

Gaetano Benedetti

La esquizofrenia
en el espejo de la transferencia

Traducción: Trinidad Blanco de García
Mariela Bortolon

Edelp

ECOLE LACANIANNE DE PSYCHANALYSE

irrumpe de la sensación de una incapacidad vital. Nosotros aún no conocemos suficientemente los mecanismos psicobiológicos según los cuales el paciente advierte un déficit vital como un sentimiento de inferioridad o como una culpa.

Mi experiencia es que los déficits más graves, los que nacen en las verdaderas raíces de la vida, dan la sensación de no tener un derecho a la vida. Es posible especular que en estas condiciones de extrema inanidad el odio del paciente hacia todo lo que a su alrededor se eleva a un nivel de mayor bienestar, el odio hacia todo el mundo, nutre profundamente el sentimiento de culpa. Pero todo esto ¿es una acusación al ambiente humano del paciente?

En la psicoterapia, allí donde nos identificamos con el paciente nosotros postulamos la libertad de estar con el paciente; o incluso la estimulamos cuando aún es posible una colaboración. Fuera de la psicoterapia vemos ese límite —paterno, materno, social— como una línea que se continúa en nuestros límites personales.

Si es verdad que esquizofrenia es fragmentación de realidad, entonces también es verdad que nosotros no podemos estar junto al esquizofrénico sino en una realidad fragmentada, aceptando a ésta en el acto de la psicoterapia, como la única realidad a nuestra disposición. La «madre esquizofrenogénica» es simplemente un *fragmento de realidad*, de toda la realidad de aquella mujer. Pero es ese fragmento en el que se puede apoyar en ciertos contextos de discurso del terapeuta, la palanca de Arquímedes. A veces podemos «levantar el mundo» sólo con la condición de considerar a aquel fragmento de realidad sobre el que trabajamos, no como provisorio, parcial, sino identificándonos con la vivencia de nuestro paciente *en aquel momento*, como la *única realidad* que no sea la desoladora de una constatación de incapacidad del Yo actual.

En otros términos, sólo una identificación afectiva con el enfermo, y nunca un examen estadístico del hecho de si la madre esquizofrenogénica existe o en qué porcentaje, es lo que nos permite avanzar en el 25 o 35 % de los casos.

Segunda parte

Psicodinámica y psicoterapia

La inversión del método psicodinámico en el encuentro con el paciente esquizofrénico

Capítulo uno

La dialéctica entre comprensión e identificación

I. La vivencia inicial del terapeuta

El aspecto central de la psicopatología esquizofrénica consiste para nosotros en la escisión, la fragmentación, la desorganización, la desintegración y la indiferenciación del Yo. Estos vocablos corresponden a las frases que con mucha frecuencia forman el lenguaje de los enfermos: «el rostro se me deshoja»... «los brazos y las piernas no están bien unidos»... «mi sangre se transforma en agua»... «caigo en el vacío»... «el mundo está sobre el agua, sin cimientos»... «siento como un extremo cansancio y apatía; estoy como cubierto de hojas secas»... «soy como una ameba en la que todos pueden entrar, por eso me siento transformado por todos»... «cuando siento angustia, no soy yo quien la siente; soy devorado por ella; no siento nada».

Por un lado, la confusión: «me parece flotar en medio de los otros»; «ya no sé si existe o no existe, querría comunicarme, meterme en sus percepciones, en la imagen que tienen de mí»; por el

otro, el delirio de referencia: «soy objeto de juicios negativos, sarcasmos, críticas inexpressadas; el hecho de que yo ponga los lápices alineados sobre mi mesa es una clara y malvada alusión a mi homosexualidad». Y también en las frases de los pacientes: «¿Quién soy yo? Estoy en el medio entre la divinidad y el hombre, no soy más la Perfeccionísima, aunque repito que lo soy, pero tampoco un hombre. Usted es una criatura humana y no es nada comparado conmigo, sin embargo yo me siento atraído por usted». «Vagaba de una habitación a otra y si entraba en contacto con los demás me sentía criticado por ellos; si estaba fuera de contacto en habitaciones vacías, entonces pensaba en los autómatas que nunca me perdonaban mi espíritu congelado. Decían "actúa como autómata" porque me agradaba que lo sobrenatural sufriera consigo mismo. Una persona también puede ser un autómata en el sentido de que si la atraigo, deseo que me haga sufrir. Eso ocurre en epero con el televisor. Estaba aquí sentado y de pronto veo que el televisor se me viene encima como un autómata; me levanto y doy una vuelta alrededor de la silla, de nuevo el televisor con todos los personajes adentro se arrojan sobre mí. Un terror sin remedio. Para mí las cosas y todas las personas son autómatas que entran en mi vacío. Es un sufrimiento indescriptible». «¿Sabes qué son los brontosaurios del período Jurásico? Son monstruos inmensos que desaparecieron porque fueron tragados por la tierra que se abrió en un abismo y los encerró».

Éstas son algunas de las muchas frases que los pacientes repiten diariamente a quien acepta hablar con ellos. Les parece *que no existen*, ni como una entidad configurada frente al mundo, ni como una estructura distinta, diferenciada en sus partes.

El *límite del Yo* es un concepto usado para describir en una terminología topográfica, un conjunto de experiencias cuya patología es extremadamente dinámica y se refiere al intercambio de informaciones con el ambiente. En principio, dos situaciones teóricas son posibles en la limitación de la «permeabilidad» del Yo. Una situación es definida por la imagen de que el límite del Yo se ha vuelto excesivamente transparente a los estímulos, que desde afuera inundan al Yo y lo disuelven. La otra situación es que el límite del Yo

se ha vuelto tan opaco ante el mundo exterior, que circunscribe de modo autista amplias «áreas de muerte» en el interior.

El hecho significativo y nada casual es que las dos situaciones coinciden habitualmente en el mismo paciente; el límite es al mismo tiempo demasiado transparente y demasiado opaco, paradójicamente, posee una y otra cualidad. Esta coexistencia de los opuestos está presente, por ejemplo, en el paciente que describe sus encuentros con el *partner* amado como algo confuso: los dos se sienten tan semejantes que él, o ella, no son capaces de distinguir los sentimientos ajenos de los propios; por eso él o ella se siente «invadido» por el otro. Pero paralelamente existe como un muro entre ambos. El paciente no encuentra verdaderamente un contacto con el *ser* ajeno, porque para entrar en contacto necesita ante todo ser él mismo.

Los dos momentos, el extrañamiento y la confusión, se repiten en la transferencia. El paciente es invadido por una ansiedad indecible, por ejemplo en el instante de traspasar el umbral de la habitación del terapeuta, como si «el ser» de aquél lo invadiera. Poco después, en la misma sesión, el paciente experimenta un vacío interior: es como si entre el terapeuta y él se levantara un muro, como si él «no estuviera», no existiera, sino como un cuerpo lejano, extraño.

A veces esta alternancia de proximidad disolvente y de separación cerrada conduce a vivencias de despersonalización; así, en lo mejor de una conversación en la que el paciente creía participar en los sufrimientos ajenos, imprevistamente siente al *partner* dentro de sí, ya no puede distinguir (con terror) su sí del otro. Su alma aparece representada en un sueño como una habitación llena de libros, de revistas, de hojas, de informaciones, que no logra ordenar de ninguna manera. La dialéctica destructiva de proximidad y lejanía a menudo se inicia en una infancia en la que no era posible diferenciar al Sí de los *partners* significativos. Por un lado, la proximidad simbiótica equivalía a la invasión del Sí por parte de un ser materno fundamentalmente extraño a los intereses del niño y que ponía indiscriminadamente estos intereses a su servicio. Por otro lado, el encierro autista del niño significaba la renuncia a un vínculo que

normalmente forma parte de la estructura misma del Sí, y cuya ausencia abre un *vacío estructural* en el Yo.

En la psicoterapia, no son tanto las interpretaciones de complejos o problemas transferenciales aislados, sino la insistencia del terapeuta para permanecer próximo a la parte frágil del paciente sin querer, sin embargo, devenir parte de él lo que, poco a poco, puede cambiar la situación.

Recuerdo a una paciente que al comienzo del análisis lloraba desconsoladamente porque las calles de la ciudad «estaban llenas de luces». A continuación ella «tenía la cabeza llena de flores» vistas en la calle. Esta experiencia, aunque delirante, era positiva: la paciente comenzaba a percibir informaciones de luz y de color, las cuales penetraban en ella sin disgregarla. A veces existía inquietud como signo de inundación de estímulos; en cambio, en otras ocasiones, como secuencia de una ausencia. Pero la vivencia de penetración (las flores en la cabeza) se asociaba a un tipo de experiencia en que el estímulo exterior alimentaba la estructura interna y no simplemente la disolvía. Mi reiterado comentario positivo acerca de las flores «maléficas», «espurcidas en el aire», los había transformado en flores que yo le «ofrecía» a ella. A través de la persona del terapeuta, el estímulo amenazador se transforma lentamente en sustancia nutritiva. La destrucción de los límites del Yo se manifiesta en los síntomas más diversos; en las perturbaciones de las percepciones, normalmente estructuradas detrás de la puerta entre el Yo y el mundo; en los recuerdos, en las alteraciones del sentido del tiempo.

Hay pacientes esquizofrénicos que no soportan que el psicoterapeuta los compare con algún contenido, imagen o frase expresados por ellos durante las sesiones precedentes. Y esto independientemente del significado de estos recuerdos; independientemente de cualquier tendencia eventual del terapeuta a poner en duda o a polemizar con el paciente. Incluso cuando no ocurre nada de esto y el recuerdo sirve solamente en la intención terapéutica para tejer un hilo que una el presente y el pasado, el paciente rechaza dicha asociación.

Estos son los pacientes cuya débil integración del Yo no puede ir más allá del presente. Tales enfermos *pueden ser ellos mismos sólo a condición de no tener un pasado*, y por lo tanto, de no tener que registrar la ausencia de continuidad en sí. La presencia del pasado los alienaría de sí mismos, dado que el débil Yo no puede sino sin-

tetizar tiempos diferentes. La integración se logra con dificultad, manteniéndose en equilibrio sobre el instante fugaz.

La pérdida de los límites y de la estructura del Yo también provoca la típica vivencia esquizofrénica de vacío. La disgregación psíquica —que como una niebla informe es advertida por el observador de pacientes esquizofrénicos en todos los repliegues de las actitudes más agitadas, de las ideas más delirantes— es advertida exactamente por el inconsciente del terapeuta que se encuentre en una relación simbiótica con su paciente psicótico. La disgregación psíquica del paciente es descrita por éste, pero también advertida por el terapeuta como «no existencia».

Inclusive el silencio esquizofrénico puede ser un signo de fragmentación psíquica. Cuando el silencio del paciente *borderline* o psicótico caracteriza la sesión, es diferente al silencio del neurótico. Él calla porque sus pensamientos están fragmentados y en consecuencia no puede «tenerlos». Incluso, los pensamientos se le fragmentan todavía más en el momento en que no vagan por la penumbra del preconsciente y se preparan para soportar el peso del Yo, de una finalidad y de una construcción. En ese mismo instante se le pierden, y esto genera una ansiedad particular, desvinculada de todas las cosas; si el paciente es un *borderline* y, como el paciente neurótico, quiere «colaborar en la psicoterapia», se genera una segunda ansiedad, la social, que por rechazo aumenta la intrapsíquica.

La fragmentación de sí equivale a la incorporación en sí de cosas extrañas que al mismo tiempo adquieren la cualidad paradójica de ser *extrañas y propias*.

