes de ser derivado a la clínica de Sonnenstein. Schreber lo convirtió en el personaje central de su delirio —hasta que la figura de Dios tomó protagonismo—, y en su enemigo principal durante casi todo el mismo. Cuenta Schreber cómo, restablecido de su primera crisis, guardaba un excelente recuerdo de su médico, lo cual contrasta con su posterior cambio de actitud hacia él. Afirma que «más cordial aún fue el agradecimiento de mi mujer, que veía en el profesor Flechsig al hombre que le había devuelto a su marido, y tuvo por tal razón, durante muchos años, su retrato encima de su mesa de escritorio». ¿Cómo es posible que este médico, que en un principio le curó de su enfermedad, y de quien tanto él como su mujer guardaban tan grato recuerdo, se acabara convirtiendo en el enemigo principal, en el instigador de todos sus males de su delirio? No cabe duda de que la transferencia está operando en este caso —con todo el vulcanismo propio de la psicosis—, de tal manera que la figura del médico se convierte en depositaria de diversas pulsiones y representaciones del sujeto. El siguiente enunciado de Freud es ilustrativo al respecto: «La persona a la que el delirio atribuye tan gran poder y tanta influencia, es siempre aquella misma que antes de la enfermedad integraba análoga importancia para la vida sentimental del enfermo, o una sustitución de ella.»<sup>32</sup>

Reflexionando luego sobre el desencadenamiento de la segunda crisis, más grave, y su conexión con la figura de Flechsig, Freud interpreta que

La motivación de esta enfermedad fue, pues, un avance de la libido homosexual, orientada, probablemente desde un principio, hacia el doctor Flechsig como objeto, y la

---

<sup>31</sup> Schreber, D. P. (1903). *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*. Madrid: AEN

<sup>32</sup> Freud, S. (1911). *Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia autobiográficamente descrito*, op. cit., p. 1506

resistencia contra este impulso libidinoso creó el conflicto del que surgieron los fenómenos patológicos.<sup>33</sup>

Freud expone aquí su teoría sobre la génesis de la paranoia, a la cual considera un mecanismo de defensa particular empleado por el sujeto contra sus tendencias homosexuales reprimidas. Expone que «todas las formas principales de la paranoia conocidas hasta ahora pueden ser consideradas como contradicciones a una única afirmación: “Yo (un hombre) *le amo* (a un hombre)”». Mediante un mecanismo de proyección e inversión (el cual constituye la defensa patológica), dicha frase se invierte en la paranoia, pasando a ser: «no *le amo*; *le odio*, porque me *persigue*». Sin embargo, ¿tiene sentido pensar que Schreber desarrolló un sentimiento homosexual reprimido hacia su médico 8 años después de estar bajo su tratamiento? Esta misma pregunta se hace Freud, quien se apoya en transferencia para arrojar algo de luz a la cuestión:

La simpatía hacia el médico puede proceder fácilmente de un «proceso de transferencia» por el cual haya quedado desplazada sobre la persona, indiferente en realidad, del médico la carga de afecto dada en el enfermo en cuanto a otra persona verdaderamente importante para él, de manera que el médico aparezca elegido como sustituido o subrogado de alguien más próximo al sujeto. O más concretamente aún: la personalidad del médico hubo de recordar al enfermo la de su hermano o su padre, a los que de este modo volvió a encontrar en él, y entonces no tiene nada de extraño que en determinadas circunstancias vuelva luego a aparecer en él la nostalgia de aquella persona sustitutiva y actúe con una violencia sólo explicable por su origen y su significación primaria.<sup>34</sup>

Se puede observar cómo a lo largo del delirio de Schreber van entrando también en acción otros personajes varoniles que lo atienden, como el enfermero jefe v. W. y el doctor Weber. En un momento dado de su evolución, el foco del delirio vira hacia la figura masculina por antonomasia: Dios. Podemos decir que el camino que sigue es: ser perseguido por Flechsig; ser perseguido por Dios; ser amado por Dios. Freud lo interpreta de forma transferencial: «si el perseguidor Flechsig era al principio una persona amada, Dios no será tampoco más que el retorno de otra, también amada, pero probablemente más importante.»<sup>35</sup> Precizando su pensamiento, afirma que en el delirio

---

<sup>33</sup> Freud, S. (1911). *Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia autobiográficamente descrito*, op. cit., p. 1505

<sup>34</sup> *Ibid.*, p. 1509

<sup>35</sup> Freud, S. (1911). *Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia autobiográficamente descrito*, op. cit., p. 1511

del paciente Flechsig ocupa el lugar del hermano (probablemente mayor) y Dios, el del padre.

Al margen de las consideraciones sobre la génesis de la paranoia en Schreber y la significación del delirio que éste va construyendo, el caso nos pone sobre aviso de la facilidad con que el profesional puede quedar inscrito en el sistema delirante del paciente, de tal manera que en un momento dado (y sobre todo si las cosas no se hacen bien) puede pasarse de la transferencia positiva a la animadversión más intensa. Es necesario que el terapeuta que trabaja con paranoicos esté advertido sobre este hecho.

Freud es quien descubre y sienta las bases de lo que es la transferencia; revisar todas sus aportaciones al respecto va más allá del objetivo de este trabajo. Posteriormente, diversos autores tomaron como base sus teorías para el desarrollo de una clínica adecuada a la psicosis. De ellos nos ocuparemos a partir de ahora.

### *2.2.2 Sullivan*

Harry Stack Sullivan fue un psiquiatra estadounidense, representante del llamado psicoanálisis culturalista. Éste se caracteriza, a grandes rasgos, por dar un peso fundamental a las relaciones interpersonales y sociales, en detrimento del valor de la libido y las pulsiones, que caracterizan al psicoanálisis freudiano. Dentro de esta corriente también se inscribe a otros autores como K. Horney, E. Fromm, E. Erikson y F. Fromm-Reichmann.

Sullivan alcanzó el reconocimiento por su trabajo en el campo de la psicosis, ejerciendo su práctica clínica en el ámbito hospitalario. Desde un principio buscó adaptar las enseñanzas de Freud al tratamiento de psicóticos, lo que a la larga llevó a fundar su propia teoría: el psicoanálisis interpersonal. Sin llegar a profundizar en su teoría, trataremos de capturar aquello que, en su obra, está vinculado al manejo de la transferencia.

Sullivan llegó a definir la psiquiatría como «el estudio de las relaciones interpersonales»; concebía la esquizofrenia como resultado de una falla grave en las relaciones interpersonales del sujeto: «es, primariamente, un trastorno del vivir, no del



sustrato orgánico»<sup>36</sup>. Bajo su punto de vista, el psiquiatra debe ser un científico que indague dónde y por qué fracasa su paciente, esperando de sus esfuerzos terapéuticos que conduzcan al enfermo a una mejor capacidad para vivir. Defiende, por tanto, la presencia de un terapeuta que observe y conozca la vida del paciente, sin limitarse al tratamiento con medicamentos, electroshocks o cirugías. En una de sus conferencias, publicadas bajo el paraguas general de *Concepciones de la psiquiatría moderna*, reflexiona sobre aquello que ocurre en las entrevistas clínicas. Esto le lleva a tocar, desde su perspectiva, la cuestión de la transferencia: «Cuando hablamos profesionalmente con una persona, la conducta verbal ocurre en una situación que incluye a ambos y a un grupo indefinido y cambiante de ilusiones e impresiones de cada uno con respecto al otro.»<sup>37</sup>

Desarrolla luego varios «preconceptos» que hacen referencia a lo que acontece en estos encuentros terapeuta-paciente. Por ejemplo, durante el interrogatorio: si ante la afirmación del paciente de que la gente lo mira nosotros respondemos «¿Por qué lo mira la gente?», esto es muy diferente de si respondemos «¿Lo mira la gente?» o «¿Qué es lo que le hace pensar que la gente lo mira?». Estas últimas preguntas resultan desconcertantes, están contraindicadas y ahondan aún más en la distancia que nos separa del otro, pese a que desde cierto punto de vista puedan parecer «lógicas». Las palabras de Sullivan nos lo muestran: «Supongamos que yo les pregunto a ustedes la edad y, después de que me lo dicen, pregunto si es verdad eso, o por qué creen que es así»<sup>38</sup>. La primera pregunta («¿Por qué lo mira la gente?»), en cambio, permite abrir el campo, situándonos en una posición empática respecto al paciente. No se trata, por tanto, de cuestionar ni contradecir sus palabras, sino más bien de atenderlas, prestando atención al discurso y al sentido de su enunciación.

De la enseñanza de Sullivan puede extraerse que no es el fundamento «real» de lo que el paciente dice, ni lo que corresponde a nuestras estructuras de referencia, lo que debe guiar la entrevista clínica. Antes que negar o afirmar, debemos indagar sobre el punto de vista de la persona en torno a aquello de lo que nos está hablando; dicha recomendación resulta válida tanto para el trato con psicóticos como con neuróticos.

---

<sup>36</sup> Sullivan, H. S. (1972). *Concepciones de la psiquiatría moderna*. Buenos Aires: Psique, p. 151

<sup>37</sup> *Ibid.*, p. 98

<sup>38</sup> *Ibid.*, p. 100

En el sexto de los preceptos que va desgranando acerca del interrogatorio, advierte al terapeuta de que es importante evitar todo acto irracional provocado por el fracaso. Respetar al paciente a pesar de su mutismo, sus mentiras, su falta de colaboración o sus desprecios es una actitud indispensable. Por otra parte, de nada sirve horadar, en pro de nuestro narcisismo terapéutico, las particulares defensas, actitudes o modos de existencia en que cada individuo se sostiene. Tomar una dirección contraria podría suponer, en la mayoría de los casos, una intervención iatrogénica. Sullivan afirma que «En general, no se pueden obtener buenos resultados aumentando la ansiedad del paciente. Cualquier pregunta, y, en particular, manifestación explicativa -interpretación- que provoque ansiedad, puede resultar peor que inútil.»<sup>39</sup>

Posteriormente, otros psiquiatras de orientación psicoanalítica desarrollaron propuestas terapéuticas que van en un sentido contrario a esta tesis de Sullivan. Nos referimos a, por ejemplo, Rosen o Davanloo<sup>40</sup>.

El último precepto desarrollado en la *Conferencia IV* muestra un cierto ajuste de Sullivan a los presupuestos de la llamada “psicología del yo”<sup>41</sup>: «la personalidad tiende hacia el estado que llamaremos de salud mental o éxito de adaptación interpersonal, obstaculizado, empero, por vía de la asimilación a la cultura. La dirección básica del organismo es hacia adelante.»<sup>42</sup>

Tomando en consideración algunas de sus tesis, podemos afirmar que es el Yo, y no el inconsciente ni las pulsiones, aquello que juega un papel preponderante en la teoría interpersonal de Sullivan; de este Yo cabe esperarse que, a través de una correcta psicoterapia, logre estar mejor adaptado a la cultura.<sup>43</sup>

A partir de las disertaciones de uno de sus pacientes, que en ese momento se encontraba en estado de perplejidad esquizofrénica, Sullivan hace referencia a la «clásica extensión de significado» propia del psicótico en ciertas situaciones; hechos habituales como, por

---

<sup>39</sup> Sullivan, H. S. (1972). *Concepciones de la psiquiatría moderna, op. cit.*, p. 103

<sup>40</sup> Davanloo, H. (1980). *Basic principles and technique in Short-Term Dynamic Psychotherapy*. NY: Spectrum

<sup>41</sup> Escuela de psicoanálisis que da un papel preponderante al «Yo» y a la adaptación del individuo a la sociedad, interpretando de este modo la teoría freudiana. Engloba un grupo heterogéneo de autores, entre los cuales destacan A. Freud, Hartmann, Loewenstein, Rappaport, Erikson, Spitz y Mahler.

<sup>42</sup> Sullivan, H. S. (1972). *Concepciones de la psiquiatría moderna, op. cit.*, p. 103

<sup>43</sup> Frente a esta concepción «pragmática» de la salud mental, surge en nuestro pensamiento el conocido aforismo del filósofo indio Krishnamurti: «No es signo de buena salud el estar bien adaptado a una sociedad profundamente enferma».

ejemplo, orinar o rascarse la nariz, necesitan ahora de un significado para él. Lo que antes ocurría sin más, o se daba por hecho, ahora trata de inscribirse en una línea de sentido. Se busca la interpretación, y quizá por eso no debemos alimentar la hoguera de sus significaciones con nuestra hermenéutica. La proliferación desaforada del sentido es, precisamente, lo que empuja al «arado» a salirse de su surco habitual y tomar la senda del delirio.

Según este autor «no hay tipos de esquizofrenia, sino sólo algunas series típicas de acontecimientos que pueden ser observados en los estados esquizofrénicos».<sup>44</sup> Lo que le pasa al esquizofrénico tiene que ver con que, en momento dado de su vida, experimenta que la estructura de su mundo se ha hecho pedazos. Lo que viene a continuación es una forma de organización, que puede revestir un carácter más o menos patológico —atravesando, por ejemplo, por un estado catatónico. Durante el mismo, el paciente sigue siendo consciente de sí, y lo que trata es de reconquistar un sentimiento de seguridad dramáticamente perdido: todo se ha vuelto confuso y amenazador. En el trabajo de reconquista, cualquier idea mística o religiosa que el individuo guarde entre los restos de su naufragio le puede servir como piedra angular. Puede ocurrir que la persona, atrapada en su pensamiento enajenado, llegue a alcanzar un momento de *comprensión*; se produce, entonces, el viraje que le lleva a un estado paranoide, delirante. En opinión de Sullivan ésta es «una evolución nefasta», pues el desarrollo de un estado paranoide en la esquizofrenia determina la esclerotización de un modo patológico de relacionarse con los demás. Sin embargo, luego matiza que este paso al delirio disminuye el sufrimiento del paciente catatónico, de manera que, a la larga, éste puede terminar llevando «una forma de vida bastante cómoda». El proceso puede ocurrir en diferentes direcciones, de tal manera que lo que comenzó como una paranoia puede acabar desembocando en una esquizofrenia de tipo catatónico.

Posteriormente, Sullivan continúa desarrollando su teoría sobre la función del delirio, que nos invita a una reflexión sobre la práctica clínica y los objetivos que ésta persigue. El delirio supone una mejoría respecto al estado catatónico; incluso, respecto a la existencia «precrítica» del paciente. Sin embargo, ahí reside su dañina potencialidad, pues la seguridad anticipada que promueve impide el desarrollo de la personalidad hacia unas relaciones interpersonales adecuadas; el delirio cristaliza, y con él, el Yo

---

<sup>44</sup> Sullivan, H. S. (1972). *Concepciones de la psiquiatría moderna*, op. cit., p. 153. El autor hace referencia aquí a la clásica distinción psiquiátrica entre esquizofrenia catatónica, paranoide, hebefrénica y simple.

paranoide. Lo que había servido como solución a corto plazo implica la constitución de un modo de vida que atenta contra la salud mental, tal y como la entiende Sullivan: éxito de adaptación interpersonal. Se deduce de aquí que el autor no apueste tanto por dar espacio al delirio como por trabajar directamente con los estados esquizofrénicos de confusión y perplejidad. Afirma que, en el estado paranoico, las sistematizaciones hacen inexpugnable al sistema del Yo frente a toda interferencia perturbadora que emane de la situación con el psiquiatra; esto es, que el paranoico se hace inmune a la influencia transferencial. El efecto de la transferencia queda comprometido en la medida en que el paranoico se acantona en su sistema de certezas. Por supuesto, el profesional también cuenta con sus armas y debe ser lo suficientemente habilidoso como para no actuar de tal forma que refuerce la crisálida delirante. De no conseguirlo, rápidamente puede pasar a ser un enemigo del paciente paranoico.

Para terminar, Sullivan habla de los pacientes del tipo «hebefrénico». A éstos los podríamos ubicar en el polo de la esquizofrenia, y el acercamiento a ellos puede ser aún más complicado que a los paranoicos o los melancólicos. Su estado se caracteriza por un marcado aislamiento, desintegración de los procesos del lenguaje, reducción de los vínculos emocionales y perturbaciones de la conducta llamadas manierismos —caracterizados por un exceso y exageración de los movimientos (gestos, marcha, etc.). Sullivan se detiene especialmente en lo que tiene que ver con estos manierismos, a los que otorga significado; pone el ejemplo de varios pacientes, en los cuales se ponía de manifiesto que los comportamientos estereotipados guardaban una relación significativa con determinados impulsos disociados del yo. Estos gestos constituyen un síntoma de «carácter regresivo»<sup>45</sup>, lo cual oscurece el hallazgo de su significación.

La experiencia clínica del autor, que le permite observar atentamente la forma de estar en el mundo del esquizofrénico, nos puede servir de enseñanza:

El paciente manifiesta habitualmente mayor ingenio en esquivar la atención personal de los demás que en ninguna otra cosa. Su aislamiento ya no es una huida del desaliento, la humillación, la sensación de no sentirse querido. Evita ahora toda forma de intimidad con quienes le rodean, porque su tranquilidad de espíritu es seriamente descompuesta aun por la más rudimentaria relación con cualquier persona real.<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> Sullivan, H. S. (1972). *Concepciones de la psiquiatría moderna*, op. cit., p. 164

<sup>46</sup> *Ibid.*, p. 166

Vemos que uno se encuentra, pues, frente a pacientes que rehúyen el encuentro con el otro en la medida que éste supone en peligro su precaria integración mental; este «otro» ha dejado de ser un semejante para convertirse en algo ajeno, amenazador o, sencillamente, insignificante. ¿Qué transferencia o, mejor dicho, qué trato es posible en esta tesitura? ¿Cómo abordar a alguien que ha renunciado a cualquier avatar de la vida social, que sólo quiere que lo dejen en paz y no lo atormenten con preguntas? Sullivan pone un ejemplo de algo que, ajeno a la intervención del profesional, puede marcarnos cierto camino a seguir. Me parece interesante reproducir el párrafo completo, para que así pueda pensarse el particular encuentro que se da entre dos sujetos con coordenadas singulares, ya que es precisamente a partir de su «anormalidad» que logran alcanzar un cierto vínculo:

En las salas de los más grandes hospitales de enfermos mentales, puede oírse a veces una «conversación» entre dos pacientes dilapidados [hebefrénicos] que han llegado a hallar recíprocamente inofensiva su mutua compañía. Las observaciones de cada uno de ellos se van haciendo con el debido respeto al principio de que sólo una persona debe hablar al mismo tiempo. Hay un considerable colorido en la entonación como si, por ejemplo, se hicieran preguntas y éstas fueran contestadas, como si uno le hiciera recordar al otro cosas asombrosas. Las frases del uno, sin embargo, tienen una remotísima o ninguna conexión con las del otro. Cada uno está hablando para sí, pero lo hace como una especie de doble solitario, jugado de acuerdo con las normas convencionales del lenguaje hablado. La intromisión de algún otro con el que no estén habituados desde hace tiempo, que además muestre interés en los pacientes y preste atención a todo lo que digan, es ya un asunto bien distinto.<sup>47</sup>

### 2.2.3 Fromm-Reichmann

Frida Fromm Reichmann fue discípula de Sullivan en el hospital de Chesnut Lodge, donde se dedicó al tratamiento de psicóticos y a la investigación de una psicoterapia adecuada para este tipo de pacientes.

En su libro más conocido, *Psicoterapia en las psicosis*, se encuentra recogido un texto dedicado específicamente al «problema de la transferencia con los esquizofrénicos»<sup>48</sup>. Comienza señalando que por aquel entonces —años 30— la mayoría de autores

---

<sup>47</sup> Sullivan, H. S. (1972). *Concepciones de la psiquiatría moderna, op. cit.*, p. 167

<sup>48</sup> Fromm-Reichmann, F. (1962). *Psicoterapia en las psicosis*. Buenos Aires: Hormé, p. 7

psicoanalíticos consideraban imposible el análisis de esquizofrénicos, puesto que estos son demasiado narcisistas como para poder establecer una transferencia con el analista. Seguían, por tanto, la doctrina inicial de Freud al respecto. Sin embargo, tanto el propio Freud como Fenichel y Ferenczi (entre otros) se percataron de que era necesario pensar otra forma de acercarse psicoanalíticamente a estos pacientes, en lugar de simplemente descartarlos para la terapia. Reichmann hace luego referencia a aquellos que, como Sullivan, han introducido en años recientes (al momento en que se publicó el texto) modificaciones a la técnica, a partir de las cuales puede trabajarse con esquizofrénicos desde un punto de vista analítico.

Pasa entonces a discurrir sobre la cuestión de la transferencia en la psicosis, afirmando que las modificaciones llevadas a cabo en la técnica con respecto a la de los neuróticos no se deben a la incapacidad del esquizofrénico para entrar en transferencia, sino al hecho de que sus reacciones transferenciales son extremadamente intensas y sensibles. Basándose en las teorías de Sullivan y Ferenczi<sup>49</sup>, considera al esquizofrénico como una persona que ha sufrido una grave experiencia traumática durante su temprana infancia. Debido a esta muy temprana lesión, que daña el narcisismo en el cual vive instalado el niño por entonces, éste queda sensibilizado para las frustraciones posteriores, de tal manera que sus resistencias contra las mismas se agotan fácilmente. El esquizofrénico sufre por cosas que al neurótico le parecen nimias. Esto influye en la relación con el profesional, pues el paciente tiende a mostrarse suspicaz y desconfiado respecto a él. El paciente puede sentir la aproximación del terapeuta como una amenaza a la precaria seguridad que ha alcanzado. Reichmann nos advierte de que «El paciente puede emplear semanas y meses probando al terapeuta, antes de mostrarse dispuesto a aceptarlo. Sin embargo, una vez que lo ha aceptado, su dependencia del terapeuta es mayor que la del psiconeurótico, y es más sensible que este respecto a ella».<sup>50</sup>

El puente que el analista ofrece al psicótico para pasar de su profunda soledad a la realidad humana debe ser firme, ya que si el paciente desconfía reaccionará con hostilidad o con un renovado apartamiento. Se manifiesta entonces la característica ambivalencia del esquizofrénico, que puede pasar bruscamente del amor al odio, de la apertura al retraimiento. Estos cambios pueden, sin duda, desconcertar al terapeuta

---

<sup>49</sup> Sullivan, H. S. (1927). *Affective experience in early schizophrenia*. American Journal of Psychiatry, vol. VI, 3; Ferenczi, S. (1916). Stages in the development of the sense of reality. En *Contributions to Psychoanalysis*. Boston: Richard G. Badger

<sup>50</sup> Fromm-Reichmann, F. (1962). *Psicoterapia en las psicosis, op. cit.*, p. 9

inexperto, por su carácter más impredecible que el de aquellos que ocurren en el trato con neuróticos. Reichmann reflexiona sobre la responsabilidad del terapeuta en estos cambios:

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.<sup>51</sup>

La autora considera inevitable que el psicoanalista decepcione en varias ocasiones a sus pacientes esquizofrénicos. Esto es debido al fracaso de la comunicación, que sí ya de por sí es complicada, aún lo puede ser más con el psicótico; el analista debe asumir el hecho de que en varias ocasiones va a malinterpretar y, también, ser malinterpretado por su paciente. Sirva el siguiente párrafo para describir esta distancia que existe entre los planos de uno y de otro:

... 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 él.<sup>52</sup>

Del otro lado, la aceptación plena de los pensamientos y conductas del paciente puede conducir a que éste nos considere «cómplices» de su locura, de manera que cualquier oposición por parte nuestra se convierte luego en intolerable. El analista debe, por tanto, balancearse entre la duda razonable, la aceptación de ciertas premisas y comportamientos, y la firme negativa ante otros. Ello implica la realización de un trabajo de «artesanía» que tenga en cuenta las características y deseos del paciente, así como sus circunstancias y los límites impuestos por la institución o la sociedad.

Plantea luego la autora una semejanza interesante con el psicoanálisis de niños, en el sentido de que, al igual que en éste, se debe comenzar con un largo período preparatorio de sesiones frecuentes, durante el cual el paciente puede llegar a confiar en el analista y percibir si éste le puede resultar útil. Es necesario pasar, como ocurre con cualquier

---

<sup>51</sup> Fromm-Reichmann, F. (1962). *Psicoterapia en las psicosis, op. cit.*, pp. 10-11

<sup>52</sup> *Íbid.*, p. 11

análisis, por un período de aceptación y toma de confianza; es ahí donde se juega la entrada en transferencia. Con niños y esquizofrénicos este tiempo puede alargarse y requerir de sesiones más continuas.

En otro orden de cosas, es preciso estar al corriente de que las coordenadas temporales se encuentran alteradas en el esquizofrénico. Lo que para nosotros tiene corte, sentido y delimitación, adquiere, en él, tintes mucho más difusos. Puede sentir que el tiempo se ha detenido, o que corre desbocado;

... no hay manera de estimar lo que significa el tiempo para el paciente; por tanto, no es aconsejable juzgar el proceso 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.<sup>53</sup>

Reichmann describe, seguidamente, lo que caracteriza al encuadre, que es diferente al empleado con neuróticos, y en cual podemos observar, nuevamente, la cercanía con el análisis de niños. La flexibilidad debe marcar la pauta; están contraindicadas las prescripciones clásicas de tumbarse en el diván e inducir a la producción de asociaciones libres (éstas ya surgen espontáneamente). El paciente debe sentirse libre para adoptar cualquier postura, caminar... Es muy importante que se encuentre lo más cómodo y seguro posible. Si decide pasarse toda la sesión en silencio, debemos aceptarlo; la simple presencia de una persona que no interfiera resulta más conveniente y terapéutica que la charlatanería del profesional o cualquier otra intervención errada. Hay que tener en cuenta, empero, que largos tiempos de silencio pueden llegar a acumular tensión en el paciente. Corresponde a las funciones «artísticas»<sup>54</sup> del analista el intuir cuándo es el momento de interrumpir el silencio del paciente. Hasta que éste no se sienta cómodo y confiado como para poder recibir alguna interpretación o sugestión del analista, lo mejor que puede hacer éste es escuchar, o, frente al silencio, estar. Reichmann escribe que

... 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

---

<sup>53</sup> Fromm-Reichmann, F. (1962). *Psicoterapia en las psicosis, op. cit.*, p. 15

<sup>54</sup> *Íbid.*, p. 16



decisivo, sino que lo son la comprensión simpática y el manejo habilidoso de la relación mutua entre paciente y médico.<sup>55</sup>

Es importante tener cuidado con el manejo de las reacciones emotivas del paciente. Trabajar torpemente la transferencia es algo bastante malo, pero no irreparable; sin embargo, cuando nos precipitamos a interpretar o a hablar de algo para lo cual el paciente aún no está preparado, podemos tirar por la borda el discurso que en él había empezado a formarse. Es conveniente ser cauteloso y dejar que las palabras surjan a su debido tiempo —que debe ser marcado siempre por el paciente. Como dice la autora, «una vez más tenemos que navegar entre Escila y Caribdis»: no es conveniente, tampoco, dejar pasar los sentimientos del paciente sin dar lugar a que estos encuentren el desahogo que implica hablar de ellos. En el delicado manejo de estas cuestiones se juega el sostén de la transferencia y el avance o el retroceso de la terapia.