El poeta Rilke nos da un ejemplo: «y he aquí la *cosa enorme*, nuevamente allí, delante de mí. Hasta ese día había desaparecido solamente para no volver ni siquiera durante las noches de delirio. Pero ahora está nuevamente allí delante, aunque ni siquiera tuviera una línea de fiebre. Y ahora iba creciendo en mí, dentro de mí, como un bubón, como una segunda cabeza. Y era una parte de mí, aunque no podía pertenecerme en realidad, siendo tan voluminosa. Estaba allí como la enorme carroña de una bestia que un día, cuando aún vivía, debía haber sido mi mano o mi brazo. Y mi misma sangre fluía a través de mí y a través de ella, como a través de un único cuerpo. Y mi corazón debía afrontar un esfuerzo

denodado para impulsar la sangre dentro de la *cosa enorme*. No tenía sangre suficiente en mi cuerpo. Y ese poco la penetraba débilmente, y reflujaba a mis venas, agotada y enferma. Pero la *cosa enorme* se hinchaba, creciendo junto a mi rostro como un caliente quiste azulado. Ya me subía sobre la boca. Mi última mirada ya desaparecía en las tinieblas detrás de su volumen».

El temor del cuerpo extraño es preobjetual. La situación es específicamente antropológica, en la medida en que más que la percepción puramente sensorial, la multiplican y potencian su significatividad el signo, la semántica, el lenguaje. Nosotros encontramos la formulación de este temor tanto en el lenguaje del paciente esquizofrénico como en el del poeta: este último cercano a él en algún instante de su creatividad, en los márgenes de la existencia. Sólo que el poeta posee lo que el esquizofrénico no tiene, esto es, la gran terraza del Yo desde la que puede asomarse para describir: «El miedo de que cualquier número pudiera multiplicarse y crecer en mi cerebro, hasta el punto de no encontrar más espacio para él en todo mi ser» (Rilke). «Quizás se levantaba un enorme absceso en su cerebro como un sol, para cambiarle el aspecto del mundo».

Por hallarse en comunicación confusa con todas las partes del mundo, el paciente esquizofrénico es paralelamente invadido y transformado monstruosamente por él. Lo expresa con términos superiores a los conceptos psiquiátricos: «estoy como sobre una cáscara de agua que se rompe a cada momento». «Estoy lleno de partes extrañas a mí, como pegadas, que me destruyen desde adentro. Soy impermeable, son tantas partes pegadas que ya no pueden ser más». «No soy nada, porque nada es preciso: en mí hay una indeterminación completa».

La debilidad de los límites del Yo, e incluso su pérdida, es una metáfora presentada por primera vez por Federn y mantiene hasta ahora su validez, pero a condición de extenderla a un concepto más amplio, el del desvanecimiento de cualquier límite psíquico; límite tanto entre los distintos estados del Yo como entre una representación mental y otra. Lo que impresiona a quien escucha largamente a pacientes esquizofrénicos no es sólo su continua confusión entre el Sí y el mundo (por ejemplo entre el Sí y la habitación en donde

se realiza la sesión, entre el Sí y un objeto inanimado) sino también entre los recuerdos del pasado y las percepciones presentes, o entre representaciones de cosas diferentes, que luego son mezcladas continuamente entre sí por el mismo hecho de coincidir en alguna de sus cualidades periféricas.

¿Cómo reacciona la psiquis del enfermo ante esta falencia?

1) Una modalidad es la de confundir, sin darse cuenta en absoluto de lo que está ocurriendo. Inmerso en esta situación, el paciente ya no parece esforzarse por aclarar la realidad dentro de la cual se agita; a lo sumo él es el «confundido» de la clásica nosografía clínica.

2) Otra modalidad que implica mayor sufrimiento es la del enfermo que en vano intenta poner orden en el caos tumultuoso de sus percepciones y representaciones, caos en el que él siente que se disuelve. Una nostalgia desesperada de su Yo y de las cosas surge de ciertas extrañas preguntas que interrumpen los largos silencios de este paciente: «¿Usted está seguro de ser el profesor Benedetti?» «Mi Yo está inuerto, es como un colador perforado por mil proyectiles» «¿Existen los médicos? Nunca estoy seguro de ello; cuando vienen de visita, me parece ver fantasmas que no sé evitar, o figuras amenazantes del pasado». A veces un paciente semejante, al entrar en una relación de sintonía con el terapeuta, trata de reconstruir su mundo sobre el modelo de éste: «Usted es alguien; entonces yo soy alguien». «Usted tiene una casa natal; entonces yo también tengo una casa natal». «Usted cree en su nombre; entonces yo también puedo creer». El terapeuta siempre puede esforzarse por promover dichas vivencias de evidencia dual; mientras por el contrario debe evitar ciertas «indagaciones lógicas» que ponen en aprietos a un enfermo no del todo incoherente e irracional, para no hacerlo caer en la más negra conciencia de su confusión: «mi Dios, ¡pero entonces estoy verdaderamente loco!».

No debe esperarse que *insights* semejantes puedan ser el preludio de la razonabilidad, como aparece implícito en la clásica frase de los médicos: «el enfermo no se da cuenta de su enfermedad»; como si el darse cuenta de estar loco mejorara las cosas. Por el contrario,

en estos casos el *insight* es sólo el signo de desesperación que alimenta la ansiedad y agrava ulteriormente la disgregación del Yo. Recuerdo a un paciente que pasaba días enteros llorando por no saber dónde se encontraba, de dónde venía y quién era.

3) Una tercera modalidad de reacción es la del paciente que compensa su confusión ejercitándose en el juego de confundir las cosas. En este vuelco de confusión de los conceptos y de sus representaciones verbales, en el «uso» poco claro de éstas, es posible ver una actitud defensiva del paciente esquizofrénico. Conozco pacientes *borderline* que con sus mismas interpretaciones a propósito de sí mismos, de su comportamiento, confirman este punto de vista. De una historia clínica extraigo, por ejemplo, las siguientes anotaciones: «escribe algunas vocales a su manera, empleando la convención propia de que los demás "deberían aprender a descifrar, si les interesa leer lo que escribo". Escribe palabras de derecha a izquierda. Divide algunas palabras en dos, con la letra central mayúscula (amOr, perDón)».

Tenemos pacientes que a veces parecen divertirse en tono humorístico y burlón al descubrir semejanzas absurdas entre las cosas, tenues semejanzas, unidas al hilo de alguna rima o de una sílaba común a dos palabras totalmente diferentes: «burro»* le recuerda al paciente los llamados del arriero a su bestia —brr, ohh—; *pulizia*** quiere decir *policía*, y así sucesivamente... Ha habido psiquiatras que al recoger dichas observaciones han acabado por creer que han sido burlados por los pacientes y han supuesto que la hebefrenia es una especie de defensa de los contactos humanos, los cuales entonces no sólo serían negados por el autismo o por la catatonía, sino minimizados por el ridículo de la hebefrenia. Sólo que estas concepciones agudas (como todas las construcciones intelectuales elaboradas teóricamente) tienen el grave defecto de referirse solamente al observador (por lo tanto dando a éste una importancia excesiva) cuando es una necesidad del paciente para poder sobrevivir

*. Burro en italiano significa mantea. [N. de T.]

** Pulizia en italiano significa limpieza. [N. de T.]

simplemente. A menudo enfermos de este tipo comienzan a realizar estas manifestaciones, a expresar estas asociaciones pueriles, incluso en presencia de terapeutas con los cuales están integrados en relaciones significativas y de quienes no se burlan ni rechazan en absoluto. Me parece evidente la necesidad del paciente de jugar con la «pólvora sonora de las cosas» y de sus representaciones verbales, para ponerse en relación *activa* con ellas, para no sentirse solamente víctima del terrible proceso de la desaparición de los límites, sino paradójicamente autor de ella.

4) La cuarta modalidad es la del paciente que, entre las tantas representaciones confusas de su mundo interior, tiene una, dos, tres, verdaderamente significativas y bien definidas. Estas son representaciones malignas, como el sentirse terriblemente culpable y amenazado por una oscura violencia, o ridiculizado por los demás. A nivel no delirante, sensaciones de este tipo son frecuentes en las neurosis; complejos de culpa, de inferioridad, etc. Durante mucho tiempo creía que solamente una *diferencia cuantitativa* entre la vivencia neurótica y la psicótica daba a esta última la nota delirante; como si un afecto muy fuerte ya no pudiera ser controlado cognitivamente por el examen de otros aspectos de la realidad. Sin embargo, ahora considero que el problema es más complejo de cuanto pueda parecer en un primer examen psicodinámico; resulta más comprensible bajo el perfil de la labilidad de los límites del Yo y de sus representaciones psíquicas. Dos representaciones, ambas bastante banales y neutrales (como la de *pulizia* y *policía*), durante un momento de juego son confundidas entre sí y luego rápidamente abandonadas como polvo del discurso; en cambio, la situación cambia radicalmente cuando una de estas representaciones —como por ejemplo la noción de la propia culpabilidad o de la propia enfermedad— es como una roca sólida en un caos informe de percepciones de la realidad. Entonces a esta única representación se «adherirán» las demás; y literalmente todo en el mundo perceptivo del paciente *significará esa única cosa verdadera*. Si en ese instante una mujer vestida de negro ha pasado bajo el balcón del paciente, ¿qué puede significar sino que éste es culpable? El nombre del poeta Leopardi ¿acaso no quiere decir que la paciente es mala, que es un leopardo?

Si alguien en la sala del hospital levanta el dedo mientras habla con otro paciente, ¿qué otro motivo puede tener sino una acusación contra él? Y aquel pálido rayo de sol al atardecer, ¿no es una comunicación de que todo *muere* y de que debe morir alrededor del paciente y de su *culpa* inmensa? No es sólo la inmensidad psicodinámica del sentimiento de culpa lo que desestructura al Sí, sino que la desestructuración del mundo, con la pérdida de autonomía de las representaciones mentales, convierten al paciente en presa indefensa de esa única representación que ha resistido a los procesos de disolución, al sentimiento de culpa. En consecuencia, él se destaca como un espectro inmutable en un campo de cadáveres.

De tal manera el delirio de referencia puede ser considerado como un fenómeno afín a la asociación rimada; con la diferencia de que aquí existe una representación-clave a la que hacen referencia todas las demás. Hecho irónico, en el delirio de referencia, en el cual el paciente parece estar en el centro de la atención universal, en que todo cuanto ocurre alrededor se relaciona con él y sobrevive como una señal, como una advertencia explícita a su persona, la representación a la que todo se refiere es precisamente la representación del Yo, que es tan poco consistente en la esquizofrenia. Aquel Sí suyo, que parece estar en el centro de todas las cosas —y por lo tanto ser la única representación estable en un infierno de sombras y sospechas continuamente cambiantes— es todo menos estable; está a punto de desaparecer, sombra entre las sombras. Pero precisamente por esto, reactivamente, todo lo que a él se refiere es declarado eje del mundo. En otros términos, podemos conceptualizar muchos delirios de referencia como defensas extremas de un sentido absoluto de *no-referencia*, que equivale a la pérdida de un lugar en la existencia y de un Sí en ese lugar.

Es necesario emplear con atención el término «defensa» en la descripción de fenómenos gravemente psicóticos. En un tiempo yo mismo, como tantos otros, era muy propenso a ver la sintomatología esquizofrénica como la dimensión de la defensa incluso dentro de los fenómenos más graves; por ejemplo, el de la pérdida de los límites del Yo. Aunque con posterioridad he encontrado en varios investigadores (como por ejemplo Searles) la observación de que muchos pacientes esquizofrénicos utilizan este síntoma como defensa, soy cada vez más prudente res-

pecto a conceptualizaciones semejantes. No logro imaginar fácilmente qué catástrofes interiores, como la de la pérdida de los límites del Yo, puedan *defender* al paciente de emociones o pulsiones ansiógenas, porque ninguna emoción ansiógena puede provocar tanto terror como la desintegración del Yo. ¿Quién defendería su casa de los ladrones prendiéndole fuego? Y las observaciones experimentales me confirman este punto de vista. Más de un paciente, hablando de sus vivencias de despersonalización, me ha dicho que solamente después de aparecer la ansiedad frente a algo se había sentido de nuevo alguien («desde el momento en que continuaba experimentando ansiedad, estaba mejor»).