La autora nos habla también de la hostilidad y el temor a la locura, y cómo estos factores pueden afectar a la transferencia:

La manera ideal de enfrentar la hostilidad del paciente es hacerlo sin temor y sin una hostilidad opuesta. La forma que se ella asume algunas veces puede hacer esto difícil. Recordemos, sin embargo, que cuanto menos temor perciben los pacientes en el terapeuta, menos peligrosos son.<sup>56</sup>

Al final del texto, Reichmann se defiende de algunas de las críticas que desde el psicoanálisis ortodoxo podrían hacerse a sus propuestas técnicas. Por ejemplo, la atmósfera de completa aceptación y rigurosa evitación de toda prescripción arbitraria, que ella recomienda para el trato con esquizofrénicos, pareciera no corresponder al objetivo de llevar a estos a una nueva aceptación de la realidad; ella niega la mayor, y desde aquí podemos añadir que esa supuesta «nueva aceptación de la realidad» resulta un concepto más adecuado para la ingeniería conductual que para el psicoanálisis. Se defiende también frente a la acusación de que, quizá, lo que ella practica no es psicoanálisis; tomando a Freud, justifica que toda ciencia y terapéutica que acepte las doctrinas de éste acerca del inconsciente, la transferencia, la resistencia y la sexualidad infantil puede llamarse psicoanálisis. Alejándose de la ortodoxia, afirma luego que lo esencial no es tanto el ajuste a las reglas técnicas de una escuela en particular, sino la actitud básica del terapeuta como individuo hacia los psicóticos. Este argumento, que

---

<sup>55</sup> *Ibid.*, p. 18

<sup>56</sup> Fromm-Reichmann, F. (1962). *Psicoterapia en las psicosis, op. cit.*, p. 18

puede sonar ambiguo o voluntarista, hace referencia a una disposición a identificarse con el paciente lo suficiente como para comprender y aceptar sus reacciones emotivas sin quedar envuelto en ellas. Bajo nuestro punto de vista, tal disposición puede servir para conducir efectivamente la transferencia. El resumen que la autora hace de su propio texto resulta esclarecedor: «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.»<sup>57</sup>

#### 2.4 Rosen

John Nathaniel Rosen fue un psiquiatra y psicoanalista estadounidense, creador del método conocido como «psicoanálisis directo» para el tratamiento de psicóticos. Este método llegó a España a través de sus discípulos Óscar Sagredo y Juan Portuondo. Trataremos de extraer, a partir de su libro *Psicoanálisis directo: tratamiento de la psicosis sin medicamentos* (1975), qué puede aportar el método a la cuestión de la transferencia, y cómo encaja o se contrapone con otras perspectivas en psicoanálisis.

Rosen se considera a sí mismo como un continuador de la enseñanza freudiana, siendo *La interpretación de los sueños* su referente principal. Sin embargo, sostiene que el método empleado con psicóticos requiere de innovaciones y procedimientos alejados de los habituales. «El Análisis directo es una técnica psicológica cuyo propósito es el tratamiento y cura de pacientes psicológicos»; esta frase, que inicia el texto de Rosen, nos permite introducirnos en el carácter de sus postulados, marcados por la importancia que da el autor a la técnica y la efectividad. Construye su teoría a partir de la experiencia clínica; incluso llega a decir que parte «de unos principios puramente intuitivos»; es, en este sentido, un exponente del pragmatismo típico de los norteamericanos. Su objetivo cuando escribe es sistematizar, sin preocuparse demasiado por la elaboración teórica, algo de lo que previamente se ha mostrado efectivo en la clínica. La efectividad de la técnica es lo que da sentido a la construcción de la teoría. De hecho, como argumento contra las críticas a su método, presenta un estudio según el cual 36 de los 37 pacientes tratados mediante análisis directo en el Brooklyn State

---

<sup>57</sup> Fromm-Reichmann, F. (1962). *Psicoterapia en las psicosis, op. cit.*, p. 19

Hospital se recuperaron, en el plazo máximo de un año, de sus síntomas psicóticos<sup>58</sup>. Afirma que, gracias a su actuación, «casos sin esperanza han experimentado cambios, se han curado y han recuperado su lugar en la sociedad»<sup>59</sup>. Es interesante observar lo que para Rosen implica la «recuperación»:

En lo concerniente a los pacientes recuperados, definiré el término «recuperación». Cuando utilizo este término, no quiero decir simplemente que el paciente está capacitado para vivir cómodamente fuera de una institución, sino que alcanza un grado tal de integridad que la estabilidad emocional del paciente, así como su personalidad y estructuras caracteriológicas, están organizadas en forma tal que puede afrontar y resistir, por lo menos en la misma medida, el ataque ambiental que esperamos resista una persona normal, es decir, una persona que nunca ha pasado por un episodio psicótico.

Fue Paul Federn quien sugirió el nombre de «análisis directo». Rosen escribe que, aunque al principio consideraba «directo» como sinónimo de «interpretaciones directas», luego pasó a definir «directo» como aquella cualidad que describe la actitud correcta ante el psicótico: firme, próxima y sin formalidades. En este sentido, y análogamente a como hizo Freud en su día, mueve el foco desde el plano de las interpretaciones hacia aquello que tiene que ver con la transferencia y el trato con el paciente. Pese a todo, es el uso de interpretaciones directas y profundas —al estilo de las que empleaba Melanie Klein con niños— el aspecto más característico del método de Rosen: «Consideramos a las interpretaciones directas como nuestra técnica más importante.»<sup>60</sup>

El psiquiatra parte de la concepción clásica de Freud sobre las psicosis —quien las considera equivalentes al sueño, de tal manera que sus síntomas (alucinaciones, delirios, etc.) pueden ser igualmente interpretados. «Una vez despojada la psicosis de su disfraz, ¿no podría despertarse también este soñador?», afirma Rosen. Igualmente, aquello que sucede en la transferencia debe ser interpretado. Es interesante el postulado, semejante al de Fromm-Reichmann, de que la diferencia entre el neurótico y el psicótico es cuantitativa y no cualitativa:

---

<sup>58</sup> Rosen, J. (1975). *Psicoanálisis directo. Tratamiento de psicosis sin medicamentos*. Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 58-88. Las conclusiones a las que llega Rosen a partir de su estudio son refutadas por colegas psicoanalistas como Federn (cuya crítica aparece recogida en el propio libro de Rosen) o Fromm-Reichmann.

<sup>59</sup> Rosen, J. (1975). *Psicoanálisis directo. Tratamiento de psicosis sin medicamentos, op. cit.*, p.14

<sup>60</sup> *Íbid.*, p. 25

Consideramos al neurótico y al psicótico como diferentes solamente en lo concerniente al grado o etapa de la enfermedad. Uno de ellos está sencillamente más enfermo que el otro. No estoy de acuerdo con aquellos colegas que mantienen que, porque un individuo se vuelve neurótico, es por tanto incapaz de ser psicótico. Desde el momento en que tenemos inconsciente, todos somos potencialmente psicóticos. El individuo más o menos normal es consciente de su potencial psicótico: en los sueños, a través de la psicopatología de la vida cotidiana, el tartamudeo, el olvido de un nombre, los pensamientos casuales y absurdos.<sup>61</sup>

Para Rosen, el derrumbe catastrófico de la locura es consecuencia de una maternidad malévola inconsciente. Así, y siguiendo una vez más el principio hipocrático de que lo semejante se cura con lo semejante, un terapeuta que funcione como una madre benévola, proveedora y protectora, resultará el mejor antídoto contra la enfermedad. Debe tratarse de «una madre ideal que ahora tiene la responsabilidad de criar nuevamente al paciente desde el principio»<sup>62</sup>. La cuestión del amor es aquí fundamental. El deseo de curar al paciente, de que conseguir que éste pueda llevar una vida mejor, sirve como acicate al trabajo terapéutico frente a las adversidades, los sentimientos negativos, el asco o incluso el odio que el profesional puede sentir hacia él. La posición de madre benévola es, en el juego de la transferencia, aquella que permite sobreponerse a la transferencia negativa.

En cierto momento, Rosen describe la interpretación que hace a una paciente psicótica, que anteriormente había sido cleptómana. Resulta interesante cómo a partir de este caso podemos conectar con la enseñanza posterior de Lacan. Rosen cuenta lo siguiente:

Trajeron a mi consulta, después de muchas noches de insomnio psicótico, a una joven alucinante. Alucinaba activamente y preguntaba: «¿Qué pasará cuando descubran lo que he robado?» Le contesté: «*Si tu madre no te lo ha dado, tenías perfecto derecho a robarlo.*» Aquí nuevamente la interpretación genital hubiera sido: «Tú no tienes pene. Tienes que robar uno.» Tenía que hacer énfasis, en este caso, en que ella debía encontrar un camino para superar la naturaleza árida de su madre (pecho). Después pudimos decirle: «*En la lucha para ganar el amor y protección maternos, robaste lo que tenías, algo que simbolizase al pene, con la esperanza de que, poseyendo un pene, quizá tu madre te quisiera.*» De hecho, esta paciente era cleptómana antes de volverse psicótica. Durante la fase analítica de su terapia entendió que ella quería robar no debido a la

---

<sup>61</sup> Rosen, J. (1975). *Psicoanálisis directo. Tratamiento de psicosis sin medicamentos*, op. cit., p. 20

<sup>62</sup> *Ibid.*, p. 22. En este sentido recuerda a la «función materna» del terapeuta, descrita por Marty; véase: Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique*. París: Payot.

envidia a la envidia del pene, sino porque si ella hubiera tenido un pene quizá su madre la hubiese querido.<sup>63</sup>

Siguiendo la teoría lacaniana, podemos plantear la hipótesis de que esta paciente se ha quedado estancada en la posición de «ser el falo» de su madre; esto quiere decir que se ubica en el lugar de alguien que es merecedor del amor absoluto de la madre, aquello que la completa. El acto de robar, que se instituye como elemento simbólico, es lo que le permite (imaginariamente) recuperar el amor absoluto de su madre, ya para siempre perdido. Tal posición de «ser el falo» es indicativa de que el Edipo no ha sido atravesado, o lo que es lo mismo, de que el sujeto no ha llegado a asumir que ni «es» el falo ni lo «tiene». Para Lacan, esta condición es característica de la estructura psicótica. Por otro lado, es significativo observar una defensa tras la cual se refugiaba la paciente hasta el desencadenamiento de la crisis: la cleptomanía. Esta conducta le permitía, a través del acto perverso de la violación compulsiva de la norma, sostenerse en un frágil equilibrio. La perversión actuó en este caso como un débil andamiaje frente al derrumbe psicótico, que finalmente se produjo.

Rosen refiere otro caso, a través del cual nos ilustra sobre el interés de las interpretaciones transferenciales:

Un joven imagina que está a punto de casarse con el padre más santo, inclusive el Papa. Se ve a sí mismo como a una joven tan atractiva que ningún hombre puede resistírsele. Habiendo evadido en esta forma la posibilidad incestuosa con la madre, ahora quizá su madre le quiera. Habiendo entendido esto, prohibí al paciente casarse con nadie que no fuese yo, y continué: «*Quiero que tú seas mi hijo.*» Casi un año después, cuando la homosexualidad inconsciente del paciente surgió en su análisis, recordó este episodio en la psicosis y el alivio que había supuesto para él, cuando a través de mí se aceptó a sí mismo como lo que era: un hombre.<sup>64</sup>

Este caso nos recuerda al de Schreber en varios elementos: el conflicto del sujeto con su masculinidad, la adopción de una posición femenina y la relación amorosa delirante que mantiene con una figura paterna sublimada (Dios en el caso de Schreber, el Papa aquí). Rosen, desde su particular posicionamiento teórico, propone adoptar un «papel materno», que mediante interpretaciones y determinadas actuaciones corrija la crianza negligente que probablemente haya sufrido el paciente psicótico. En su comprensión de

---

<sup>63</sup> *Ibid.*, pp. 28-29

<sup>64</sup> Rosen, J. (1975). *Psicoanálisis directo. Tratamiento de psicosis sin medicamentos, op. cit.*, p. 28

la psicosis, el papel jugado por la madre y las representaciones que de ella tiene el sujeto resultan fundamentales. Desde una perspectiva lacaniana podemos pensar que Rosen, con su excéntrica intervención en lo transferencial («Quiero que tú seas mi hijo»), le dio al paciente un sustituto del «Nombre del Padre», o lo que es lo mismo, una inscripción en el mundo a través de una historia, que viene dada por el «Yo soy tu padre, y tú eres mi hijo»; asumir esto le da al sujeto un lugar y una posición en el mundo. Se entiende que en este caso el analista —a través de una función que Lacan denominaría «paterna»— da lugar al forjado de una cierta identidad.

Para Rosen es muy importante poder sobrepasar la muralla tras la cual se parapeta, en algunos casos, el paciente psicótico. Esto ocurre, por ejemplo, en el caso de los catatónicos. La escucha, las interpretaciones o las largas sesiones en silencio pueden ser herramientas diversas que nos conduzcan al mismo objetivo de «ser alguien» para el paciente. Éste lo puede expresar a través de un comentario, una modificación del delirio, un simple gesto o ruido...En el momento en que se establece esta nueva y verdadera relación entre paciente y terapeuta, este último debe mostrarse «tan ingenioso e ingenuo como la misma naturaleza para ayudar al paciente [...] El inconsciente del paciente y el nuestro conocen los mismos secretos.» Ser cercano y empático con el psicótico, de forma que sienta que podemos llegar a entender algo de lo que le ocurre, es una actitud fundamental para Rosen. El establecimiento de una fuerte transferencia positiva, acompañada de la confianza, construye un puente hacia la realidad.

El autor habla de aceptar la realidad psicótica del paciente:

Para fomentar en el paciente, que siempre desconfía de nosotros, el abandono de su desconfianza, actuamos como si no existiese la menor duda de que son lo que dicen ser. Delante de Cristo y la Santísima Trinidad nos inclinamos y nos santiguamos. Para Moisés, Abraham y otros hacemos una reverencia según el Antiguo Testamento. Con los presidentes y generales actuamos pomposamente con relación a su alcurnia. Casi siempre el paciente se expansiona, facilitándonos interminables producciones.<sup>65</sup>

Contra Rosen podemos aducir que, si bien una cierta aceptación del delirio es preferible a la negación o incluso la represión que en ocasiones se lleva a cabo, convertirnos en actores dentro del delirio puede estar igualmente contraindicado. Es preferible, entonces, optar por una posición intermedia que no niegue ni acepte radicalmente el

---

<sup>65</sup> Rosen, J. (1975). *Psicoanálisis directo. Tratamiento de psicosis sin medicamentos*, op. cit., pp. 35-36

discurso del paciente, adoptando un cierto escepticismo que se abstenga de sanciones o intentos de racionalización. El propio Rosen afirma luego que «hay muchas ocasiones en que, aunque me disguste afirmar que puedo estar actuando intuitivamente, no puedo puntualizar por qué decido aceptar las declaraciones psicóticas del paciente y le dejo continuar, en vez de retarle, como otras veces hago.»<sup>66</sup>

En el libro se describen también algunas intervenciones que resultan difícilmente aceptables desde el psicoanálisis, y que parecen más bien un intento de reeducación forzosa: «Después de luchar sin éxito alguno con un joven durante muchos meses para lograr que abandonase el pelo largo y cambiase su extraña vestimenta por una adecuada, tuve que recurrir a la fuerza.»<sup>67</sup> Rosen se justifica diciendo que actúa como una madre idealizada, que no por castigar a sus hijos por un mal comportamiento llega a perder el amor de estos. Su postura en este aspecto resulta, sin duda, cuestionable.

Rosen afirma que es un requisito «absolutamente vital» para el equipo del terapeuta que trabaje con locos el conocimiento, lo más profundo posible, de su inconsciente. Esta prescripción, que resulta ineludible para cualquier psicoanalista, puede hacerse extensible, en la medida de lo posible, a todo aquel que trate con la locura. Como observa Colina:

Los grandes psicoterapeutas de psicóticos nos han advertido repetidamente que nunca estamos ante un loco sin consecuencias. Sin consecuencias psíquicas, naturalmente. [...] Disponerse ante un esquizofrénico supone afrontar la situación de ser puesto a prueba. Su familiaridad con los límites de lo humano, su trágica experiencia con los abismos de la palabra, su contacto singular con los márgenes del lenguaje o su sensibilidad ante lo más descarnado de la verdad, remueve en nuestro interior algo muy radical e imprevisible.<sup>68</sup>

Así mismo, nosotros podemos perturbar con nuestras torpes actuaciones el particular equilibrio de los pacientes; por ello, un adecuado conocimiento de nuestros miedos y motivaciones inconscientes, sumado a un narcisismo trabajado y una cierta dosis de prudencia, resultan más que recomendables a la hora de tratar con psicóticos.

Rosen afirma que su método, basado en las interpretaciones directas y el manejo de la transferencia desde una posición maternal, debe ser ajustado a las necesidades

---

<sup>66</sup> Rosen, J. (1975). *Psicoanálisis directo. Tratamiento de psicosis sin medicamentos*, op. cit., p. 36

<sup>67</sup> *Ibid.*, p. 37

<sup>68</sup> Colina, F. (2013). *Sobre la locura*. Madrid: Cuatro, p. 26

particulares de cada individuo. Aun así, plantea que «existen en la terapia factores comunes a todos ellos». Leyendo los casos presentados por el autor, puede sostenerse que dicho factor común tiene que ver, principalmente, con el hecho de sostener una presencia firme y empática, así como con mantener un compromiso con el paciente.

Rosen diferencia la transferencia de la contratransferencia. Plantea que, en cierto sentido, la relación del terapeuta con el paciente es como la de un padre con su bebé; es el segundo quien debe esperar amor del primero, y no al revés. La esquizofrenia, caracterizada por su extremo narcisismo, resulta incomprensible y hasta ofensiva para el doctor; éste, atacado en su propio narcisismo, puede responder con terapia de choque, medicación, etc... Como hemos dicho anteriormente, es necesario que el terapeuta haya trabajado la vulnerabilidad de su ego para evitar caer en estas reacciones transferenciales (o si queremos, contratransferenciales) negativas. Se trata de que sea capaz de atender adecuadamente al paciente, a pesar de las largas sesiones de silencio, ofensas, actitudes negativistas o falta de avance terapéutico a que éste le puede someter. Hay que tener en cuenta la posibilidad de que esta situación se dé al comienzo del tratamiento y se mantenga durante largos períodos de tiempo, para virar, en un momento dado, hacia una dependencia absoluta.

Para tratar al esquizofrénico, el doctor debe tener un grado tal de seguridad interna que le permita funcionar con independencia de si es amado o no por el paciente. [...] Debe sufrir el tremendo déficit de amor sufrido por el paciente durante toda su vida. Algunas personas disponen de esta capacidad de dar amor como un don divino. Pero es posible también adquirirla a base de lucha: mediante el psicoanálisis.<sup>69</sup>

En uno de los artículos del libro aparecen discusiones de otros psiquiatras sobre el método de Rosen; resultan especialmente interesantes para nuestro tema los de P. Hoch y J. Eisenbud. Hoch comienza señalando que una de las aportaciones más importantes de Rosen es haber sido capaz de mostrar las posibilidades transferenciales de la terapia con psicóticos, que hasta aquel entonces era puesta en duda por muchos profesionales del campo. Cuando analiza el tipo de transferencia que tiende a establecerse con el psicótico, Hoch revela algo fundamental:

Si volvemos a la relación infantil del paciente esquizofrénico, encontraremos un factor que se mantiene prácticamente durante toda su vida, es decir, una única -yo diría

---

<sup>69</sup> Rosen, J. (1975). *Psicoanálisis directo. Tratamiento de psicosis sin medicamentos, op. cit.*, p. 86



restringida o monopolizada- relación emocional con uno u otro miembro de la familia, que más tarde probablemente transferirá a cualquier persona que le preste atención.<sup>70</sup>

La precariedad y la ambivalencia de la relación transferencial es más marcada en el psicótico que en el neurótico, y ello hace que su manejo suponga un reto mayor; el amor y el odio pueden alternarse de un modo que resulte difícil sostener. Hoch trata también la espinosa cuestión de la eficacia de la psicoterapia en la psicosis; los resultados — entonces aún más que ahora— mostraban un balance ciertamente pobre. Señala que «Hasta ahora ha sido imposible curar a la mayoría de los esquizofrénicos con método alguno, orgánico o psicoanalítico»<sup>71</sup>; desde una posición psicoanalítica sería conveniente puntualizar a qué nos referimos con «cura», con «enfermedad» o, incluso, plantearse si aquello que es del orden de lo estructural puede ser modificado (y hasta qué punto). En este sentido, el párrafo que citamos de Rosen, en el cual se define el concepto de «recuperación»<sup>72</sup>, puede servir para fijar unas aspiraciones realistas.

En su discusión del método de análisis directo, Hoch plantea una diatriba que enfrenta a diversas escuelas a partir de Freud: la importancia del yo en la terapia. Bajo su punto de vista (y cualquiera que lea a Rosen puede estar de acuerdo con esto), el tratamiento a través del análisis directo está enfocado al yo débil del psicótico, que pretende ser fortificado. Ello va en la línea de lo planteado por la *ego psychology*, predominante en Estados Unidos por aquel entonces. Sin embargo, para Hoch resulta evidente que la fractura producida en la psicosis no radica únicamente a nivel del yo, sino también del súperyo y el ello. Afirma que la relación entre los tres estratos psíquicos se encuentra descoordinada en la psicosis, y su afectación provoca que el tratamiento de este tipo de pacientes resulte muy complicado y, en ocasiones, sin éxito —se advierte que el discurso de Hoch es más escéptico, y quizá realista, que el de su homólogo Rosen. Aduce que, si observamos la diversidad de métodos empleados en la terapia de la psicosis, podemos hallar que es siempre el trabajo sistemático y paciente, basado en el amor y la protección, el que puede hacer «levantarse» al psicótico y «funcionar». Es consciente de la fragilidad de esta recuperación, que muchas veces involucre cuando el tratamiento se suspende y

---

<sup>70</sup> Rosen, J. (1975). *Psicoanálisis directo. Tratamiento de psicosis sin medicamentos*, op. cit., p. 93

<sup>71</sup> *Ídem*

<sup>72</sup> Véase la p. 27 de este mismo trabajo.

reaparecen ciertas tensiones de la vida cotidiana. Afirma lo siguiente:

... no estoy dispuesto a aceptar este paciente como curado hasta que no hayan trascurrido varios años después de la terminación del tratamiento. Estos pacientes funcionan mejor, han salido del estado psicótico, pero la subestructura en que se desarrolló la psicosis se mantiene. No se conoce hoy en día terapia alguna que altere la estructura básica. Hasta ahora todas las terapias han llevado a cabo solamente una cosa: han reducido el tono emocional existente detrás de los síntomas del paciente y la marcada ansiedad presente en muchos de ellos.<sup>73</sup>

Eisembud escribe un comentario al artículo del doctor Hoch. Señala que él no puede corroborar si las interpretaciones que hace Rosen son las correctas. Sí que puede corroborar, viéndole trabajar, que no siente en absoluto hostilidad hacia los pacientes psicóticos, y esto, en su opinión, es un factor decisivo. Menciona a Fromm-Reichmann, a partir de cuya lectura dice quedarse con «la impresión de que la transferencia, en el caso del psicótico, es un asunto muy exquisito, delicadamente equilibrado, ya que el ínfimo paso desacertado que dé el doctor resultará una catástrofe en la terapia.»<sup>74</sup> Después de estudiar al doctor Rosen se dio cuenta de que éste «tiraba por la borda las instrucciones exquisitas de Frieda Fromm-Reichmann.» Defiende que ella jamás podría tratar a un paciente con la actitud espontánea de Rosen; quizá en esa cercanía radicaba el éxito de su método. Antes hemos citado un texto de Colina en el que advierte sobre la preparación necesaria para el encuentro con psicóticos; veamos ahora lo que dice Eisembud del psiquiatra norteamericano, en el sentido de su actitud ante los pacientes:

... no tiene miedo de mezclarse hasta el fondo con el paciente; no tiene miedo de hundirse dentro del proceso. No teme al señuelo seductivo que representa el mundo de fantasías a que se aferran los individuos psicóticos; ni tampoco teme, aparentemente, a la dependencia extrema del psicótico [...] <sup>75</sup>

Bajo su punto de vista es esta valentía, este ser capaz de involucrarse con el paciente y poder formar parte de su mundo de tal manera que puedan sostenerse los delirios y las reacciones transferenciales del paciente, lo que ha permitido a Rosen obtener sus excelentes resultados. Cualquiera de nosotros podría hacer interpretaciones casi tan buenas como las suyas, pero, sin embargo, «no existe mucha gente que pueda abordar al psicótico con la total carencia de temor, la total carencia de hostilidad, la identificación

---

<sup>73</sup> Rosen, J. (1975). *Psicoanálisis directo. Tratamiento de psicosis sin medicamentos*, op. cit., p. 95

<sup>74</sup> *Íbid.*, p. 97

<sup>75</sup> *Íbid.*, p. 98

sin necesidad de volver repetidamente a la zona de seguridad, que caracterizan el acercamiento del doctor Rosen.»<sup>76</sup>

## 2.5 Lacan

Jacques Lacan —considerado por muchos como el principal teórico del psicoanálisis después de Freud— fue un psiquiatra francés consagrado desde sus inicios al estudio y tratamiento de la psicosis. Así como Freud organizó la doctrina del psicoanálisis a partir del tratamiento de pacientes neuróticos, Lacan estructuró su teoría y su «retorno a Freud» a partir del estudio pormenorizado de la psicosis. Formado en el hospital de Sainte Anne, con maestros como Clerambault y Guiraud, de su interés temprano por el asunto da cuenta su tesis doctoral, que lleva como título *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*<sup>77</sup>. *El Seminario 3*, que Lacan articula a partir del «caso Schreber» de Freud, es su texto más significativo en lo que respecta al estudio de las psicosis; dicho seminario será el que abordaremos fundamentalmente en este trabajo.

Dicho seminario se inicia haciendo referencia a «la cuestión» de las psicosis, materia que debe pensarse antes de plantear un posible tratamiento. ¿A qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de psicosis? A partir de una elaboración de los problemas clínicos y nosográficos, se debe luego poner el foco en los problemas del tratamiento. El objetivo es aportar algo de luz a aquello que, precisamente, «se presenta como ruptura y como incomprensible».<sup>78</sup> Lacan nos advierte sobre el espejismo que supone creer comprender a los enfermos, manteniéndonos siempre una relación ciertamente tangencial con aquello que puede ser captado. A propósito de este «no tratar de comprender» incidirá durante toda su obra.

Una de las aportaciones más originales y fundamentales de Lacan es la distinción entre los tres registros: real, simbólico e imaginario. En el enganche y concatenación de estos registros se juega lo que tiene que ver con la psicosis, y por eso es importante entender, aunque sea de manera aproximada, de qué estamos hablando. Lacan, para explicar esto, utiliza el ejemplo de un color, concretamente el rojo. La función imaginaria del rojo tiene que ver con aquello que al sujeto le remite, por ejemplo, a la expresión de cólera o

---

<sup>76</sup> Rosen, J. (1975). *Psicoanálisis directo. Tratamiento de psicosis sin medicamentos, op. cit.*, p. 98

<sup>77</sup> Publicada en 1932, es también conocida como el «caso Aimée».

<sup>78</sup> Lacan, J. (1955-1956). *El Seminario 3. Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós, p. 15

de pasión. Esta relación, del orden de lo imaginario, es primordial en el reino animal. Lacan pone el ejemplo del petirrojo, quien exhibiendo su pechera roja pone sobre aviso a sus adversarios sobre la custodia del territorio que regenta. Lo simbólico, que es propiamente humano, tiene que ver con un orden y una organización. En el juego de cartas, que constituye un lenguaje, el color rojo de la carta vale en tanto opuesto al negro. Finalmente está el registro de lo real, que es seguramente el más críptico y complicado de entender. Cuando hablamos de lo real no estamos hablando de la realidad, y en el ejemplo del color rojo tendría que ver con la inefable e irreductible experiencia de la percepción del color, que puede cambiar o ser radicalmente distinta de un sujeto a otro (por ejemplo, en el caso de los daltónicos). Yendo más allá de este ejemplo concreto de Lacan, podríamos definir lo real como un imposible lógico que va más allá de lo representable<sup>79</sup>. Lacan, a partir de estos tres registros, trata de discernir lo que ocurre en la psicosis de forma diferenciada a la neurosis.

Con sus interpretaciones de las *Memorias* de Schreber, Freud abre una puerta a través de lo simbólico a la comprensión del caso. Sin embargo, Lacan aduce que a este nivel interpretativo no cabe distinguir entre psicóticos y neuróticos. Para él, es necesario ir un paso más allá y eso es lo que trata de hacer en su *Seminario 3*. No se centra, como hace Freud, en analizar los contenidos del delirio de Schreber, sino en articular a partir del delirio una estructura, una lógica. Esta búsqueda permanente de una lógica y una formalización será la que marque la enseñanza del psiquiatra francés.

En la página 23 del seminario aparecen algunas frases que resumen buena parte de sus tesis iniciales en torno a la psicosis:

Es clásico decir que en la psicosis el inconsciente está en la superficie, es consciente. [...] Traduciendo a Freud, decimos: el inconsciente es un lenguaje. Que esté articulado, no implica empero que esté reconocido.<sup>80</sup> [...] Si es que alguien puede hablar una lengua que ignora por completo, diremos que el sujeto psicótico ignora la lengua que habla. [...] El asunto no es tanto saber por qué el inconsciente que está ahí, articulado a ras de tierra, queda excluido para el sujeto, no asumido, sino saber por qué aparece en lo real.