2. La paradoja terapéutica: la comprensión

La paradoja está fundamentalmente en la alternativa dialéctica de dos modos distintos de abordar al paciente esquizofrénico: 1) *el que se funda en la comprensión*; 2) *el que se funda en la identificación*.

1) La comprensión es una relación objetal que nos permite comprender los conflictos del paciente neurótico.

En la psicoterapia de la esquizofrenia, la comprensión aproxima estados de ánimo muy diferentes de los usuales, al punto que el terapeuta los «siente» no sólo como extraños o absurdos, como nos lo describe la psicopatología nosográfica, sino como parte integrante de las zonas más periféricas del mundo, del ánimo humano. Además, la comprensión le permite captar de manera especulativa las frases o las vivencias irracionales del paciente psicótico. La comprensión abre la vía a la posibilidad del terapeuta de mostrar poco a poco a su paciente los *problemas racionales ocultos en el delirio*; naturalmente teniendo presente cuánto de racional es asimilable por el paciente, de manera que éste no se sienta defraudado por su mundo delirante.

Pero ¿qué es comprensible en la irracionalidad del delirio? La sensación de ser *influenciado* y determinado por el otro, que en el paciente francamente esquizofrénico se nos manifiesta en los parámetros del absurdo, ya puede ser observada en el paciente *borderline* como algo que por un lado tiene cualidades esquizofrénicas y por otro todavía está incluido en los límites de la comprensibilidad.

Precisamente esta superposición de lo psicótico y de lo comprensible vuelve interesante el estudio del paciente *borderline* desde el punto de vista científico.

Un paciente me cuenta que ha tenido una discusión con un amigo a propósito del conflicto árabe-israelí. «Cada uno de nosotros tenía un punto de vista opuesto al otro; mi amigo, que se identifica con el oprimido, estaba a favor de los árabes; mientras que yo sostenía el punto de vista de la creatividad: los israelíes han creado el Edén en el desierto. Poco a poco comenzamos a levantar la voz, hasta llegar a gritar; finalmente tenía la sensación de que nuestra relación amistosa se hubiera perdido para siempre».

Mi modesta observación de que es imposible esperar un acuerdo entre árabes e israelíes si el conflicto se vuelve insoluble aún entre dos amigos, no tenía la mínima intención psicoanalítica, sino que se limitaba a explorar el área de las relaciones con la realidad. Sin embargo, la respuesta del paciente hacía significativa mi observación porque repentinamente revelaba una fracción profunda de la vivencia esencialmente psicótica: «yo temo precisamente este posible acuerdo. Es como si yo debiera cambiar por órdenes ajenas, como una marioneta, mi humor, mi pensamiento, volviéndome así dependiente del otro. No puedo ser yo mismo sino en la inflexibilidad».

Otro paciente tenía la impresión de «perder su libertad» cada vez que su *partner* faltaba a la cita, a la palabra dada, al acuerdo hecho; y no sólo en la vigilia, sino también en el sueño. Por mucho tiempo, durante la psicoterapia, consideraba (tratándose de un paciente *borderline*) que él no estaba en condiciones de soportar ninguna desilusión y frustración; hasta que él mismo me mostraba cómo se sentía «determinado» hasta la médula psíquica en el momento en que alguien lo ponía en una situación un poco difícil¹.

1. En estos casos en que el sentimiento esquizofrénico de influencia aún está enmascarado y diluido, por así decirlo, en la banalidad cotidiana, he tenido la experiencia de cuán útil puede resultar una interpretación que enfoque, es decir circunscriba, el encuentro psicopatológico que de otra manera está esparcido un poco en todas partes. Así en el caso en cuestión el paciente reaccionaba después de un primer momento de ansiedad con una fuerte sensación de bienestar y de libertad a mi observación de que su extraño malestar no se debía tanto a la desilusión sufrida, sino a un preciso sentimiento de «influencia» anormal.

Anticipamos aquí el concepto general, que desarrollamos a continuación, de que la interpretación no se limita a enfocar aspectos positivos de la personalidad esquizofrénica (que usualmente reprime los aspectos positivos, así como la neurótica reprime los aspectos negativos) sino que también muestra al paciente los aspectos

En síntesis, se encuentra aquí la vivencia psicológica de perder al propio Yo en el contacto con el otro, en la adaptación a un Yo ajeno, que «transforma» al paciente «sometido» y desorganiza al Yo psicótico con su proximidad. En el momento en que el paciente se esfuerza por renunciar a una «pequeña parte de sí mismo» (su intransigencia), arriesga perderse a sí mismo: «ya no soy yo». Sin embargo todo sucede en los parámetros de una norma aparente: sin magia, sin delirio absurdo de influencia, sin señas ni signos que atraviesen el cielorraso.

Según mi experiencia psicoanalítica los fenómenos de escisión esquizoide también pueden configurarse en el marco de una neurosis, cuando intervienen regresiones profundas. Las palabras del individuo normal se asemejan entonces a las del esquizofrénico: «hay muchos pedazos de mí y cada uno actúa por cuenta propia». «No hay nexos entre las partes y yo». «Estoy aquí y no estoy aquí». La diferencia esencial entre un individuo semejante y un paciente esquizofrénico reside en tres cosas:

- a) ante todo en la gran «terrazza» desde la cual el paciente puede observarse a sí mismo. Éste es el «balcón del Yo» desde el que se asoma también el poeta surrealista cuando observa el despedazarse de su lenguaje y de sus asociaciones; en cambio al paciente esquizofrénico le falta la balaustrada. Al describirse, éste no puede aferrarse;
- b) en la neurosis por lo general la fragmentación regresiva se configura sólo en los límites de la sesión analítica; los «pedazos» se reúnen apenas el paciente abandona el consultorio del analista; en la psicosis en cambio perdura;
- c) la regresión fragmentante le permite al paciente neurótico tocar algún fondo de su pasado, del que emanan energías propulsoras. En cambio el esquizofrénico no conoce ninguna ambivalencia de mo-

negativos de la psicosis. De esta manera, cuando otro paciente francamente esquizofrénico comenzaba a hablar de los objetos como de «autómatas» que lo agredían, la terapeuta comentaba que a través de sus impulsos al suicidio el paciente se trataba a sí mismo exactamente como lo trataban los autómatas, que querían destruirlo. Aunque sufriendo, él era el aliado y ejecutor de la psicosis.

vimientos; para él las agujas del reloj sólo giran hacia atrás y la regresión no toca fondo alguno, sino que se abre hacia la nada.

No hay nada en la vivencia de dicho paciente *borderline* que no sea «comprensible» en el plano caracterológico. Sin embargo nosotros los normales nos identificamos fácilmente con esta sensación suya de perder el Sí, en el sentido no sólo moral sino físico de la palabra, por el hecho de renunciar a parte de nuestra intransigencia. No obstante, la dimensión psicótica aún no es un límite neto entre psicótico y no psicótico: una expresión como la de «perder la cara» es empleada por todos nosotros en sentido metafórico en ciertas situaciones de tensión social. Pero es bien conocida la tendencia del paciente esquizofrénico a emplear la metáfora como realidad absoluta, como (en este caso) la pérdida física del rostro. En el paciente *borderline* las dos vivencias (metafórica y real) se superponen; a veces no resulta del todo claro lo que el paciente pretende decir; según el contexto del discurso, pasa de una cosa a otra de modo tal que los límites se esfuman y lo psicótico se confunde con lo no-psicótico.

Frente a tales vivencias se plantea el problema de la interpretación. Ante todo propondría la tesis de que una primera interpretación indirecta de un comportamiento esquizofrénico consiste en la reacción afectiva del terapeuta al mismo, es decir algo más fundamental que un cambio de posición para mirar desde afuera dicho comportamiento, objetivándolo para explicarlo al paciente.

Por ejemplo, un paciente esquizofrénico que no logra establecer la relación porque no sabe configurarse frente a un objeto dice al terapeuta al proyectar sobre él su incapacidad: «Usted no entra en la relación».

Sería inútil mostrar aquí al paciente, como suele hacerse en el psicoanálisis de una neurosis, que él responsabiliza al terapeuta de una dificultad suya. Aparte de que la situación que añade responsabilidades a quien ya está cargado de responsabilidades fantasmáticas y delirantes sería terapéuticamente estéril, queda el hecho de que la «proyección» del paciente no corresponde necesariamente al mecanismo racional, como nosotros deducimos del estudio del individuo neurótico.

Más a menudo ella corresponde a la confusión esquizofrénica entre Yo y no-Yo, entre paciente y terapeuta: la imposibilidad de esta-

blecer relaciones como persona surge del hecho de que el paciente se percibe dentro del otro. Por eso la interpretación del hecho proyectivo sería no sólo inútil, en cuanto imposible de elaborar por parte del Yo fragmentado, sino además insostenible a la luz de la lógica de nuestro modelo conceptual de la esquizofrenia.

En consecuencia, la tarea del terapeuta es otra. Interpretación equivale ante todo a la expresión de lo que es la vivencia terapéutica, en la medida en que ella, más positiva que la negativa del paciente, puede neutralizar a este último. A veces basta con decir simplemente al paciente: «Siento las cosas de manera diferente. Yo lo siento a usted, a su persona, en el diálogo conmigo». El terapeuta otorga al paciente una «existencia en préstamo»; y si el paciente anula lo que el terapeuta dice con la frase: «Pero no, ya sé lo que usted está por decir»², el terapeuta reacciona aceptando al paciente: «sí, somos como una misma cosa». Él convierte lo débil en fuerte, el no ser del paciente en un ser en él, el sentimiento de confusión del paciente en la unidad dual. Todo eso equivale a una vivencia de comprensión del terapeuta específicamente diferente de la que se tiene en el tratamiento del paciente neurótico.

A menudo una interpretación actúa en la psicoterapia de la esquizofrenia no solamente en la medida en que comprende algo objetivo, sino en la medida en que interpreta de manera racional un modo de ser del terapeuta con el paciente; la forma de acercarse a él, de meditar una situación suya, de ponerse en su situación, de acercarse a ciertos aspectos de la misma de forma imperfecta, incompleta, por la que el paciente se encuentra fuera de la categoría de la comprensibilidad, pero sin embargo con un cierto grado de proximidad. La categoría racional de la comprensión abre al paciente nuevas vías para comprenderse a sí mismo.

De esta manera, la fantasía de una paciente psicótica de que su cuerpo debe ser incinerado después de su muerte y de que las cenizas deben ser esparcidas a los cuatro vientos, ha sido interpretada por mí como la ten-

2. Esto no corresponde necesariamente a una vivencia delirante, como la lectura del pensamiento ajeno, ni a una resistencia propiamente dicha, sino a la sensación del enfermo de estar «como extraviado en el terapeuta».

lativa de transformar una penosa sensación de disgregación del Yo en una fantasía activa, en la que el paciente se hace el mal del que se siente víctima pasiva; y lo hace a través de la muerte, que es la liberación de todos los males. ¡Autorredención en la «sublimación» de una fantasía de disolución!

Ciertas vivencias psicóticas son tan desoladoras que evocan en el terapeuta una actitud interpretativa, cuyo secreto no reside tanto en la exactitud del «desciframiento», sino en el valor de transformar una situación imposible en otra en la que sea posible comenzar a hacer algo. El significado y la validez de la interpretación corresponden entonces a la propuesta que ofrece.

Por ejemplo, un paciente *borderline* que sufre de despersonalización y falta de realización, después de una sesión analítica tiene la sensación de que «el vagón del tren en que viajaba para regresar a casa lo ahogara». El terapeuta propone aquí la interpretación de que el vagón es la sesión analítica y que las paredes que se estrechan en torno a él «se las crea él mismo».

Naturalmente, sería posible decir que dicha interpretación, no fundada en asociaciones por parte del paciente, es gratuita, y que además responsabiliza a la víctima de crisis psicóticas con la propuesta de que es él quien se las crea. Sin embargo, la respuesta del paciente es diferente a la que podríamos esperar sobre la base de estas consideraciones. El enfermo confirma la exactitud de la interpretación, comentando que siempre se ha ubicado pasivamente en la situación de quien no comprende, de quien por lo tanto es ahogado por la situación interpersonal. Así el planteo analítico puede ampliarse a la forma en que el paciente se ubica en su familia, en relación con sus padres, etc.

La reacción positiva de un paciente psicótico a la interpretación aún no es, como en este caso, la prueba de que efectivamente ésta corresponde en su desarrollo racional a la irracionalidad de la vivencia psicopatológica. Pero es importante la sensación experimentada por el terapeuta de que no sólo el hecho de sentir la miseria del paciente, sino tener confianza en sus posibilidades puede abrirle el camino.

Racionalizar lo irracional es a veces una aventura cuyo mensaje implícito no equivale tanto a extender el radio de la conciencia sobre el Inconsciente como a decir al paciente: «podemos sujetar lo incomprensible en lo posible, en lo plausible, para hacerlo tuyo». Y

también: «Te responsabilizo no para culparte de algo, sino para darte la sensación que te ha quitado la despersonalización, de que tus vivencias son tus obras». La interpretación refleja aquí una potencialidad del paciente y no sólo un cuadro objetivo de la situación presente; interpreta la vivencia para abrirla a una operación de poder por parte del paciente, y no tanto para remitirlo a una psicogénesis segura; en consecuencia, utiliza la «metáfora psicogenética».

Muchas interpretaciones son significativas en la psicoterapia de la esquizofrenia porque transforman precisamente la situación de pasividad del paciente en una situación de orden y de actividad. Esto es válido no sólo para aquellas interpretaciones que tienden a esclarecer un problema respecto al cual el paciente confusamente se esfuerza sin éxito en hacerlo, devolviéndole la trama de la situación, sino también para aquellas otras interpretaciones, usuales sobre todo en la escuela de Melanie Klein y de Rosenfeld, que transforman en la expresión del terapeuta y por lo tanto también en la conciencia del paciente, ciertas situaciones de confusión pasiva entre Yo y no-Yo. Se convierten en situaciones en las que el paciente es comprendido como el sujeto que introyecta activamente en sí mismo partes del otro, o pone partes de sí en los otros, con fin autocreativo y defensivo.

3. La paradoja terapéutica: la identificación³

3. Los términos identificación y contraidentificación han sido empleados por diversos autores en la literatura más reciente, pero en contextos de pensamiento muy distintos y nada claros. Por ejemplo Kern habla de «Contraidentificación» como una forma de «Contratransferencia fijada» (*Fixierte Gegenübertragung*) y con esto entiende la formación de resistencias contra ansiedades primitivas del terapeuta. Fliess (1942) y Spitz (1956) hablan de «identificación transitoria» (*transient trial identification*) del analista con el paciente, como un fundamento de la empatía y como regresión al servicio del Yo, fuera del problema de la esquizofrenia. Luego (1953) Fliess trata de demostrar con abstrusas secuencias de pensamiento que dicha identificación específica combinada con una profunda regresión, moviliza una contraidentificación y en cierto sentido una reduplicación de una identificación del paciente. En 1960 Reich presenta la tesis de que el desarrollo de dicha contraidentificación indica el inicio de la contratransferencia y por lo tanto el fracaso del mecanismo antes mencionado de la *transient trial identification*. Todas estas cons-

Uno de los principales factores curativos en la psicoterapia de la esquizofrenia es un modo particular de funcionar del inconsciente del terapeuta. Yo parto de la observación del *inconsciente del terapeuta* sin adentrarme en la distinción teórica acerca de si se trata del Yo inconsciente o de una necesidad más arcaica perteneciente al Ello. De cualquier modo, probablemente éste es percibido de inmediato por el paciente por vías no solamente verbales, como en efecto lo demuestran ciertas mejorías clínicas después de algunos sueños o fantasías del terapeuta que se refieren a su paciente.

La percepción por parte del inconsciente del terapeuta de la necesidad de encontrarse con un fantasma destructivo a la que está sometido el paciente, provoca a veces en la vida onírica del terapeuta sueños que aparecen como copias de los del paciente. Es necesario decir que fenómenos similares también ocurren en el tratamiento de pacientes neuróticos o *borderline*.

Recuerdo la experiencia de una terapeuta que primero refería el sueño de su paciente, de estar embarazada y ofendida por una madre destructora que quería obligarla al aborto y luego, con consternación y asombro, haber tenido en la misma noche un sueño igual, con la única diferencia de que ella, la analista, era en su sueño la madre perversa de la paciente.

En este caso es posible afirmar que la terapeuta se había colocado inconscientemente, por amor a su paciente, en el mismo lugar donde a ésta se le aparecía el fantasma negativo, para ser así en el sueño la *partner* significativa de la paciente y no limitarse a mostrárselo, como en el análisis clásico. No había otro modo de estar cerca del paciente que el de entrar en su infierno en función de demonio. Con esto entiendo, no una especie de *acting out* del terapeuta, sino algo que ocurre simplemente en el sueño y que obviamente no se cuenta ni siquiera al paciente; tiene el único significado de hacer vivir al terapeuta la situación del paciente en toda su radicalidad.

Si el paciente se siente perseguido durante años por un fantasma destructivo, puede suceder que el terapeuta sueñe estar en el lugar del paciente y ser destruido por el mismo fantasma, para estar así

truaciones metapsicológicas, carentes de ilustraciones tomadas de la experiencia y alejadas de esa profunda aceptación del paciente que es un punto de referencia constante en mi obra, me parecen casi recetas culinarias complejas que nunca alimentan.

con él; pero también puede suceder que su Inconsciente decida de manera diferente, es decir ponerse en el lugar del fantasma, a fin de que el terapeuta tenga la experiencia saludable de que en el delirio nada es absolutamente delirio; el mismo fantasma perseguidor que aparece siniestramente en las alucinaciones del paciente está en el Inconsciente humano, está en nosotros. No sólo a través de nuestra disposición a ser buenos terapeutas, sino también a través de la de hacernos cargo en el sueño y en las proyecciones del paciente del peso mucho mayor de ser parte de los fantasmas perseguidores, nosotros testimoniamos la apertura hacia nuestro paciente, la disposición a dejarnos impregnar por él en sentido inverso al que él teme, es decir de ser incorporado y anulado por nosotros.

Isotti ha sido el primero que llamó la atención sobre la importancia de los sueños del terapeuta en el tratamiento de la esquizofrenia y aún más, de su comunicación. Desde hace tiempo, además de hacerlo en mí mismo, los he investigado en mis colaboradores, para llegar a la conclusión de que ellos son el signo de un acto profundo del terapeuta. Son menos raros de lo que podría parecer a quien no los investiga y no les presta atención.

En verdad, comunicárselos al paciente no es una premisa de su eficacia terapéutica, porque ellos señalan una correspondencia de dos Inconscientes, la cual actúa a través de tantos otros canales. Pero su activa indagación y su utilización en terapia a menudo enriquecen la comunicación. Una terapeuta sueña:

La paciente y yo estamos solas en un paisaje insólito, en la luna (lugar de residencia delirante de la paciente). La paciente está aprisionada entre bloques de piedra desde el estómago hacia abajo y yo estoy de pie sobre una roca delante de ella. ¿Es la cima de la montaña? No parece, porque no se ven valles ni tampoco cumbres. Aún siendo casi una planicie el suelo carece de límites, se percibe una ligera curva a lo lejos. El cielo sobre nosotros y una soledad total. Mi paciente está desnuda y me habla teniéndome los brazos. El rostro aparece como en la realidad y también el cuerpo que se ve. No está desesperada ni tensa y hablamos largamente. Mi paciente comenta respecto a mi relato del sueño: «Sí, ésa es la luna soy yo». Desde hace tiempo toda asociación de mi paciente con la infancia era: «Yo estuve en la luna» y en nuestras conversaciones la luna ha sido siempre sinónimo de abandono, frío, soledad. Pero ahora con este sueño comienza nuestra vida en la luna.

La «inserción» del terapeuta en el mundo del paciente psicótico equivale a una cierta transformación de dicho mundo psicótico. Nada nos garantiza que la transformación operada por ese fermento vaya más allá de la creación de una isla transitoria de comunicación con quien vive esencialmente fuera de ella. Pero considero que el hecho mismo de que dicha isla pueda formarse constituye un fenómeno que no es mensurable en su valor en base a los parámetros clínicos, sociales, catamnésicos que condicionan la psicoterapia.

La transformación del mundo psicótico dentro del que se ha introducido la terapia es visible en la aproximación de dos imágenes: la luna como sinónimo de frío, abandono, soledad y la luna como comienzo de un viaje común: «con este sueño se inicia nuestra vida en la luna». Asimismo, con la intervención de la terapia tiene lugar una inversión de identidades: la terapia es la que se acerca a la paciente, «aprisionada por bloques de piedra desde el estómago hacia abajo»; y viceversa, en el sueño de la terapia la paciente asume la posición «de pie sobre una roca».

Estos sueños de la terapia deben entenderse en el ámbito aún más vasto de la identificación del terapeuta con el paciente, identificación presente incluso en las vivencias de la vigilia.

Por ejemplo, el paciente narra que de niño no sólo atormentaba a su perro, sino que lo castigaba si gemía y demostraba sufrir. El terapeuta no se limita a reflexionar sino que tiene una «visión»: se ve a sí mismo como el perro. O bien dice: «Me sentía en la misma situación, como cuando él tenía doce años; el chico quería decir algo, no se le entendía, lloraba, su hermana no lo comprendía y decía: "éste es loco"». Era la época en que comenzaron los primeros signos de la psicosis.

A menudo el terapeuta percibe a su paciente psicótico «intransitivamente», es decir percibiendo cómo se siente a sí mismo junto al paciente. Tal vez esto sea un reflejo del hecho de que el terapeuta a veces «sabe» que no puede ser «transitivo» hacia su paciente, ni siquiera en la dimensión de la percepción, sin anularlo.

Desde un punto de vista teórico, la identificación como percepción intransitiva también puede ser considerada como el revés cognitivo de lo que el psiquiatra Rümke llamaba el «sentido del *praecox*», o

sea la sensación de alteridad alienada del paciente esquizofrénico. El psicoterapeuta «siente» que su percepción de alteridad alienada, a lo Rümke, alimentaría la alienación de su paciente, lo relegaría cada vez más al mundo de los «diferentes». El terapeuta percibe la alteridad a-dialógica del esquizofrénico en sí mismo; como en la siguiente vivencia de una terapia: «con él tengo una impresión de soledad enorme». Y si el paciente se siente (catalépticamente) obligado a hacer los gestos del terapeuta, éste se pregunta si es él quien imita a su paciente.

En los años pasados Kohut nos ha hablado mucho de una traslación-espejo. Ya unos años antes que él yo empleaba la expresión «relación-espejo», pero en un significado profundamente diferente. Ante todo, en el sentido de una doble vía: así como el terapeuta se convierte en el espejo del enfermo, este último deviene el del terapeuta. Además considero que en la esquizofrenia no es el Sí grandioso, sino la imagen virtual y perspectiva del Sí la que se refleja. Por último, aquí la actividad del terapeuta no consiste simplemente en aceptar la idealización, sino en favorecer la integración del Yo esquizofrénico en el reflejo de la propia imagen.