---

<sup>79</sup> Esto implica seguir la lectura de Lacan que hace Eidelzstein, entre otros. Véase más al respecto en: Eidelzstein, A. (2018). *Otro Lacan*. Buenos Aires: Letra Viva

<sup>80</sup> «Si digo que todo lo que pertenece a la comunicación analítica tiene estructura de lenguaje, esto no quiere decir que el inconsciente se exprese en el discurso. [...] tiene no que ser un lenguaje en el sentido de un discurso -nunca dije que era un discurso- sino que tiene que estar estructurado como un lenguaje.» Lacan, J. (1955-1956). *El Seminario 3. Las psicosis, op. cit.*, p. 237

Partiendo de aquí, Lacan señala una diferencia fundamental entre la neurosis y la psicosis, que viene determinada por la diferencia entre los procesos de «represión» y «forclusión»<sup>81</sup>. Mientras que la represión neurótica se produce a nivel de la historia y el discurso del sujeto, en el psicótico las cosas han ocurrido de diferente forma: el mecanismo de forclusión implica que el sujeto no quiera saber nada de la cosa, ni siquiera en el sentido de lo reprimido. Cuando Lacan habla de *Verwerfung* hace referencia a la expulsión o rechazo taxativo de un significante primordial; según su tesis, este significante que falta a nivel simbólico termina por aparecer en el orden de lo real: «Este es el mecanismo fundamental que supongo está en la base de la paranoia».<sup>82</sup>

Al comienzo de este seminario, Lacan se centra en la cuestión de la paranoia. Afirma que:

Quando se buscan las causas desencadenantes de una paranoia, siempre se pone de manifiesto, con el punto de interrogación necesario, un elemento emocional en la vida del sujeto, una crisis vital que tiene que ver efectivamente con sus relaciones externas, y sería muy sorprendente que no fuera así tratándose de un delirio que se caracteriza esencialmente como delirio de relaciones ...<sup>83</sup>

El sistema delirante del paranoico supone, por tanto, una variación en la relación del sujeto con las intervenciones que llegan del exterior y, en líneas generales, con el Otro. De esta relación particular que se da en la psicosis entre el sujeto y la alteridad trataremos más adelante.

Lo característico de la paranoia es que todo empieza a tener significación; cosas hasta entonces insignificantes cobran sentido. Siguiendo a Lacan, puede decirse que el agujero en la malla de lo simbólico trata de suturarse con la proliferación de lo imaginario (en esto consiste la autorreferencialidad delirante: el vecino de enfrente me espía, los pájaros me hablan...). Lacan plantea que el delirio, que para nosotros resulta incomprensible, es, en cambio, perfectamente comprensible para el psicótico. Éste, sin embargo, no puede articular una explicación lógica y razonada al respecto; lo que hace simplemente es comprender, tener la certeza de que, por ejemplo, las voces le atañen. Es a partir de aquí que surge el engaño, la ilusión del terapeuta que cree poder llegar a comprender lo que le ocurre a su paciente. Lacan aprovecha esta cuestión para

---

<sup>81</sup> *Forclusión* es el modo en que Lacan, usando un término propio del Derecho, traduce el término freudiano de *Verwerfung*, que significa “rechazo radical”.

<sup>82</sup> Lacan, J. (1955-1956). *El Seminario 3. Las psicosis*, op. cit., p. 217

<sup>83</sup> *Ibid.*, p. 31

advertirnos contra ese fervor comprensivo que busca taponar el vacío de conocimiento, y recomienda las preguntas más que las respuestas:

El momento en que han comprendido, en que se han precipitado a taponar el caso con una comprensión, siempre es el momento en que han dejado pasar la interpretación que convenía hacer o no hacer. En general, esto lo expresa con toda ingenuidad la fórmula: El sujeto quiso decir tal cosa. ¿Qué saben ustedes? Lo cierto es que no lo dijo. Y en la mayoría de los casos, si se escucha lo que ha dicho, por lo menos se descubre que se hubiera podido hacer una pregunta, y que ésta quizá habría bastado para constituir la interpretación válida, o al menos para esbozarla.<sup>84</sup>

Oponiéndose al camino tomado por buena parte de la psiquiatría y el psicoanálisis hasta aquel entonces, Lacan pone el foco no sobre el yo (o sobre la multiplicidad de yoes que supuestamente caracterizaría a la psicosis), sino sobre la cuestión del lenguaje, el registro de la palabra y la alienación del sujeto, ya que es ahí donde la locura se manifiesta<sup>85</sup>. El lenguaje psicótico, caracterizado a nivel del significante por la formación de neologismos, y a nivel de la significación porque las palabras tienen su propio *peso* (esto es, que no remiten a ninguna otra significación), es el fenómeno a partir del cual el autor francés analiza la relación del sujeto con el Otro. Lacan, como hace la filosofía a partir de Hegel, distingue “entre el Otro con mayúscula, es decir Otro en tanto que no es conocido, y el otro con minúscula, vale decir el otro que es yo (...)” Es en la relación del sujeto con el Otro donde se juega la dialéctica del delirio. A propósito de cierta discusión que se da entre los psicoanalistas lacanianos en torno a si existe o no Otro para el psicótico, cabe citar el siguiente enunciado de Lacan:

Deben anotar ya la diferencia de nivel que hay entre la alienación como forma general de lo imaginario, y la alienación en la psicosis. No se trata de identificación, sencillamente, o de un decorado que se inclina hacia el lado del otro con minúscula. A partir del momento en que el sujeto habla hay Otro con mayúscula. Si no, el problema de la psicosis no existiría. Los psicóticos serían máquinas con palabra.<sup>86</sup>

---

<sup>84</sup> Lacan, J. (1955-1956). *El Seminario 3. Las psicosis, op. cit.*, p. 37

<sup>85</sup> A propósito de la importancia concedida por Lacan al lenguaje, especialmente en lo que concierne a la percepción y la estructuración de la realidad, cabe citar las siguientes palabras de *El Seminario 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*: «El poder de nombrar los objetos estructura la percepción misma. El *percipi* del hombre no puede sostenerse sino en el interior de una zona de nominación. Mediante la nominación el hombre hace que los objetos subsistan en una cierta consistencia» (p. 257).

<sup>86</sup> Lacan, J. (1955-1956). *El Seminario 3. Las psicosis, op. cit.*, p. 63

Mientras que lo propio en la neurosis es que una parte de la realidad psíquica sea olvidada, pero continúe «haciéndose oír» —lo cual ocurre de manera simbólica, a través del síntoma—, en la psicosis lo que se ha producido es una forclusión, es decir, una ruptura o apertura de un agujero en la realidad exterior, la cual deja de estar articulada para el sujeto: «Puede entonces suceder que algo primordial en lo tocante al ser del sujeto no entre en la simbolización, y sea, no reprimido, sino rechazado.»<sup>87</sup> El fantasma<sup>88</sup> del psicótico trata, entonces, de ser aquello que colme la falla en la estructura del mundo externo. Esto es lo que sucede, por ejemplo, a través del mecanismo de proyección paranoica:

Aquí está en juego algo que nada tiene que ver con esa proyección psicológica por la cual, por ejemplo, recibimos siempre todo lo que hacen aquellos hacia los cuales tenemos sentimientos algo mezclados, con al menos alguna perplejidad en lo tocante a sus intenciones. La proyección en la psicosis es muy diferente a todo esto, es el mecanismo que hace retornar del exterior lo que está preso en la *Verwerfung* (forclusión), o sea lo que ha sido dejado fuera de la simbolización general que estructura al sujeto.<sup>89</sup>

El ejemplo que toma Lacan de una de sus presentaciones de enfermos, la mujer que viene del fiambrero, sirve para pensar en nuestra posición frente al discurso del paciente psicótico. Esta mujer le contó al médico que, saliendo un día de su casa, tuvo que vérselas con un hombre, casado y amante de una de las vecinas; al pasar, ella recibió de parte de él una grosería. Al cabo, confesó que ella también le había dicho algo al pasar: “Vengo del fiambrero”. ¿Y qué dijo él? Dijo: “Marrana”. De este intercambio, dice Lacan, no debemos intentar comprender inmediatamente qué pretendía la mujer diciendo “vengo del fiambrero”. Por el contrario:

Lo que debe interesarnos es saber por qué, justamente, quería que el otro comprendiera eso, y por qué no se lo decía claramente sino por alusión. Si comprendo, paso, no me detengo eso, porque ya comprendí. Esto les pone de manifiesto qué es entrar en el juego del paciente: es colaborar con su resistencia. La resistencia del paciente es siempre la de uno, y cuando una resistencia tiene éxito, es porque están metidos en ella hasta el cuello,

---

<sup>87</sup> Lacan, J. (1955-1956). *El Seminario 3. Las psicosis, op. cit.*, p. 118

<sup>88</sup> «Fantasma» es la traducción que, desde el mundo psicoanalítico hispano, se ha hecho del término francés *fantasme*, que significa «fantasía». En cualquier caso, el concepto de «fantasma» en Lacan difiere del de «fantasía» en Freud.

<sup>89</sup> Lacan, J. (1955-1956). *El Seminario 3. Las psicosis, op. cit.*, p. 73

porque comprenden. Comprenden, hacen mal. El asunto es precisamente comprender por qué se da algo a comprender.<sup>90</sup>

Lacan continúa desbrozando el caso a partir del encuentro de la paciente con el hombre, y entonces plantea la posibilidad de que la respuesta «Marrana» no sea sino el propio mensaje de la paciente (a esto se refiere cuando dice que la mujer habla por alusión). Lo importante aquí no es si la paciente escuchó verdaderamente la respuesta o fue una alucinación verbal; como en cualquier otro caso de paranoia, lo decisivo es que el sujeto recibe a través de un otro —en este caso, su vecino— su propio mensaje. Estos «pequeños otros», que en la paranoia hablan, no son más que «marionetas» en las cuales resuena el propio mensaje del sujeto. Así, aquello que a esta mujer le concierne es dicho por esas sombras de otro (como en Schreber, seres tendentes a lo irreal) que constituyen el espejo de la proyección. La mujer que viene del fiambrero hace hablar a una de estas marionetas; coloca sus palabras, de un modo u otro, en un elemento del mundo exterior:

Habla tan bien por alusión que no sabe qué dice. ¿Qué dice? Dice: *Vengo del fiambrero*. Ahora bien, ¿quién viene del fiambrero? Un cochino cortado en pedazos. Ella no sabe lo que dice, pero de todos modos lo dice. Le dice sobre sí misma a ese otro a quien le habla: *Yo, la marrana, vengo del fiambrero, ya estoy disyunta, cuerpo fragmentado, membra disjecta, delirante, y mi mundo se cae en pedazos, igual que yo*. Esto es lo que dice.<sup>91</sup>

Tomando en cuenta la temporalidad alterada en el intercambio de palabras de esta mujer con su vecino, Lacan introduce la afirmación de que en la palabra delirante el Otro está verdaderamente excluido; no hay verdad por detrás, y esto es algo que afecta necesariamente —y no sólo— a la relación del paciente con el analista. Indagando en esta importante cuestión del Otro en la psicosis, que como acabamos de decir afecta al análisis posible, podemos determinar que, si bien para todo sujeto hablante hay Otro con mayúscula, éste llega a desvanecerse en el fragor del delirio. Por otra parte, es conveniente recordar que el psicótico no permanece siempre en estado delirante.

Del mismo modo que en la neurosis la represión determina la fabricación de un lenguaje particular en cada sujeto, constituido por sus síntomas, en la psicosis lo inconsciente se juega «a cielo abierto». Con esto queremos decir que lo forcluido se manifiesta en el orden de lo verbal, a través de ese lenguaje distinto al común que sostiene el psicótico.

---

<sup>90</sup> Lacan, J. (1955-1956). *El Seminario 3. Las psicosis, op. cit.*, p. 75

<sup>91</sup> *Ibid.*, p. 81



De hecho, tanto para este primer Lacan como para las clasificaciones psiquiátricas modernas (DSM, CIE), las alucinaciones verbales y los trastornos del lenguaje constituyen síntomas patognomónicos de la psicosis: «Antes de hacer el diagnóstico de psicosis debemos exigir la presencia de estos trastornos.»<sup>92</sup> En esta fase de su enseñanza, Lacan mantiene una teoría estructuralista —o se es psicótico o se es neurótico<sup>93</sup>—, y pese a la máxima importancia que concede a aquello que tiene que ver con la palabra, advierte:

No decimos que la psicosis tiene la misma etiología que la neurosis, tampoco decimos, ni mucho menos, que al igual que la neurosis es un puro y simple hecho del lenguaje. Señalamos simplemente que es muy fecunda en cuanto a lo que puede expresar en el discurso.<sup>94</sup>

Estas palabras quizá deberían servir de aviso a los psicoanalistas contra cierto logocentrismo, y contra explicaciones etiológicas reduccionistas que dejan todo en manos del lenguaje y de determinados conceptos psicoanalíticos, sin atender a los descubrimientos hechos por otras disciplinas<sup>95</sup>.

Los psicólogos, afirma Lacan, “por no frecuentar de verdad al loco, se formulan el falso problema de saber por qué cree en la realidad de su alucinación.” No se trata en el delirio de una cuestión de creencias, lógica o razonamientos: el loco lo que tiene son certezas. Puede asumir, en un momento dado, la irrealidad de sus experiencias, pero no por ello va a renunciar a la certeza de que aquello que está vivenciando le concierne. En el delirio debe haber un significado, esto es inquebrantable y va más allá de lo que ocurra en la realidad exterior. Las cosas suceden por algo, y a partir de aquí se construye el fenómeno elemental o creencia delirante. Por ello todos nuestros intentos racionalistas, que buscan atacar la lógica o la coherencia del relato, van encaminados al

---

<sup>92</sup> Lacan, J. (1955-1956). *El Seminario 3. Las psicosis, op. cit.*, p. 133. Lacan matiza, unas líneas más adelante, esta afirmación, cuando dice que «en todo caso les propongo que adopten provisionalmente esta convención.» Hay que tener en cuenta que en algunas formas de psicosis —como las llamadas *normalizadas*, o las melancólicas— la presencia de trastornos del lenguaje puede no ser evidente.

<sup>93</sup> En *El Seminario 23*, Lacan elabora, tomando como ejemplo a Joyce, una nueva teoría basada en el concepto de *sinthome* y el anudamiento borromeo de los tres registros (RSI), lo que da pie a una visión clínica más continuista o elástica.

<sup>94</sup> Lacan, J. (1955-1956). *El Seminario 3. Las psicosis, op. cit.*, p. 91

<sup>95</sup> Resulta atractiva, a este respecto, la postura adoptada por “La Otra Psiquiatría”: «Con la etiología, por el contrario, [“La Otra”] es mucho más complaciente y tolera de buena gana una cuádruple raíz de la psicosis: una génesis psicológica; un motivo sociológico; una causalidad biológica; y un origen en la cosa en sí, en lo real, en el dominio asimbólico que con su elocuente mudez desvela el secreto de la psicosis e identifica el epicentro del drama.»

fracaso; como mucho conseguiremos que el paciente nos dé la razón como a tontos para que le dejemos en paz.

Continuando con Schreber, Lacan discurre sobre el tipo particular de construcciones que llegan a armarse en el sujeto psicótico. ¿Es el loco, como se afirma habitualmente, alguien que no busca ser reconocido? Es evidente que si Schreber escribió sus memorias fue para que alguien lo hiciera... Y, sin embargo, es característico de la locura su autosuficiencia (no es necesario que nadie legitime el delirio) y su narcisismo (el individuo puede encerrarse en su locura durante largos períodos de tiempo, apartándose del deseo) -esta contradicción ha de ser tomada en cuenta por aquel que trate con psicóticos. El hermetismo del loco, que puede inhabilitar cualquier tipo de relación o transferencia con él, es capaz de atenuarse a través de un acto como puede ser la escritura.<sup>96</sup>

A estas alturas de su enseñanza Lacan plantea que el análisis debe ir dirigido, fundamentalmente, a trabajar lo simbólico. En *El Seminario 3* toma una intervención de Ernst Kris, representante de la *ego psychology*, para cuestionarla<sup>97</sup>. Dicha intervención, en la cual el analista interpreta algo que tiene que ver con la «realidad» y no con lo simbólico, conduce a que el sujeto haga un *acting-out*; que pulsemos el botón de la realidad no significa que estemos haciendo lo adecuado: el sujeto puede reiterar su síntoma. El paciente de Kris era neurótico, pero esta máxima debe aplicarse también a los psicóticos: hay que dar peso a la dimensión simbólica del discurso.

«En la perspectiva freudiana, el hombre es el sujeto capturado y torturado por el lenguaje».<sup>98</sup> El descubrimiento de Freud en torno a la palabra supuso dar a conocer la función de ésta como envoltura formal del síntoma; a través de ellas se pudo llegar a desvelar algo del deseo inconsciente. La *talking cure* implica no tanto un sujeto que reflexionando en su discurso llega a algún tipo de conocimiento (al modo socrático), sino más bien un sujeto que a través de su discurso puede percibir en qué medida es efecto y rehén del lenguaje; por eso Lacan afirma: «el sujeto es hablado por el Otro». Así, los lapsus, equivocaciones, fallas, etc. -en definitiva, aquellos actos faltos de sentido y coherencia- del neurótico constituyen baches en el discurso a nivel

---

<sup>96</sup> Puede leerse una referencia más amplia al respecto en: Colina, F. (2013). *Sobre la locura, op. cit.*, pp. 127-133

<sup>97</sup> Se trata del caso del «hombre de los sesos frescos», al cual Lacan hace alusión en varias ocasiones, tanto en sus *Escritos* como en distintos seminarios.

<sup>98</sup> Lacan, J. (1955-1956). *El Seminario 3. Las psicosis, op. cit.* 350

inconsciente. En la psicosis, empero, las cosas ocurren de diferente modo: los síntomas aparecen como desanudados del discurso, de la presencia del Otro. Cabe pensar que mientras en la neurosis el sujeto se halla «capturado» por el lenguaje, el sujeto psicótico ha abandonado tal asidero, permaneciendo acrecentada la dimensión de «tortura». Este tormento del lenguaje desencadenado, que va de la mano de las vivencias de cuerpo fragmentado y distanciamiento de la realidad (fenómenos especialmente patentes en la esquizofrenia), resulta ir más allá de lo comprensible y lo transmisible, no sin mostrar su envés en forma de goce; un goce más intenso y extraordinario que el de la neurosis, hecho que no debemos obviar en la clínica.

Ya Freud, en su texto *Lo inconsciente* de 1915, analiza las características del síntoma esquizofrénico. Sin contar con la teoría lingüística ni otras herramientas usadas posteriormente por Lacan, acierta a observar en la esquizofrenia «el predominio de lo que debe hacerse con las palabras sobre lo que debe hacerse con las cosas».<sup>99</sup> La semejanza formal de los significantes es lo que determina la vestidura del síntoma; éste se expresa, por tanto, en forma de un lenguaje o unos comportamientos que se hayan por fuera del sentido. Tomando esto cuenta, cabe repensar el papel de la interpretación freudiana clásica cuando se pretenda usar con psicóticos; el propio Freud plantea la diferencia entre las formaciones sintomáticas de ambas estructuras, que apuntan hacia «la cosa» en la neurosis y hacia «lo verbal» en la psicosis. Podemos tomar como ejemplo el neologismo del psicótico, que para él está cargado de significación y, sin embargo, no remite a nada más que a sí mismo; el neologismo está desenganchado de la cadena signifiante, del discurso. Aquí vemos, por tanto, cómo se abre una disyuntiva: por un lado, está el síntoma clásico freudiano del cual podemos obtener un saber y un sentido a través del análisis, llegando a la cura; por el otro, hay síntomas (entre ellos los propiamente psicóticos) que se encuentran desanudados del sentido, al margen de la significación. Françoise Fabre asegura que, pese a que puedan tener lugar en determinadas condiciones y con determinados pacientes (no paranoicos), «en términos generales, no hay interpretaciones que hacer en el campo de la psicosis».<sup>100</sup>

Nada puede esperarse de la psicosis en el plano imaginario, afirma Lacan, puesto que partiendo de dicho registro no puede comprenderse la alienación del loco. Esta va más

---

<sup>99</sup> Freud, S. (1915). *Lo inconsciente*. Madrid: Biblioteca Nueva, vol. II, cap. XCI, p. 2080

<sup>100</sup> Fabre, F. (2012). L'interprétation est-elle possible dans le cadre des psychoses? *Analyse Freudienne Presse*, 19, p. 186

allá del mecanismo paranoico habitual del niño («Él me pegó», aunque realmente haya sucedido al revés) o de los celos que proyectan sobre el otro las propias tendencias del sujeto a la infidelidad —situaciones ambas en las cuales se da una especie de transactivismo<sup>101</sup> que sí pertenece al orden de lo imaginario. Las psicosis, tanto esquizofrénica como paranoide, se entienden a partir de un desorden que afecta a los registros de lo simbólico y lo real.

Lacan se pregunta: ¿qué es lo que está forcluido en la psicosis? Plantea entonces que esto es algo que tiene que ver con el atravesamiento del Edipo, concretamente con el hecho de que el registro del padre está ausente. Habla del padre en sentido simbólico, significante —a esto se refiere con la expresión «forclusión del Nombre-del-Padre<sup>102</sup>». La psicosis tiene que ver, según su tesis, con una falta en la función paterna; esta función, que no tiene por qué ser desempeñada por el padre biológico, es la de establecer una separación entre el hijo y la madre. Para este primer Lacan, el significante, en la medida que está ausente, se encuentra en el origen de la psicosis. Parte de una concepción estructuralista, y por tanto entiende que la falla de un significante primordial, como es el paterno, provoca la descompensación del conjunto: «la falta de un significante lleva necesariamente al sujeto a poner en tela de juicio el conjunto del significante».<sup>103</sup> El propio Lacan revisará esta concepción años más tarde, en *El Seminario 23*, cuando estudie el caso paradójico de Joyce.<sup>104</sup>

Cuando para el sujeto se hace imposible registrar el significante «padre» a nivel simbólico, el único recurso que le queda son las identificaciones imaginarias. Lacan dice que este predominio de la relación imaginaria —dual y desmesurada— es característico de la estructura psicótica. Esta circunstancia afecta a la transferencia y al trato; como hemos podido leer en otros autores, el paso de la indiferencia a la dependencia, del amor al odio, puede ser mucho más extremo y complicado de manejar que en el trato con neuróticos. La cuestión de las identificaciones y del plano imaginario, que entra siempre en juego en nuestras relaciones con los otros, toma en la psicosis un carácter más agudo y enérgico. Nuestra torpeza, de la que no nos libran las

---

<sup>101</sup> Trastorno de la conciencia, de la consistencia o cohesión (delimitación) del yo, en el que se atribuyen a otros los sentimientos propios.

<sup>102</sup> «Nombre-del-Padre» es la traducción que se habitualmente se hace del francés *Nom-du-Père*, aunque realmente *Nom* se debería traducir por «apellido». Sirva el siguiente aforismo de Unamuno para comprender algo de lo tocante a este concepto: «la lengua es la sangre de la raza».

<sup>103</sup> Lacan, J. (1955-1956). *El Seminario 3. Las psicosis, op. cit.*, p. 289

<sup>104</sup> Lacan, J. (1975-1976). *El Seminario 23. El sinthome*. Buenos Aires: Paidós

buenas intenciones, puede conducir a que el sujeto nos inscriba en su delirio o se sienta tremendamente dañado por nuestras palabras, por poner un ejemplo. El conocimiento de este hecho particular debe servirnos como advertencia y al mismo tiempo, bien manejado, constituye una herramienta que permite avanzar el análisis.

Las identificaciones del psicótico, radicales y de un orden distinto a las del neurótico, le permiten suplir algo de ese significante primordial forcluido. Es mediante ellas que el sujeto se sostiene y logra cierta compensación:

Así es como la situación puede sostenerse durante largo tiempo; como los psicóticos viven compensados, tienen aparentemente comportamientos ordinarios considerados como normalmente viriles, y, de golpe, Dios sabe por qué, se descompensan. ¿Qué vuelve súbitamente insuficiente las muletas imaginarias que permitían al sujeto compensar la ausencia del significante? ¿Cómo vuelve el significante en cuanto tal a formular sus exigencias? ¿Cómo interroga e interviene lo que faltó?<sup>105</sup>

En el capítulo XVI del seminario (*Secretarios del alienado*), Lacan hace una de sus principales aportaciones en lo tocante al manejo de la transferencia en la psicosis. Si hasta ahora se había centrado en caracterizar la fenomenología y estructura de la psicosis, ahora trata de avanzar en el camino de un trato posible con el loco. Lo que propone a los psicoanalistas es lo siguiente: «Aparentemente nos contentaremos con hacer de secretarios del alienado.»<sup>106</sup> Pero ¿a qué se refiere el autor con esto? Pues ni más ni menos que a prestar atención a la corteza de la letra, a tomar el relato del loco al pie de la letra sin pretender interpretaciones o búsquedas de sentido apresuradas. Advierte a los psiquiatras contra la fiebre diagnóstica y su correspondiente respuesta terapéutica, recomendando la simple escucha del paciente en primer término. No debemos ser como ese ejemplo del intendente del Atlas, el cual lee sin comprender lo que está escrito porque sabe el mensaje de antemano. Tampoco como aquellos que encarcelan en los márgenes establecidos por la teoría, y cuando hablan sólo es para demostrar que no son más incapaces que sus colegas. El testimonio que recibimos del psicótico es siempre original y se encuentra muchas veces fuera del límite de nuestra comprensión; es preferible escuchar, sin comprender, antes de juzgar por adelantado la insensatez. Tanto puede errar quien diagnostica y prescribe un medicamento sin atender a nada más, como quien se apresura a taponar con sus elucubraciones el decir psicótico.

---

<sup>105</sup> Lacan, J. (1955-1956). *El Seminario 3. Las psicosis, op. cit.*, p. 292

<sup>106</sup> *Ibid.*, p. 295

### 2.3 Propuesta contemporánea para el manejo de la transferencia en la psicosis

Una vez revisadas, someramente, las aportaciones de algunos grandes autores a esta cuestión, se hace necesario proponer un manejo de la transferencia posible al amparo de la clínica actual. ¿De qué manera un loco puede servirse, hoy día, de la figura del analista? Para intentar dar respuesta a esto tomaremos como base la enseñanza de Lacan, buscando articular algunas propuestas con las de otros autores que hemos manejado y estableciendo, así mismo, diferencias que pueden considerarse irrenunciables.

Se puede observar cómo en la psicosis está gravemente alterada la relación con el Otro; incluso, hay quien sostiene que no hay Otro en la psicosis. Desde aquí defendemos que el Otro existe, de algún modo, para cualquier sujeto, sea éste psicótico o neurótico.<sup>107</sup> Cabría mantener la duda en el caso de los episodios esquizofrénicos graves, en los cuales la descomposición del propio sujeto puede suponer la completa desaparición del Otro. Pero creemos que incluso en el polo esquizofrénico de la psicosis, sostenido el sujeto en una mínima organización, algo del Otro puede subsistir. Concretando: puede decirse que la presencia del Otro vive momentos de gran marejada en el sujeto psicótico, alternándose momentos de estabilidad (alcanzados mediante suplencias, identificaciones, síntomas o cualquier otro andamiaje) con otros de crisis en los que la debilidad o la ausencia del Otro se hacen patentes en la locura. Defendemos que la forclusión del Nombre-del-Padre no implica la forclusión del Otro, puesto que el advenimiento del sujeto implica necesariamente un modo —más o menos precario— de suplir la falta de ese significante primordial. Es esto lo que nos lleva a mantener la esperanza, en prácticamente cualquier caso, de alcanzar una cierta transferencia con el paciente que permita el análisis.