Así como el terapeuta se identifica con el paciente en sus sueños y en sus fantasías, éste se identifica con la imagen de sí que aparece en la vida onírica del terapeuta; y es siempre una transformación y no sólo copia del sí psicótico, una transmutación de él en el espejo integrador de un Yo del terapeuta no disociado.

Esta identificación al revés del paciente con la figura onírica y vivida por el terapeuta es perceptible en este breve extracto de historia clínica. La terapia observa en su paciente «una identificación más profunda con los personajes de mis sueños, donde los temas de la muerte se confunden con los de la vida y donde predominan motivos arcaicos y primitivos, pero con posibles sublimaciones. Y éstos hablan a la total soledad interior de la paciente, a su muerte, a su oscuridad, a su droga». Aparece además en la paciente «una mayor sensibilización a mi trabajo onírico. Para mí en este período los sueños no sólo reflejan mi identificación con la paciente y mi elaboración de sus problemas, sino que me involucran en una total participación psicofísica. Habitualmente me despierto en medio de la noche porque mi Yo está estresado por el esfuerzo. El contenido se olvida pronto; queda el sentido del dolor físico, casi siempre en la cabeza, acompañado a veces por una impresión de desvaneci-

miento. Es como la dramatización de los episodios vividos durante el día a nivel racional, que en mis sueños promueven el despertar de las respuestas emotivas de la paciente y me estimulan a enfrentarlas hasta el límite de mis posibilidades».

Dichas situaciones simbióticas no se rompen ni siquiera con la agresividad psicótica. La agresividad del paciente esquizofrénico contra el terapeuta no resulta neutralizada fácilmente por la relación profunda que el terapeuta desarrolla hacia el paciente. Por el contrario, parece que en un primer momento la agresividad del paciente contra el terapeuta es inclusive avivada por el *fenómeno-espejo*, por la simbiosis, por la dualidad. Como si el paciente se encarnizara particularmente contra un terapeuta que ya no es sólo un desconocido, sino alguien que refleja su imagen odiada. O también como si el paciente agresivo quisiera destruir a un terapeuta que comparte con él lo que, aunque odiado, debe ser de su propiedad exclusiva y que solamente puede estructurarse desestructurándose en un espacio privado de toda forma de dualidad.

Es cierto que la primera respuesta del terapeuta, la que precede a toda interpretación, es el modo de sentir tal agresividad. La clave de un «sentir» del terapeuta que no se deje arrebatar la persona misma del paciente por la agresividad de éste, es una respuesta afectiva que a lo sumo puede ser hasta colérica, pero no tan penosa como para desembocar inevitablemente en un rechazo y al mismo tiempo no tan «comprensiva» como para acabar por ser neutral, distante.

Escribe un terapeuta: «El esputo (de la paciente contra mí) siempre es feroz y me provoca un auténtico malestar. No existe comunicación que la disuada. Ella quiere ser la más fuerte e impedirme sobrevivir».

La transformación en el terapeuta de la confusión esquizofrénica de identidad en la «confusión» significativa de la simbiosis a veces también aparece en los sueños del paciente.

Recuerdo uno: una paciente busca en una librería un libro significativo para ella, pero encuentra otro que parece semejarle al primero pero no tiene nada que ver con él y trata de psicoanálisis. Como es habitual, la paciente está *confundida*. Sin embargo el librero (un símbolo del terapeuta) le muestra a la paciente que el libro que ella busca está «confundido» en el mismo volumen, que además contiene las cartas de

Freud. En el mismo sueño la paciente percibe la contaminación como la solución del «sentimiento de pérdida» que estaba al comienzo de la escena.

La confusión esquizofrénica de identidad no corregida por la simbiosis en el terapeuta, aparece en cambio en aquellos sueños dolorosos, donde ciertas figuras significativas del mundo del paciente son penosamente cambiadas en sí, sin que sea posible descubrir motivos psicodinámicos que justifiquen las clásicas transposiciones y condensaciones oníricas.

La verdadera tragedia del dolor psicótico no es solamente su intensidad, aunque probablemente ésta es mayor de cuanto nosotros podamos imaginar. En cambio, a mi modo de ver, ella consiste también y sobre todo en el hecho de que tal dolor, quizás por la excesiva intensidad, quizás por la disgregación del Yo (juntos, uno y otro momento se combinan) acaba por desembocar en la alienación del dolor: una suerte de despersonalización en la que el paciente deprimido, muerto psíquicamente, no puede sentir que sufre y da a su sufrimiento expresiones grotescas, deformadas, chocantes e incomprensibles para el otro y para sí mismo. Falta un Yo que se sienta a sí mismo.

Pero en este momento no intento detenerme en la naturaleza del dolor psicótico sino en el modo, a veces simple y maravilloso, de su transformación a través de la relación con el terapeuta. Toda la intensidad de este dolor puede, por ejemplo, expresarse en el hecho de que el paciente, una vez establecida una relación objetal con el terapeuta, cree que ya no existe, no siente que puede vivir en su ausencia. Aunque esta manifestación pueda parecer absurda, es un modo de probar el sentimiento de no existencia en relación a un *partner* ausente en una forma comunicativa que, como tal, transforma al mismo tiempo el contenido de no-existencia.

En este punto interviene la segunda fase del proceso interpersonal propuesto por nosotros. La «parte sana del terapeuta», o sea su personalidad percibida por el paciente más allá del delirio, adquiere a sus ojos una cierta credibilidad por el hecho mismo de haber hospedado y hospedar en sí al delirio; así ciertas comunicaciones del

terapeuta no se dirigen simplemente a la conciencia del paciente esquizofrénico; se dirigen precisamente a ese Inconsciente que ha sido transplantado en el terapeuta.

El paciente esquizofrénico que en el curso de la psicoterapia llega a la convicción de que no sólo él, sino también su terapeuta está dotado de poderes de influencia, en principio no es diferente al paciente esquizofrénico que proyecta cosas semejantes en el médico de sala. Pero la situación receptiva es diferente. Mientras este último, cuando logra suprimir el rechazo, a través de su silencio escéptico, deja transparentar de alguna manera la convicción de que no cree una palabra de lo que le es comunicado, el psicoterapeuta, lejos de cultivar o estimular el delirio, trata a su paciente psicótico en una forma que desde lejos recuerda el modo en que el psicoanalista se comporta con respecto al narcisismo neurótico. En otras palabras, él sabe que el paciente vive en el terapeuta una parte de sí mismo, y que este fenómeno debe ser tolerado por el terapeuta en previsión de que en tal *transferencia-espejo* el paciente llegue poco a poco a articular su propia identidad. Podemos precisar dicho concepto en el campo de la esquizofrenia diciendo que el enfermo opera un trasplante de sí en el terapeuta. Éste injerta una parte de su delirio en el terapeuta, haciéndolo participar en su mundo o más aún tratándolo inconscientemente como una parte de sí. Y el terapeuta, aún sin pronunciarse en relación a los aspectos formales del delirio, acepta el trasplante, el injerto, en el sentido de su relación simbiótica con el Inconsciente de su paciente. Naturalmente es un Inconsciente descubierto, como todo el material esquizofrénico.

Pero es precisamente la relación profunda con este Inconsciente y el «derecho de ciudadanía» que le ha conferido el paciente, lo que alegra al terapeuta y le permite una respuesta (inclusive muda) de solidaridad; una respuesta que falta en cambio en todas las relaciones interhumanas entre el «loco» y sus *partners* sanos.

A través del terapeuta el paciente se acerca al mundo rehaciendo en sentido inverso el camino psicótico descrito por Rilke: «Sí, él sabía que estaba a punto de alejarse de todo; no sólo de los hombres. Un instante más y todo habría perdido su sentido. Aquella mesa,

aquel vaso, aquella silla a los que ahora estaba desesperadamente aferrado, y todos los objetos más habituales y más próximos se habían vuelto incomprensibles, abstrusos, extraños. Y él permanecía sentado allí. Esperaba que ocurriera lo irreparable. Sin defenderse más».

Capítulo dos

El concepto y el sentimiento de realidad en la psicoterapia de la esquizofrenia

El problema de lo que es en realidad, se vuelve angustioso para el psicoterapeuta de pacientes esquizofrénicos.

La situación inicial, a la que llamaremos social o psiquiátrica, según la cual el enfermo vive «fuera de la realidad», encerrado en su delirio, en el autismo, dentro de un mundo de alucinaciones y despersonalizaciones, se convierte poco a poco en una experiencia dual que hace dudar al terapeuta de su realidad. Esta experiencia dialógica, que Isotti describe tan nítidamente en el curso de su psicoterapia, también puede ser enfrentada desde un punto de vista teórico en el ámbito de una dimensión de la literatura científica correspondiente.

Por un lado sabemos que el paciente esquizofrénico es capaz, mucho más que el paciente neurótico, de percibir los más sutiles movimientos contratransferenciales de su terapeuta, de leer en su Inconsciente, de introyectar sus impulsos. Searles nos relata el impresionante caso de un paciente esquizofrénico cuya agresividad finalmente resultó equivalente a la introyección de pulsiones agresivas.

vas del terapeuta. En otros casos, cuando un proceso de diferenciación ya está actuando, el paciente no introyecta la actitud inconsciente del terapeuta, sino que responde a ésta (a sus sueños de identificación, a sus necesidades contras transferenciales de dependencia, hasta a su soledad) con procesos de contraidentificación.

En este punto imagino que precisamente la fragilidad de los límites del Yo, sobre los que insistió mucho Federn hace más de treinta años, no sólo vuelve al paciente mucho más vulnerable que cualquier individuo sano, sino también más experto en los aspectos menos reconocidos y conscientes del mundo humano, representados por el terapeuta, por la familia y por la sociedad. Esta apertura particular, que sorprende mucho en relación al autismo de la psicosis, a veces nos hace pensar que la enfermedad no se debe solamente a una constitución negativa, la cual elabora de modo trágico y autodestructivo los traumas frustrantes de toda la existencia, sino también a una constitución particularmente sensible, que nos enfrenta a los sanos con nuestra más profunda responsabilidad existencial. Efectivamente, el destino del enfermo depende de nuestras respuestas. En sus estudios sobre la familia del esquizofrénico, Lidz nos ha hablado de una «transmisión de irracionalidad». Pero si unimos estos estudios a los de Searles, que nos habla de la irracionalidad de la *contras transferencia* introyectada en la vivencia del paciente, o a los de Basaglia, que por el contrario hace hincapié en la irracionalidad de la *sociedad*, se llega entonces a conceptualizar la esquizofrenia como una gigantesca, trágica *introyección de nuestra irracionalidad humana*. Al asumirla en sí el enfermo nos la devela, pero en la trágica forma de sacrificarse y ser destruido por ella. ¿Qué son entonces la enfermedad y la realidad? ¿Dónde está el sostén de la irracionalidad del delirio, en el enfermo o en nosotros? Ésta es la pregunta apasionante y dolorosa, la que tal vez señala la evolución mayor de la psiquiatría con referencia al enfermo esquizofrénico durante los últimos treinta años.

Ese modo de colocarnos ante el enfermo esquizofrénico posee una dimensión terapéutica que es relativamente independiente de la reflexión abstracta acerca del problema filosófico de la realidad.