En este trabajo nos colocamos de parte de un psicoanálisis que se enfoca en aquello que es, verdaderamente, su campo de acción: el inconsciente. Frente a cierta corriente —en la cual hemos visto que se inscriben Fromm Reichmann o Rosen, entre otros— que defiende una actuación fortalecedora de los aspectos sanos del ego contra aquellos que son patológicos<sup>108</sup>, la dirección de la «cura» y la posición del analista que aquí se

---

<sup>107</sup> «A partir del momento en que el sujeto habla hay Otro con mayúscula. Si no, el problema de la psicosis no existiría. Los psicóticos serían máquinas con palabra.» Lacan, J. (1955-1956). *El Seminario 3. Las psicosis, op. cit.*, p. 63

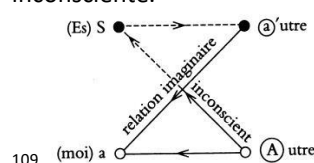
<sup>108</sup> El Yo de la *ego psychology* se convierte en algo ideal, un lugar mítico al que atribuimos las características «sanas» de la personalidad; este planteamiento nos aleja de un tratamiento

propugna es más cercana a las tesis de Lacan. En *La dirección de la cura y los principios de su poder* (1958), el psiquiatra francés propone —tomando el ejemplo del juego de bridge, que enfrenta a dos parejas— que el analista deje a un lado («en el lugar del *muerto*») su Yo (es decir, aquello que es del orden de lo imaginario: los sentimientos, las identificaciones, los prejuicios...), para de este modo poder colocarse en el lugar del Otro (registro simbólico) frente al analizante. A partir de esta operación, que Lacan formaliza con el «esquema L»<sup>109</sup>, el paciente está en condiciones de dejar caer su Yo y permitir la aparición del Sujeto (el inconsciente). De aquí se extrae que la posición ideal para un analista, en condiciones normales, es el lugar del Otro. Pero ¿cómo ocupar ese lugar cuando la misma existencia del Otro tambalea en el psicótico? Llegar hasta ahí puede llevar más tiempo que en otros casos, exigiendo rodeos o actuaciones distintas a las habituales (como pueden ser las de Rosen); a tal punto corresponde quizá el trabajo «artístico» del analista, propuesto por Fromm Reichmann.

Como dice Lacan, «el analista nunca es completamente analista, es hombre y participa como cualquier otro en los mecanismos imaginarios que obstaculizan el paso de la palabra».<sup>110</sup> Es inevitable que en ocasiones nos sintamos frustrados, erremos en nuestras interpretaciones o actuemos de forma iatrogénica; aunque el analista persiga un ideal profesional, debe ser consciente de su castración, esto es, de que tal ideal no va a ser alcanzado. El análisis personal, el conocimiento de las propias limitaciones y el estudio de la teoría, junto con la supervisión de profesionales expertos, son los apoyos con lo que cuenta a la hora de enfrentarse a esta difícil tarea. A propósito de esto, la transferencia negativa, que puede manifestarse con especial intensidad en el trabajo con psicóticos, resulta una herramienta fundamental que permite el avance a través del análisis. El terapeuta tiene que advertirla, pensarla y, a partir de ahí, hacerse con ella de tal modo que constituya un impulso y no un obstáculo insalvable para la «cura». La transferencia no sólo es un requisito para que haya verdadero análisis: la propia

---

verdaderamente analítico que deje espacio al discurso del paciente, su historia y sus modos de gozar y sufrir. El propio Freud advierte de que ninguna exploración del preconscious nos va a llevar al inconsciente.



<sup>109</sup> Lacan, J. (1955-1956). *El Seminario 3. Las psicosis*, op. cit., p. 230

transferencia debe ser analizada. Sostenemos, con Lacan, que conductas como los *acting out*<sup>111</sup> obedecen a una transferencia no suficientemente analizada.

Además de la ya clásica la posición lacaniana del «secretario del alienado», Álvarez habla de otras dos posibles actitudes ante el decir psicótico: la de «testigo neutro» y la de *partenaire*.<sup>112</sup> El testigo neutro es alguien que simplemente está, y con su mera presencia permite «tomar asiento» a las palabras del loco (o a su silencio). El secretario del alienado da un paso más allá: escucha, pero además toma nota —y ordena, si puede— del discurso del paciente. Finalmente, el *partenaire* es aquel que puede delirar con el paciente, haciéndose afín a su discurso para, de este modo, poner en juego la transferencia y los distintos significantes. Esta última operación -semejante a la de autores como Rosen- implica un analista más activo que desvaría, señala o interpreta (siendo que, muchas veces, las interpretaciones son un desvarío). A nuestro criterio, cualquiera de estas tres posiciones resulta adecuada para el analista, que deberá variar de una a otra en función del paciente y del momento de la terapia en que se encuentre. Tomando a Sabinus, podemos decir que el trabajo de lectura y «descifrado significativo» en análisis permite al sujeto «inventar una historia verdadera, novedosa respecto a su realidad cotidiana.»<sup>113</sup>

Por otro lado, es importante valorar en qué momento de su locura se encuentra el paciente. Nos guiaremos por la teoría de F. Colina y J. M. Álvarez, que proponen la existencia de tres polos en la psicosis: paranoico, melancólico y esquizofrénico. Añadiremos a esto que, como ocurre con cualquier categorización, la realidad casi siempre tiende a ubicarse en aguas intermedias, de manera que en ocasiones es difícil determinar en qué momento se encuentra el paciente, apareciendo muchas veces formaciones sintomáticas mixtas (por ejemplo: autorreferencialidad e intuiciones alternadas con depresión y sentimiento de culpa; sentimiento de fragmentación del cuerpo unido a alusiones y revelaciones). Además, hay que tener en cuenta las conocidas como psicosis normalizadas y los momentos de estabilidad -más o menos duraderos- por los que puede atravesar cualquier psicótico, de tal manera que su trato -al menos a primera vista- no se distinga demasiado del de un individuo «común».

---

<sup>111</sup> Un *acting out* es una acción que una persona ejecuta en lugar de la expresión consciente de algo, generalmente un deseo. Es un mensaje cifrado dirigido al Otro.

<sup>112</sup> Álvarez, J. M. [José Carreño] (2017, julio 29). Conferencia de José María Álvarez – La Otra Psiquiatría, min. 22-23. Recuperado de <https://youtu.be/ysTSdnW6al4>

<sup>113</sup> Sabinus, S. (2012). Psychose de transfert. *Analyse Freudienne Presse*, 19, p. 168



Puntualizamos que sería conveniente establecer una diferencia dentro de la clínica de la psicosis, en el mismo sentido que se hace con la neurosis (histérica y obsesiva). La gran mayoría de pacientes psicóticos tienen, además de su sintomatología psicótica, defensas y síntomas obsesivos o histéricos; algunos, en sus momentos de estabilidad, pueden pasar por neuróticos corrientes. Piera Aulagnier afirma haberse encontrado «raras veces con psicóticos en quienes no estuvieran presentes defensas obsesivas, histéricas o fóbicas».<sup>114</sup> Por tanto, y al margen de lo específico de la estructura, es necesario mantener la mirada que sobre cualquier otro paciente tendríamos acerca sus características histéricas u obsesivas. La cuestión de la posición femenina y masculina, las identificaciones y el acceso a lo simbólico de cada cual (esto es, en qué medida el sujeto se reconoce como siendo esto o aquello), que tenemos muy presente en la clínica con neuróticos, mantiene su vigencia, con las necesarias matizaciones, en la clínica de la psicosis. Este señalamiento, que en muchas ocasiones se obvia, puede abrir el debate en torno a la cuestión de la estructura y las envolturas sintomáticas originales de cada sujeto; sería conveniente un estudio en profundidad, que puede proponerse como tema de investigación futuro.

Álvarez, en su libro *Hablemos de la locura* (2018), da algunas indicaciones para manejar la transferencia en cada uno de los tres «polos» que hemos señalado; señala, de hecho, que podría hablarse de «transferencias»:

Se admitirá que la fragilidad del loco discreto, la autorreferencia del paranoico, la indignidad del melancólico y la xenopatía del esquizofrénico propenden a modalidades transferenciales distintas, máxime si se tiene en cuenta que algunos de estos sujetos se mantienen en un equilibrio constante aunque con crisis, otros adaptan estilos de vida bastante normalizados y los más habituales en los Servicios de salud mental suelen estar locos de remate la mayor parte del tiempo.<sup>115</sup>

Propone tres máximas: frente a la paranoia –«locura del Otro»–, *no saber*; esto supone adoptar una posición de ignorancia y escepticismo ingenuo frente a la certeza delirante y las alusiones del paranoico. Frente a la melancolía –«locura del objeto»–, *no desfallecer*; el melancólico, perseguido por sí mismo, es quien sufre el dolor más intenso del alma, y ante la oscuridad de su abulia y sus lamentos lo mejor que podemos hacer es plantar cara con nuestra vitalidad y entusiasmo, de tal manera que él pueda

---

<sup>114</sup> Aulagnier, P. (1992). Conferencia inédita: Para pensar la psicosis. *Zona Erógena*, 12, p. 4

<sup>115</sup> Álvarez, J. M. (2018). *Hablemos de la locura*. Barcelona: Xoroi, p. 311

verse reflejado y *tomar prestado* algo de nuestro deseo. Frente a la esquizofrenia – «locura del Uno–, *no comprender*; ante un discurso que escapa a los márgenes de nuestro entendimiento, lo mejor que podemos hacer es *no comprender*, permaneciendo, en cambio, a disposición del paciente, de tal manera que éste pueda *usarnos* sin que nosotros fallemos en ningún momento al compromiso adquirido con él —esto último también es muy importante para el autor.<sup>116</sup>

Con estos principios en la mano, el terapeuta tiene la responsabilidad de prever, detectar y orientar los movimientos que, alrededor de estos polos de la psicosis, tome el sujeto. El delirio, por ejemplo, puede ser reprimido, cuestionado o reforzado; el decir esquizofrénico puede ser escuchado con atención, obviado o, simplemente, cercenado con medicación. El deseo del paciente y sus maniobras —las cuales determinarán sus síntomas o sus modos de hacer más soportable el malestar— serán los que marquen la senda del análisis, condicionando la escucha y las diferentes intervenciones que puedan llevarse a cabo; para que esto ocurra es necesario, por descontado, que el profesional haya podido dejar algo de su narcisismo, su *furor curandis* y su formalidad inveterada en el lugar del «muerto».

Pese a que mantenemos —tanto por una cuestión de conveniencia taxonómica como porque creemos que, verdaderamente, la estructura psíquica es cualitativamente distinta en el psicótico y el neurótico— una psicopatología ordenada en torno a las tres estructuras clásicas (neurosis, psicosis, perversión —incidiendo especialmente en las diferencias cualitativas de las dos primeras—), no podemos ignorar la diversidad de casos que se presenta en la clínica actual. Trastornos límite, de la alimentación, neurosis obsesivas que incapacitan al individuo, psicosis normalizadas...patologías «litorales» a las que muchas veces se hace difícil encasillar en una de las estructuras. En función de esta realidad clínica es que merece la pena seguir la última enseñanza de Lacan, más centrada en los modos particulares de gozar-sufrir de cada individuo y en cómo ello se articula con la flexibilidad de las estructuras; sin que ese aspecto teórico haya sido objeto de estudio en este trabajo, sí nos queda reivindicar, una vez más, la importancia del «caso a caso» y de la originalidad de cada encuentro que se produce entre analista y paciente. Se recomienda, por tanto, promover su acto de creación personal, ya que debe ser él quien encuentre la forma de desenvolverse con su estructura psicótica. En palabras de C. Watters, «el analista postjoyceano ha de conducir al sujeto, sea cual sea

---

<sup>116</sup> Álvarez, J. M. (2018). *Hablemos de la locura*, op. cit., pp. 323-333

su estructura, a la dignidad del *sinthome*». <sup>117</sup> La particular estabilidad que sea capaz de alcanzar cada sujeto debe ser favorecida por la figura del profesional; un delirio estructurado, el trabajo, la creación artística, el amor...pueden constituir puntos de anclaje válidos. La clínica bajo transferencia es el lugar donde dar espacio a estas soluciones del paciente, los cambios en su discurso y sus síntomas, de forma que podamos analizar las reacciones positivas y negativas, avances y retrocesos que se vayan dando. El objetivo es que la persona pueda vivir mejor, con menos sufrimiento, y no tanto «curar» su locura.

Sin menoscabo de lo singular, es preciso seguir estableciendo líneas directrices para la transferencia en la psicosis. Conviene oponer la actuación propia del psicoanálisis a la de los terapeutas cognitivos; estos últimos buscan desmontar las certezas delirantes y las alucinaciones mediante argumentos lógicos, persuasión, pruebas de realidad, debates socráticos y otros métodos «racionales» que, como hemos visto, en ningún modo se ajustan a la esencia de la psicopatología psicótica. No sirve de nada que nos enfrentemos, con la fuerza de nuestra razón neurótica, al muro de sus certezas. La psicosis arraiga en lo más íntimo del ser, y de poco sirven esas palabras «sanadoras» que se manifiestan desde un lugar que no es el suyo. Es más conveniente que primero observemos, escuchemos y tratemos de pensar en lo que el paciente se está jugando en su discurso. A partir de ahí podremos señalar, interpretar o favorecer determinadas conductas en función del momento en que se encuentre la persona; incluso, el silencio o «el arte de no intervenir» <sup>118</sup> pueden ser buenas soluciones en ciertos momentos. Como vimos en el ejemplo de Sullivan <sup>119</sup>, cuando dos esquizofrénicos se encuentran uno puede resultarle tolerable al otro de una forma a la que el profesional no puede aproximarse; algo de esa cercanía empática que ambos mantienen, sin necesidad de entenderse, es lo que debemos buscar como analistas. Frente a la angustia, el terror o la simple extrañeza que produce el desenganche del propio lenguaje, de la percepción del cuerpo o de la realidad, nuestra mera presencia física, nuestra firmeza o nuestra simpatía puede constituir un bálsamo más eficaz que cualquier intervención «milagrosa». Incluso, siguiendo las indicaciones de expertos en el tema como Colina y Rosen,

---

<sup>117</sup> Watters, C. (2012). «Voici un franc symbolique, docteur» La question du transfert dans la cure d'un patient psychotique. *Analyse Freudienne Presse*, 19, p. 179

<sup>118</sup> A esta cuestión hace referencia F. Colina en *Sobre la locura* (2013), *op. cit.*, pp. 7-12

<sup>119</sup> Sullivan, H. S. (1972). *Concepciones de la psiquiatría moderna*, *op. cit.*, p. 167

podemos pensar que es necesario «enloquecer» un poco, dejando fluir ese lado de nosotros mismos que nos permite conectar con la psicosis.