El hecho de que nosotros consideremos la vivencia esquizofrénica como algo a lo que no somos extraños, es decir que se estructura en la relación con nosotros y por lo tanto traduce nuestra irracionalidad en la incomprensibilidad de la psicosis, nos acerca a esta incomprensibilidad. Segmentos enteros de incomprensibilidad psicótica se transforman así en actos de identificación con el enfermo; la alienación mental se convierte para nosotros en una reflexión sobre la dimensión alienante de la existencia, a la que también nosotros estamos circunscriptos y que deviene por lo tanto *personación*. Nosotros realizamos nuestros núcleos psicóticos en los sueños en los cuales nos identificamos con el alienado y donde, por el contrario, él nos resulta comprensible casi como un enfermo neurótico. Finalmente el enfermo se vuelve comprensible a sí mismo en la misma medida en que lo deviene para nosotros; los fragmentos de su Yo se recomponen dentro de nuestro acto de comprensión. Me parece que éste es un rasgo distintivo de toda la psicoterapia de la esquizofrenia desde la posguerra en adelante, desde Sechehaye a Searles, aunque formulado de manera diferente.

Sin embargo me parece posible, o más aún, necesaria, una primera diferenciación en este vasto ámbito. Ella se articula precisamente en torno al problema de la realidad, de lo que nosotros entendemos como tal en la esquizofrenia.

Antes de comentar la literatura, querría ejemplificar el problema partiendo de una experiencia de grupo.

Habiendo de la idea delirante de un paciente que tenía ser «envuelto» por ella, una terapeuta, mediante un examen desapasionado de su *contras transferencia*, llegó a la conclusión de que había en ella una tendencia a rodear de atenciones y pensamientos continuos a su paciente como si fuera un hijo y que en consecuencia un elemento «posesivo» de su personalidad podía ser el factor que activaba la idea delirante del paciente.

Dentro de esta argumentación estamos próximos a Searles, quien en ciertos delirios esquizofrénicos observa la *introyección* de lo que en el terapeuta es su realidad no delirante, sino escondida.

En ese momento un miembro del grupo intervino haciendo observar a la terapeuta que durante el control del caso no ha tenido la percepción de una *contras transferencia* posesiva; que este modo de comprender al pa-

Searles

ciente «aceptando» al máximo sus ideas delirantes (como espejo de nuestro modo inconsciente de ser) equivalía a envolverlo aún más. En cambio, la tarea del analista reside en visualizar sobre todo el lado defensivo del paciente, por ejemplo al mostrarle qué hace a través de la idea delirante; en qué modo introduce algo «envolvente» dentro del terapeuta que de esta manera representa su introyección materna.

Con esta observación nos encontramos en otra sección de pensamiento y de método, representada sobre todo por Melanie Klein, Rosenfeld, la escuela inglesa de psicoterapia. Aquí se da mayor importancia a la interpretación que a la «sinbiosis terapéutica» de Searles; la psicopatología del paciente es vista principalmente como mecanismo intrapsíquico antes que como fenómeno interaccional; la «realidad» de la vivencia esquizofrénica es siempre la misma, pero su temática, y por lo tanto su verdadera naturaleza, se desplaza según nuestro diferente modo de situarnos frente a la psicosis. Si un paciente esquizofrénico afirma tener la impresión o la convicción de que el terapeuta habla con una tercera persona ausente mientras él permanece fuera de la situación, según nuestro modo de situarnos frente al paciente y de crear con él un determinado tipo de realidad psíquica, nosotros podemos considerar que nuestra contratransferencia es la clave de esta vivencia suya de distancia (es decir que nosotros no estamos suficientemente con él en nuestro Inconsciente), o que al contrario el paciente transplanta transítivamente en el terapeuta un aspecto de su realidad psicótica, autista, sustituyéndola con la ajena, y en consecuencia viviendo al terapeuta como una parte de sí mismo.

Es menester tener presente que estos dos puntos de vista «opuestos», que yo encuentro formulados de manera diferente en toda la literatura (por un lado Sechehaye subraya la importancia de la realización simbólica, por otro Rosen quiere mostrar al paciente su resistencia), deben entenderse como una alternativa solamente dialéctica. No hay duda de que el contacto profundo del terapeuta con el paciente esquizofrénico se verifica ante todo con la identificación y no mediante la pretensión de que él observe en sí ciertos mecanismos y los modifique (Rosenfeld se esfuerza por racionalizar dicho requerimiento del terapeuta con el postulado de que la alianza de éste con la «parte sana» del paciente es la base de la psi-

coterapia, esto es, de la posibilidad de mostrar al enfermo la estructura psicopatológica de su parte enferma). Pero sin embargo el análisis de las resistencias que tiene tanta importancia en la terapia de las neurosis, también es aceptado en nuestro trabajo con el esquizofrénico.

Una paciente expresaba la anulación de su Yo en el temor de la proximidad a otro, o sea a un Yo más fuerte y más grande que con su presencia lo disolvía; de aquí el síntoma de «no tener ningún pensamiento», de enmudecer hasta interiormente, vaciándose. En este caso, la «desaparición» de los pensamientos era el equivalente *borderline* de la despersonalización propiamente dicha. Y tal despersonalización latente equivalía a un defecto de autointegración en las redes de una introyección materna, de un Yo inmenso y extraño que provocaba ansiedad en la paciente, que ella llevaba dentro de sí y mezclaba esquizofrénicamente con la presencia ajena. Por otra parte, nuestra «riqueza de pensamientos» era un motivo contratransferencial que favorecía la ausencia de éstos en ella. ¡Yo, el terapeuta, tenía demasiados pensamientos! Pero no todo se reducía a esto. Poco a poco llegábamos a descubrir que la ausencia de pensamientos no era solamente un estado práctico de despersonalización sino un rechazo activo de la presencia del otro; un rechazo por parte de la paciente que, aunque legítimo entonces en la interacción con su madre, lo vivía ahora en todas las relaciones sociales (también en la transferencia) como acto sádico. La paciente vivía la situación conscientemente como un tormento infligido a sí misma, sin advertir suficientemente su agresividad. Sólo el análisis de la misma le permitía percibir en una sesión como el equivalente de su madre, a quien ella infligía sádicamente el sufrimiento del abandono. Dicho recuerdo era actualizado en la terapia no sin desesperación y llanto, pero finalmente acercaba a la paciente hacia mí. Esa proximidad se manifestaba algunos meses después en el sueño de la paciente de «tener mis pensamientos», mi discurso, de poseer mi palabra y de ser libre en el encuentro con el mundo que de otro modo la aprisionaba en el silencio, en la parálisis del pensamiento.

Un problema fundamental que surge de estas reflexiones sobre la realidad interpersonal que se crea en el espacio entre paciente esquizofrénico y terapeuta es el de saber qué es proyección y qué es introyección; si, por ejemplo, una vivencia dada del paciente es una proyección suya sobre el terapeuta o una introyección del Inconsciente de éste por parte del paciente; y si además el terapeuta está en condiciones de percibir lo que ocurre en el paciente sin proyectar al mismo tiempo sobre él. En la bibliografía el tratamiento se ha ampliado desde que con Searles hemos aprendido a dar al fenóme-

no de la *introyección* esquizofrénica un peso tan grande como el que se da en psicoanálisis a la *proyección*. La psiquiatría clásica, con sus dos conceptos de *transitivismo* y de *apersonación*, en las primeras décadas del siglo ya había tocado la polaridad del proceso introyección-proyección; pero cometía el error de ver las cosas sólo en términos de alienación, a la que se contraponía la perfecta salud del observador. Al principio también el psicoanálisis se ha orientado hacia esta dirección, cuando consideraba a la proyección solamente como fenómeno paranoide. Pero los estudios posteriores, en particular los de Melanie Klein, nos han mostrado que todos esos fenómenos (de la proyección, de la introyección) puntualizan la estructuración de la psiquis humana en la primera infancia, por eso son comunes a nosotros y al paciente y en consecuencia nos ponen en condiciones de comprenderlo. En psicoterapia, mostrarle esto es una función de la interpretación; aprovechar esta situación para un intercambio afectivo mayor es el otro polo de la psicoterapia, el empático e imaginativo. Alrededor de estos dos polos se mueve, conscientemente o no, gran parte de la literatura moderna. El hecho de que entre paciente y terapeuta se cree una realidad *sui generis*, independiente de las convenciones sociales y de módulos de comprensibilidad que no puedan ser integrados por el paciente, permite al terapeuta *hacer experimentar al esquizofrénico la realidad como algo que es creado por él junto a su partner*, y no como algo acabado, reconocible a través de las interpretaciones psicodinámicas y que debe aceptarse como más verdadero que la propia vivencia. Esto sería imposible para el paciente, ya sea porque esta tarea que en cambio proponemos al paciente neurótico supera las posibilidades elaborativas del Yo psicótico, o porque la realidad lógica, que durante la enfermedad se ha vuelto extraña al paciente, es para él el resultado de una instancia parental introyectada que lo «destroza desde adentro» como todo producto de la socialización infantil.

Por el contrario, la creación de una realidad, aunque sea delirante, en el ámbito de la relación terapeuta-paciente (la que es llamada «psicosis de transferencia») significa para este último:

a) que él la forma como algo suyo, del mismo modo que el delirio autista;

b) pero que sin embargo la forma a lo largo de una dimensión dual (en la transferencia o en momentos de identificación recíproca) que luego será el núcleo de todos los procesos sucesivos de socialización que finalmente llegan a la curación o a la reinserción en la realidad común. La mayor resistencia a dicha «creación de realidad dual» que libera, pero que también *impulsa* al Yo psicótico al rol de persona viva, oponiéndose en consecuencia a las pulsiones de muerte de la psicosis, está representada por el esfuerzo —en dirección contraria— del enfermo para obligar al terapeuta a ocupar *el rol de objeto muerto*, de «cosa», de objeto parcial, de lo que es el paciente si es abandonado solo a sí mismo. El paciente vive pues a su terapeuta a ratos, como la suma siempre diferente de los objetos parciales y fragmentados que reflejan su existencia reificada: el «muro», el «laberinto», la «voz». Ya sea que se quiera conceptualizar este fenómeno como un proceso de confusión (entre sí y el otro) que sigue a lagunas de percepción y de diferenciación en la psiquis enferma o que se quiera ver en él un proceso activo de resistencia, que tiende a encerrar al *partner* en su mundo alienante, en todos los casos queda el hecho de que este fenómeno desintegrativo es lo opuesto al de «creación» antes mencionado.

En la terapia de la neurosis la resistencia puede ser interpretada adecuadamente y realizada por el paciente, o también puede sabotear la terapia. Ella es esencialmente un hecho negativo y es superada. Naturalmente esto también es verdad, con mayor razón, para la psicosis; pero en esta última el hecho nuevo, la diferencia «cualitativa» es que también dicho fenómeno es «aprovechado» y *no sólo interpretado* por el terapeuta. Veámoslo en los dos momentos siguientes:

a) ante todo es importante la superación por parte del terapeuta de aquel sentimiento de fastidio y malestar transitorio que a veces provoca la identificación con los símbolos reificantes del paciente¹

1. Vivencias de un terapeuta: «progresivamente me di cuenta de que encontraba dificultades para vivirme a mí mismo en la sesión como diferenciado de él». «Extrañamente el paciente parecía tranquilo, pero yo perdía lucidez y a pesar de mis esfuerzos me volvía inevitablemente ansioso, como si sufriera de soledad».

y que, en efecto, en la personalidad no terapéutica favorece la negación del paciente, como en el caso del trasplante de un tejido extraño o el rechazo en el plano cognitivo («es un loco»). Por el contrario, el verdadero terapeuta llega a «gozar» incluso² su existencia de objeto parcial cuando esta vivencia lo acerca a su paciente, aunque pueda parecer lo contrario;

b) desde el momento en que el terapeuta logra integrar en sí sus núcleos psicóticos, movillizados por la proyección de los objetos parciales del paciente dentro de las redes de un Sí que permanece en su fondo bien organizado, se convierte en el *representante de su paciente*, realiza en su lugar y por él aquella obra de integración que el enfermo no puede realizar. El terapeuta tiene los objetos parciales del paciente dentro de sí, es decir que tiene dentro al paciente mismo y recompone sus pedazos escindidos en el momento en que los acepta en sí y los pone así en relación con el amor que unifica.

El hecho significativo que distingue a la «proyección terapéutica» del paciente de la proyección paranoide del enfermo alienado, es que la segunda es autista, mientras que la primera se convierte en una realidad interpersonal. Esto es demostrado de manera impresionante por todos aquellos casos en los que una incipiente individualización del paciente sobreviene paradójicamente en el preciso momento en que logra proyectar verdaderamente dentro de su terapeuta sus objetos parciales (las partes escindidas de sí), confundiendo con él en una matriz afectiva. En mis términos, «proyectar dentro» y no «sobre» el terapeuta significa que la matriz afectiva le permite al terapeuta vivir la proyección, de otro modo alienante, como un modo de estar cerca del paciente. Se configura

«Era tal su convicción (del paciente, acerca de que la situación de bloqueo dependía de la clausura del terapeuta) que me pregunté ansiosamente si no tenía razón y muchas veces estuve a punto de admitirlo».

2. Escuchamos esto de una psicoterapeuta durante el tratamiento de un esquizofrénico crónico: «para mí él es sólo él». «Yo gozo con sus agudezas de espíritu». El paciente es único, no entra en ninguna clasificación. La relación no está dirigida a ningún fin, ni siquiera el de establecer una relación; ésta se establece por sí misma porque existe una premisa, el gozo de la relación.

aquí una proximidad del terapeuta que no lo amenaza en el sentido proyectado por Frieda Fromm-Reichmann (en efecto, ésta sostenía que el paciente esquizofrénico se siente amenazado, invadido por el amor del terapeuta; reflexión que reaparece en la literatura reciente, por ejemplo en Laing). Efectivamente, al paciente se le acerca un terapeuta impregnado de sus proyecciones y que en la terapia modifica su autoidentidad impulsado por la necesidad de encontrar la longitud de onda que necesita el enfermo; y que incluso se desintegra parcialmente donde es necesario para la integración de éstos³.

La posibilidad del terapeuta de vivir ciertas percepciones de su paciente como actos de creación de una realidad común es la verdadera base de la llamada «realización simbólica», método terapéutico descubierto por Sechehaye hace treinta años pero no comprendido suficientemente por la misma autora. Ciertamente, la conceptualización dada ha permitido la standarización técnica (Azima), inclusive mecanicista y reificante. Es sólo la identificación afectiva lo que da su potencia terapéuticamente propulsiva a la realización simbólica; a tal punto que muy a menudo bastan las palabras para «realizar», sin comunicaciones gestuales, figurativas, y sin interpretaciones causales y genéticas. Basta por ejemplo que el terapeuta reaccione a la solicitud del paciente, si él «le pertenece», con la sensación contratransferencial de que el enfermo ha «descubierto» con su requerimiento (quizás delirante en el sentido literal de la palabra) el costado más profundo de la realidad; por lo tanto basta que responda afirmativamente al paciente para que en este simple diálogo tenga lugar una «realización simbólica», la cual disminuye la ansiedad del paciente hacia toda una realidad objetiva y social que por otra parte no le pertenece y permanece fuera de toda posibilidad de identificación. Semejante realización es «simbólica» sólo cuando nosotros nos reflejamos en ella, la comunicamos a los colegas, la discutimos en nuestros escritos; mientras

3. A su vez, ni siquiera el terapeuta resulta lesionado por la introyección de partes del paciente cuando dicha introyección se basa en motivaciones auténticas. En las psicoterapias procedentes de una elección precisa y una decisión estable, nunca he observado ningún daño estable a la psicohigiene del terapeuta. Ésta es mi clara respuesta a un problema de fondo, a menudo tratado en los seminarios.

que en el acto de creación común nosotros no percibimos el símbolo sino una nueva dimensión de la realidad que no existe en nuestro mundo social de tres dimensiones. La psicoterapia de la esquizofrenia es el descubrimiento de un mundo psíquico con muchas dimensiones. Incluso cuando las proyecciones son de naturaleza negativa y tienden a destruir la relación con el terapeuta «enemigo», la percepción del terapeuta de una relación común se cumple en distintas dimensiones: a lo largo del examen de su contratransferencia (que puede colaborar en la creación de esa realidad negativa); al advertir que representa en función sustitutiva una introyección del paciente, permitiéndole así transformarla en contacto con el fermento terapéutico; al disponerse a ser también e inclusive el *partner* culpable que de algún modo está dentro del mundo del paciente pero que ahora, representado por el terapeuta, sigue amándolo a pesar de ello.

En algunos casos tal disposición se refleja en los sueños del terapeuta. Recuerdo el de una terapeuta que reacciona a las acusaciones de su paciente de manera compleja, bivalente (y no ambivalente), confirmando su afecto en la vigilia y oníricamente con la imagen de presionar con el talón sobre el testículo de su enfermo. A mi modo de ver un sueño semejante no debe ser comprendido en el sentido de Searles, esto es, que la agresividad del paciente es la introyección de aquella inconsciente del terapeuta (del talón). Naturalmente esto es posible, en el plano teórico. Sin embargo, las experiencias didácticas me muestran el límite de este pensamiento. En efecto, dicho sueño refleja precisamente lo contrario a una agresividad contratransferencial, o sea la necesidad de entrar en contacto con el paciente aceptando en el sueño el canal abierto por él, el de la competencia genital. Y tampoco sería justa la reflexión de que el terapeuta introyecta excesivamente el delirio del paciente y realiza en sí mismo lo que éste delira (la agresión), perdiendo la brújula de la realidad, porque la agresividad del terapeuta limitada a la dimensión onírica es un filtrado de realidad, que puede estimular sin dañar.

En consecuencia me parece que el delirio esquizofrénico puede ser verdaderamente rechazado y superado como «no realidad» precisamente por aquel terapeuta que está dispuesto temporariamente a encontrar a su paciente en algún repliegue de la existencia —como en el sueño— dentro de esa única realidad (delirante) que está a disposición del enfermo, incluso entrando en la máscara del perseguidor, para amar desde ella al paciente, para encontrarlo en ese lugar

recóndito y para él esencial. De esta manera, al limitar al máximo la importancia de ese lugar psicopatológico, al reducirlo a una partícula de su inconsciente, pero dejando a esta partícula la validez necesaria al paciente para construir junto a él otra validez. La relación del paciente con el otro va al encuentro de tal complejidad de matices que a veces cualquier intento de síntesis conceptual de nuestra parte puede parecer ilusorio. Pero no podemos ayudar a nuestros pacientes sin el esfuerzo de dicha comprensión, debemos atrevernos a ella aún a costa de quedar en lo fragmentario, en lo parcial, en lo insatisfactorio. Es entonces cuando sentimos realmente las cosas que el paciente nos dice como la sensación increíble de que no existe un «límite del Yo». «Me parece que no tengo piel, ni defensas. Los otros...son densos». También dentro de las modalidades de la transferencia vemos los típicos movimientos y vivencias esquizofrénicas. Los otros, más densos que él, y con ellos también el terapeuta, penetran dentro de él: «una especie de contagio, un confundirse con el otro... partes extrañas pegadas... bajo la corteza partes no mías... quizás estoy lleno de partes ajenas... si los otros están cerca todo se contamina. Como si sintiera el miedo de apoderarme del otro».

Esta penetración del otro en su Yo es advertida como una invasión, como un acto suyo de incorporación⁴. Al mismo tiempo, la vivencia del enfermo es estructurada según dos direcciones: no sólo el paciente «se apodera del otro» sino que «entra en el otro», en algo que —según otra expresión del mismo enfermo— «él no es antes de que el otro sea». Si en este momento recordara las expresiones, las vivencias de mis otros pacientes (por ejemplo de la enferma que confundía continuamente las percepciones del presente con los recuerdos del pasado, o del enfermo que confundía los conceptos con las cosas que éstos significaban) podría concluir que también en la

4. Lo opuesto de ese terror de interpenetración patológica es la simbiosis terapéutica: «Es como si mi oreja estuviera cerrada por una profunda masa de carne, de modo que no puedo oír el mundo exterior». Y por primera vez él quiere que yo (terapeuta) me acerque a esta voz interior suya. «Pruebe a ver si usted también la escucha». Acercó mi oreja a la suya de modo que se unan los pabellones y respondió: «Escucho como en un caracol el sonido del océano».

transferencia el verdadero trastorno fundamental, el verdadero síntoma primario de la esquizofrenia, no es la tríada de Eugen Bleuler sino esta incapacidad de distinguir (de diferenciar, separar, integrar, convertir en Yo y así distinguirse como estructura en el universo psíquico), la cual se manifiesta en la clásica clínica nosográfica como disociación, despersonalización e integración afectiva.

Como en la neurosis, también aquí la transferencia repite el pasado del enfermo. Recuerdo a un paciente cuya sensación de no existir, de no ser Yo, desembocaba poco a poco en el curso del análisis en el recuerdo de que los primeros signos subjetivos de este derrumbe interior habían aparecido después de la muerte de la madre. Aunque antes de aparecer la psicosis el paciente había vivido la figura materna de manera ambivalente, su presencia omnipotente, que llamaba su autoidentidad, era para él la prueba de su existencia; por así decirlo, él «vivía en la madre» y después de su muerte no existía más por sí mismo. En este punto podemos conceptualizar una mediación entre el método interpretativo de Rosenfeld y el método simbiótico de Searles. Lo que a pesar de la diferencia de escuelas, de los parámetros conceptuales, de las personalidades de los terapeutas, se estructura en común, es una actitud terapéutica que «regula» o mide con continuas observaciones individuales el magma en el que se mueven juntos terapeuta y paciente. La diferencia entre Rosenfeld y Searles está en la diferencia de nivel, interpretativo-reductivo o fenomenológico de la «cadencia» y «secuencia» terapéutica, pero el efecto mayor de la interpretación y de la simbiosis reside en la capacidad del terapeuta de aceptar la confusión para poder reconstruir un «sentido» en sí, un orden semántico, una imagen estable del paciente que luego encamine el proceso constructivo de sedimentación «dentro del paciente».

Sin embargo, para concluir este capítulo es necesario decir que de tal modo nosotros establecemos, virtualmente, una realidad objetiva, en principio por fuera de la vivencia de la interacción psicoterapéutica. Es decir, la dialéctica de la psicoterapia de la esquizofrenia me parece encerrada en un alternarse de reflexiones objetivas que no satisfacen nuestro narcisismo científico, sino que nos sirven de estímulo para nuevas imágenes e intuiciones en la hora de psi-

coterapia, y de actitudes subjetivas en las que estamos dispuestos en cada ocasión a *encontrar nuestra realidad en el paciente, haciéndola elaborar por éste tanto como nosotros elaboramos la suya.*

Capítulo tres

«Ser-con» como respuesta del terapeuta a la existencia negativa

«Ser-con» es nuestra respuesta a la existencia negativa. La fractura del Yo esquizofrénico es algo que visto desde afuera parece irreparable. Naturalmente, podemos esperar que en el organismo del paciente surjan movimientos adecuados para repararla y, en efecto, esto ocurre en un amplio porcentaje de casos. Pero la primera sensación de «irreparabilidad» es proporcionada por el hecho de que el movimiento de derrumbe ocurre por así decirlo a un nivel «metapsicológico» y no sólo psicológico. Cualesquiera hayan sido los hechos biográficos, las sacudidas emotivas, las tensiones psicodinámicas que han conmovido aquella tierra, el Yo que se desintegra responde a un movimiento telúrico que está fuera de todas las consideraciones psicodinámicas. Éstas se articulan en una lógica, aunque sea inconsciente, mientras que aquella destrucción es el fin de la lógica. De aquí el sentimiento de omnipotencia que invade al terapeuta habituado a operar solamente con conceptos psicodinámicos, tan sutiles y profundos como se quiera, pero frente a los cuales un paciente esquizofrénico, hasta el más lúcido, comprensivo cooperativo, repentinamente puede decirnos «no comprendo».