La última prescripción que desde aquí se propone tiene que ver con el valor y la firmeza del terapeuta. Valor para acercarse a alguien que está en un plano diferente al nuestro, y que puede ser fuente de frustraciones y desazón; valor para enfrentar una mirada distinta, preguntas que cuestionan nuestra inteligencia y reacciones que escapan a nuestra comprensión; valor para desafiar la ambivalencia (la suya y la nuestra) cuando se muestre con todo su rigor. La firmeza ha de ser también una de nuestras mejores aliadas. Opuesta al temor, el exceso de ternura o la compasión, la firmeza ayuda al analista a mantener un semblante del cual se puede servir el loco para «sujetarse». Nuestras palabras, nuestra presencia y nuestra mirada deben hacer la contra tanto a la fragilidad del loco como a la actitud de aquellos que los temen o los tratan como simples estúpidos o desgraciados. «El valor vence también el vértigo al borde de los abismos; ¡y dónde el hombre no se asoma a abismos!»<sup>120</sup>

### 3. Conclusiones

Hay algo en la locura que resiste, quizá por su propia idiosincrasia, a todos nuestros modelos teóricos. Margarite Duras escribió en su novela *Hiroshima, mon amour* que «La locura es como la comprensión, ¿sabes? No se la puede explicar. Se te viene encima, te llena y entonces se la entiende.» De la transferencia, por su parte, se ha escrito mucho desde que Freud la describiera en los últimos años del siglo XIX. Esto no ha evitado que se mantenga una cierta opacidad: ¿cuáles son sus características, sus implicaciones, su correcto manejo...? Es evidente que la relación analista-paciente, en la cual se vehiculiza la repetición de significantes de la historia pasada, ha de ser pensada y analizada de tal manera que pueda ser más un motor que un obstáculo para el avance de la terapia. Respecto al tema que nos ocupa, es conveniente señalar que los psicoanalistas —empezando por Freud— se han preguntado siempre por el modo posible de sostener y manejar la transferencia con el sujeto psicótico, aquel que por su particular estructura más nos cuesta entender a los neuróticos «de a pie».

---

<sup>120</sup> Nietzsche, F. (1885). *Así habló Zaratustra*. Barcelona: Fontana, p. 138

A partir de un cierto análisis histórico, hemos pretendido esbozar aquí una propuesta para el manejo de la transferencia en la psicosis que resultase de actualidad. Llegado el momento de concluir, cabe afirmar tanto que muchas de las prescripciones y «recomendaciones» aquí descritas resultan atemporales y universales, como que se han quedado en el tintero cuestiones muy importantes que tienen que ver con la envoltura actual de los síntomas —estamos pensando en patologías como la anorexia, determinados casos de autismo, las psicosis normalizadas...

A través del sucinto estudio de autores tan diversos como Freud, Sullivan, Reichmann, Rosen o Lacan, hemos podido observar algunas de las diferencias que, a nivel teórico y de práctica, existen entre ellos. Un ejemplo: la posición del analista que podemos extraer de Rosen, que «juega» a delirar con sus pacientes, no tiene nada que ver con la planteada por Lacan del «secretario del alienado». Y, sin embargo, a partir de la enseñanza de un autor de orientación lacaniana como es J. M. Álvarez hemos podido plantear que ambas posturas son ciertamente compatibles, pudiendo emplearse una u otra en diferentes momentos. Tomar en consideración la heterogeneidad de los abordajes psicoanalíticos —aquí sólo hemos revisado unos pocos autores expertos en el campo— nos lleva a ser precavidos a la hora de mezclar conceptos en una amalgama de difícil sostén. Por otra parte, ni la ortodoxia ni los dogmas resultan buenos compañeros de viaje en estas lides. El marco teórico de este trabajo parte de una doctrina formulada por Freud y continuada por Lacan, lo cual no es óbice para que rescatemos determinadas técnicas o actuaciones que, al margen de estos dos autores, puedan ser de utilidad en la práctica. No es la intención promover un sincretismo burdo, a la manera de muchas psicoterapias actuales. La rigurosidad de la teoría y la radical defensa de ciertos principios no está reñida con el diálogo con otros, ni con la formulación de unos planteos que puedan ser heterodoxos.

Los autores que aparecen en este trabajo comparten una característica que los hace especialmente valiosos, y es que cuentan con una amplia experiencia en el trato con psicóticos. Han visto la locura de cerca, muchas veces en manicomios que se apartan bastante de la comodidad del clásico diván freudiano. Las propuestas y enunciados que hemos espigado de ellos son el resultado del esfuerzo de cada uno por comprender al psicótico, por armar una teoría y una *praxis* que resulte de utilidad al paciente. Esa misma intención es la que nos ha llevado a la realización de este trabajo, fundamentado

en el saber teórico adquirido y una cierta experiencia en el trato con los locos —factores ambos que siempre cabe ampliar de cara a futuras investigaciones.

Podemos reseñar, en unas líneas, lo más interesante que hemos mostrado de cada autor. Freud, padre del psicoanálisis, fue quien descubrió y analizó el fenómeno de la transferencia para, luego de su inicial rechazo, mostrar el camino hacia el estudio de una transferencia posible con los psicóticos; el «caso Schreber» supuso una novedad radical en la comprensión de los fenómenos psicóticos. Sullivan, quien desde una perspectiva culturalista trató de reformular las tesis freudianas, apuntó a la importancia del entorno y las relaciones interpersonales en la génesis y desarrollo de las psicosis; fue de los primeros en señalar que éstas son «un trastorno del vivir, no uno orgánico». Fromm-Reichmann, considerada por muchos como una de las más brillantes terapeutas de locos, elaboró —a partir de su experiencia clínica y de la enseñanza de maestros como Freud, Ferenczi y Sullivan— una especie de «guía práctica» para el tratamiento psicoanalítico de psicóticos que, alejada de todo dogmatismo, resulta de gran utilidad para la clínica. Rosen —autor controvertido por lo excéntrico y heterodoxo de su método— invita a reflexionar sobre el papel que deben jugar las interpretaciones en la psicosis, y también sobre la posición de un analista que siguiendo sus planteos se aleja de la sobriedad y la neutralidad freudianas; la firmeza del terapeuta, la flexibilidad del encuadre y la relación empática y honesta con el loco nos parecen sus aportaciones más rescatables. La teoría de Lacan es, probablemente, la que mejor describe la esencia y la lógica del fenómeno psicótico; la comprensión teórica que ofrece, aun incompleta y múltiple en sentidos, debe servir para que articulemos una práctica a su altura. Algo de esto han tratado de hacer, trabajando durante muchos años en la institución pública, J. M. Álvarez y F. Colina. De la enseñanza de estos últimos podemos destacar la cuestión de los «polos» de la psicosis, o las tres actitudes posibles del analista: testigo neutro, secretario del alienado y *partenaire*.

Desde lo que nos es más propio, defendemos radicalmente la posibilidad de establecer una transferencia con el psicótico —sea este paranoico, esquizofrénico, melancólico o de cualquier otro tipo. Como dice Sullivan, «somos más sencillamente humanos que cualquier otra cosa»; hay que evitar caer en dogmatismos teóricos que nos alejen de la humanidad del otro. Aunque posea características peculiares o implique formulaciones distintas, pensamos que siempre es posible construir una relación terapéutica entre el loco (psicótico) y el analista (neurótico), de la cual se pueda servir el primero para

rebajar su sufrimiento psíquico. Las posibilidades de conseguirlo variarán en función del estado del paciente y el nuestro propio; muchas veces habrá que respetar largos silencios, períodos de indiferencia o, simplemente, tendremos que apartarnos. Las preguntas y la relación con el saber, aquello que busca el psicótico cuando va a hablar con el analista, son de un orden distinto a lo que rige en el neurótico. Nuestra actitud, discurso y expectativas deberán, por tanto, ajustarse a esto. Cabe resaltar, en este sentido, la importancia de la mirada, la postura, la firmeza y, en definitiva, del semblante, ya que es ahí donde muchas veces se juega la confianza y el trato con el loco. La firmeza, la honestidad, el compromiso y la propia seguridad serán nuestros instrumentos cuando el lenguaje tienda su barrera entre nosotros y el psicótico.

Nuestra concepción (estructural) de la psicosis no es óbice para que tengamos en cuenta la singularidad de cada sujeto, de cada caso, y para que el respeto por los tiempos y la formas de gozar-sufrir de cada uno estén siempre presentes. El marco teórico en el que nos desenvolvemos es una referencia ineludible y un arma necesaria para el ejercicio de la clínica; el conocimiento que el terapeuta tiene de sí mismo, de sus limitaciones y puntos fuertes constituye otro pilar sin el cual se hace difícil el trato con los pacientes. El loco puede cuestionarnos, inquietarnos y apuntar (como cualquier otro paciente) a nuestros puntos débiles. Es necesario, por tanto, que el terapeuta rebaje su narcisismo, conozca sus limitaciones y las trabaje, si no lo quiere para peor de la cuenta.

Es de esperar que, con el tiempo, se vayan perfilando aún más los elementos que conforman y determinan la transferencia en la psicosis. El sufrimiento y los modos de gozar y vivir del otro siempre constituyen un misterio, que se acrecienta en el caso de la locura. Una mayor comprensión de la misma, que probablemente nunca alcancemos del todo, nos ha de llevar a lograr avances relevantes en la clínica. El sufrimiento de estos pacientes, víctimas muchas veces de la incompreensión, la sobremedicación, la institucionalización o la propia angustia, nos impele a remar en esa dirección. Ante este llamado, y tomando como base la investigación teórica y clínica, los psicoanalistas debemos progresar hacia una mejor psicoterapia de la psicosis. Y no sólo eso, es también nuestro menester conseguir que el bagaje adquirido por el psicoanálisis se constituya en alternativa frente a la psiquiatría biologicista y la corriente cognitivo-conductual.

#### 4. Bibliografía

- Álvarez, J. M. (2014). *Estudios sobre la psicosis*. Barcelona: Xoroi
- Álvarez, J. M. (2018). *Hablemos de la locura*. Barcelona: Xoroi
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Madrid: Panamericana
- Aulagnier, P. (1992). Conferencia inédita: Para pensar la psicosis. *Zona Erógena*, 12
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGRAW HILL
- Carreño, J. y Matilla, K. (2018). *Cosas que tu psiquiatra nunca te dijo*. Barcelona: Xoroi
- Chadwick, P., Birchwood, M. & Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester: Wiley
- Colina, F. (2013). *Sobre la locura*. Madrid: Cuatro
- Davanloo, H. (1980). *Basic principles and technique in Short-Term Dynamic Psychotherapy*. NY: Spectrum
- Eidelson, A. (2018). *Otro Lacan*. Buenos Aires: Letra Viva
- Ey, H., Bernard, P. y Brisset, Ch. (1978). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Masson
- Fabre, F. (2012). L'interprétation est-elle possible dans le cadre des psychoses? *Analyse Freudienne Presse*, 19, pp. 181-186
- Ferenczi, S. (1916). Stages in the development of the sense of reality. En *Contributions to Psychoanalysis*. Boston: Richard G. Badger
- Fonagy, P. y Bateman, A. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Foucault (1961-1964). *Historia de la locura en la época clásica*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España



Freud, S. (1893-1895). *Estudios sobre la histeria*. Madrid: Biblioteca Nueva, vol. I, cap. VI

Freud, S. (1896). *Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa*. Madrid: Biblioteca Nueva, vol. I, cap. XIII

Freud, S. (1910). *Psicoanálisis. Cinco conferencias publicadas en la Clark University*. Madrid: Biblioteca Nueva, vol. II, cap. XLVI

Freud, S. (1911). *Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia autobiográficamente descrito*. Madrid: Biblioteca Nueva, vol. II, cap. XLII

Freud, S. (1912). *La dinámica de la transferencia*. Madrid, Biblioteca Nueva, vol. II, cap. LVIII

Freud, S. (1915). *Lo inconsciente*. Madrid: Biblioteca Nueva, vol. II, cap. XCI

Freud, S. (1916-1917). *Lecciones introductorias al psicoanálisis*. Madrid: Biblioteca Nueva, vol. II, cap. XCVII

Freud, S. (1925). *Autobiografía*. Madrid: Biblioteca Nueva, vol. III, cap. CXXXI

Freud, S. (1937). *Análisis terminable e interminable*. Madrid: Biblioteca Nueva, vol. III, cap. CXCI

Fromm-Reichmann, F. (1962). *Psicoterapia en las psicosis*. Buenos Aires: Hormé

Heidegger, M. (1925). *Ser y tiempo*. Madrid: Trotta

Lacan, J. (1966). *Escritos 1*. Madrid: Biblioteca Nueva

Lacan, J. (1966). *Escritos 2*. Madrid: Biblioteca Nueva

Lacan, J. (1953-1954). *El Seminario 1. Los escritos técnicos de Freud*. Buenos Aires: Paidós

Lacan, J. (1955-1956). *El Seminario 3. Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós

Lacan, J. (1960-1961). *El Seminario 8. La transferencia*. Buenos Aires: Paidós

Lacan, J. (1975-1976). *El Seminario 23. El sinthome*. Buenos Aires: Paidós

Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique*. París: Payot

Nietzsche, F. (1885). *Así habló Zaratustra*. Barcelona: Fontana

- Porge, E. (1990). La transferencia a la *cantonade*. *Littoral*, 10, pp. 65-80
- Rosen, J. (1975). *Psicoanálisis directo. Tratamiento de psicosis sin medicamentos*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Roudinesco, E. (2015). *Freud en su tiempo y en el nuestro*. Barcelona: Debate
- Sabinus, S. (2012). Psychose de transfert. *Analyse Freudienne Presse*, 19, pp. 161-169
- Schreber, D. P. (1903). *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*. Madrid: AEN
- Sullivan, H. S. (1927). *Affective experience in early schizophrenia*. *American Journal of Psychiatry*, vol. VI, 3
- Sullivan, H. S. (1972). *Concepciones de la psiquiatría moderna*. Buenos Aires: Psique
- Watters, C. (2012). «Voici un franc symbolique, docteur» La question du transfert dans la cure d'un patient psychotique. *Analyse Freudienne Presse*, 19, pp. 171-180