Y en verdad él no comprende, si bien intelectualmente comprende tanto como nosotros. En este punto suben desde el inconsciente del terapeuta aquellos mensajes que no quieren «explicar» sino que nos introducen en el derrumbe que se abre en el Yo del paciente.

Decir esto podría parecer una de esas frases del terapeuta con las que se amplifica metafóricamente la importancia de la propia persona para compensar su trágica impotencia si no hubiera aprendido frases semejantes de los mismos pacientes: «Usted se ha metido en mi derrumbe y medía el tiempo con un metrónomo».

Antes que interpretarles sus síntomas, la tarea del psicoterapeuta frente al Yo psicótico que se desintegra es la de estar con él en sus síntomas. La comprensión de esta tesis comienza con la reflexión de que el síntoma psicótico tiene un doble significado dinámico, una doble función y un doble rostro interpersonal, de comunicación y de defensa.

A través del síntoma el paciente quiere decirnos algo que no puede expresar de otro modo. Su necesidad de comunicar algo aún en el autismo, aún encerrado e inmóvil en la prisión de su negativismo, no cesa nunca. Vivir, incluso como esquizofrénico, es querer participar, y no existe humanidad, aún destruida o alienada, que haya perdido completamente esta necesidad tan fundamental como el hambre y la sed. No hay existencia que no busque instintivamente su continuación. Pero comunicación significa alguna forma de conocimiento que es transmitido al otro; significa además elaboración de las informaciones que como respuesta nos vienen del otro.

El Yo psicótico no puede comunicar un Sí que no se comprende y no puede elaborar las informaciones que lo disuelven. Por eso no puede sino temer la relación, aunque ésta sea el elemento en el que se configura su posibilidad de existir. De este trágico conflicto de no temer a nada tanto como, precisamente, a lo que más se necesita¹, nace el síntoma psicótico, o sea la comunicación extravagante,

1. «Me parecía que para vivir era necesario quedarme sola, separada, y no estar en la multitud. Yo "deleataba las multitudes", como mi madre. Sin embargo, después la multitud me atraía, sobre todo la de las ferias, del circo o del mercado; formar

«insensata». Sin embargo, en los muros de esta comunicación no perceptible semánticamente al otro, el Yo se distiende en la dimensión de comunicación y da señales de existir. Está protegido por el síntoma. Protegido porque el síntoma nunca es totalmente comprensible, ni siquiera para quien está delante suyo con «intelletto d'amore»^{*}; o sea que no es posible para nadie «tener» al paciente en el síntoma. El síntoma está siempre *sobredeterminado* de una manera más compleja que el del neurótico; y tampoco puede decirse que sea posible concebirlo teóricamente en su totalidad como el resultado de singulares y numerosos mecanismos causales. El síntoma no es solamente la pérdida total de la libertad, sino también la libertad potencial del paciente, que está precisamente encerrado en la psicopatología y no la trasciende. El síntoma puede significar muchas cosas, y también nada. En el síntoma incomprensible el paciente está fuera de nosotros, de nuestra comprensión que lo desmenuza. Quitarle al paciente su síntoma con un procedimiento puramente mecánico, como a través de un shock eléctrico en el cerebro, significa realizar esta amputación a condición de extirpar junto con el síntoma esa frágil zona del Yo que hace necesario el síntoma, que no puede existir sin él, y que es tanto la fuente del máximo sufrimiento del paciente como también su único frente de desarrollo potencial. Amputada esta zona no queda otra cosa más que el delirio, el Yo esclerótico que se posee al precio de perder toda potencialidad. En consecuencia, si el síntoma es el signo de libertad y la única comunicación posible al paciente, entonces «estar en el síntoma» es el único modo de estar a su lado sin disolverlo, o sin hacerse rechazar totalmente por él.

El contrapunto de la disolución, del hecho de que el paciente se convierta en una sombra junto a su interlocutor, es que el rechazo por parte del paciente convierte a su interlocutor en una sombra, sin más presencia que a través de ese mínimo de percepción objetual que los sentidos periféricos gobiernan. Por lo tanto, nuestra tarea es

parte de la multitud era estar vivo» (Mary Barnes, *Viaje a través de la locura*, España, Martínez Roca, 1976) [En francés en el texto original. N. de T.]

*. «Intención de amor», Dante Alighieri. (N. de T.)

estar en los síntomas, escucharlos y responder a ellos; es vivir afectos-emociones con el paciente que sólo puede expresarlos en los síntomas. Nosotros al percibir estas emociones y vivirlas con el paciente nos acercamos a él y le creamos ansiedad. Pero al vivir en el símbolo, al hacer esta maniobra de aproximación a la interioridad del síntoma (en lugar de interpretarlo inmediatamente, o sea conducirlo a nuestra red lógica) nosotros nunca «poseemos» mentalmente al paciente porque nunca poseemos al síntoma y ni siquiera intentamos hacerlo, como en cambio sucede en el círculo de una operación lógica de interpretación.

Admitamos que sea posible comprender e interpretar el síntoma, por absurdo que sea, en la mayor parte de los componentes semánticos enmarañados confusamente en él; imaginemos que un cerebro electrónico que trabaje alimentado por una gran cantidad de datos puestos a su disposición por un conocimiento previo de la vida y de la historia clínica del paciente produzca, revele interpretaciones que se acerquen al conjunto de los significados allí recogidos. El paciente no podría realizar esas operaciones mentales que nuestro cerebro electrónico sabría hacer a través de la interpretación. No estaría en condiciones de reproducir en sí todo eso sintiéndose «comprendido» y por lo tanto ayudado. Pero admitamos también que esto sea posible, por ejemplo con los esquizofrénicos, los cuales aún funcionan en el extremo de su operatividad intelectual, incluso en medio de la destrucción. Sin embargo faltarían de cualquier manera las operaciones emotivas que, como nos enseña la psicología moderna, son parte integrante de los procesos cognitivos. Finalmente, dediquémonos a la ciencia ficción, e imaginemos un cerebro esquizofrénico en condiciones de seguimos en la obra de la interpretación completa; también en este caso el resultado no podría ser más que negativo. Al comprender el símbolo y al comunicarlo eficazmente al paciente, nosotros lo privaríamos de esa libertad que existía para él en el síntoma, como hemos visto antes; lo «poseeríamos»; y facilitaríamos la destrucción de su Yo en el abrazo de la posesión cognitiva. Sin contar además todas las complicaciones de transferencia y contratransferencia que demasiado pronto oscurecerían el campo dialógico. ¿No es lícito por ejemplo pensar

en la posibilidad de que nuestra interpretación presentada al paciente, la cual traduce algo absurdo en un conjunto ordenado de palabras, transmita también una necesidad de habilidad, de poder del terapeuta, como si éste estuviera resolviendo acertijos mentales?

En conclusión: la afectividad del terapeuta puede alcanzar al paciente sólo si la palabra terapéutica mantiene al terapeuta por un cierto período de tiempo más allá del síntoma.

Si el paciente está en el hielo, el terapeuta (Isotti) enciende para él un fósforo; interpreta el hielo y la desolación de la existencia (el paciente conoce todo esto mejor que él) pero enciende una llama minúscula que traduce al paciente ya sea su posibilidad de comprender que vive en un mundo donde la representación de una antorcha sería una mentira, como también su necesidad de que sin embargo en ese mundo exista algo que aunque impotente para fundir el hielo, atestigüe y documente la existencia lejana de la llama en medio de la negación de ésta.

Capítulo cuatro

Introyección del paciente en el terapeuta

«Ser-con» no significa sólo relación espacial; puede ir más allá de este concepto, hasta la introyección del paciente por parte del terapeuta como intento extremo de neutralización de la introyección radical del mal que se encuentra en el origen de la esquizofrenia.

En el inconsciente del terapeuta existen tentativas de *incorporación* de cuanto el paciente nos dice, que van más allá del proceso de comprensión. Dado que buena parte de lo que nos es comunicado es incomprensible, la reacción fisiológica es la de rechazarlo.

A lo sumo esto ocurre a través de la clásica descripción psicopatológica, que es una insistencia continua sobre lo que el paciente *no* es en relación a una norma: disociado, escindido, fragmentado, despersonalizado, extraño, negativista, alucinado, cambiante, idiota, incoherente, estúpido, inadecuado, confuso, inhibido... Indudablemente este modo de describir al paciente esquizofrénico tiene también su justificación. Se establece un conjunto de pericias que reflejan un importante punto de vista, el elegido por el observador, que frente al obligación moral de hacerse cargo del enfermo mental comienza por defenderse, aunque sea intelectualmente, *a fin de preservar sus límites*, su propia normalidad. ¿Qué sería de su nor-

malidad, podríamos preguntarnos, si él no la protegiera de este modo?

El punto de vista de la psiquiatría esencialmente descriptiva, nosográfica, es aceptable. En cambio no lo es la arrogancia de considerar el propio punto de vista como el único legítimo en el plano científico. Ella pretende describir la única realidad del hecho mental. Sin llegar a este límite, *cualquier psicoterapeuta se encuentra sin embargo en la misma situación, la de rechazar al enfermo mental*. Por ejemplo, trata de delinear los problemas y la personalidad del otro, separándolo de la acumulación confusa de percepciones incomprensibles que le llegan; rechazando, ocultando lo que no puede ser ordenado en una imagen y percibiendo con mayor agudeza lo que es posible ordenar en un mosaico. De esta manera, con frecuencia el terapeuta percibe, de todo lo que observa, fundamentalmente lo que corresponde a sus premisas teóricas.

Sin embargo el inconsciente del terapeuta se encuentra frente a la gran tarea de recibir inclusive lo otro, lo *no comprensible*, y de incorporarlo; esto en parte es comprendido intelectualmente, aún en un segundo tiempo, meditando y consultando muchas veces nuestras experiencias. Diría que la comprensión intelectual no es solamente un «plano» superpuesto al empático. Evito tanto el extremismo de los que postulan una primacía del intelecto (y son desmentidos por sus pacientes) como el extremismo de los que rechazan su gran importancia en el plano cognitivo. Es entonces cuando —raramente, pero de manera significativa— el término de *incorporación* entra su justificación.

Si es verdad que la penetración positiva del terapeuta en el mundo del paciente es la *conditio sine qua non* para la transformación de ese mundo, también es verdad lo opuesto, que un paciente que se desorganiza en cualquier relación de proximidad puede soportar esa penetración, si al mismo tiempo y en sentido contrario *él penetra en el terapeuta*. Cuando la penetración tiene lugar —y debe tener lugar— en presencia de un *partner* fuerte, capaz de adoptar la identidad del paciente y de unirla con la suya sin renunciar nunca a ella, a veces ocurre que los pacientes hablan de la necesidad de «destruir

la paz interior» del terapeuta. Pareciera que maldicen, envidiosos, la paz interior que ellos no poseen; no obstante, de nada están tan agradecidos al terapeuta como precisamente de su posibilidad de seguir siendo ellos mismos «a su lado».

Quando la relación recíproca se produce, es un acontecimiento que por lo general el paciente describe en términos que parecen metafóricos. Si es inteligente y ya con un pie fuera de la psicosis, dirá por ejemplo que su comunicación con el terapeuta es «un cordón umbilical» a través del cual su sustancia «circula como una linfa». Quizás el paciente explica que esta linfa corrompida que le pertenece se libera del veneno como mediante un proceso de diálisis. La linfa del paciente se «depura» porque es impregnada por la linfa psíquica del terapeuta.

Capítulo cinco

Transitivismo y apersonación como identificación en psicoterapia

En la psicoterapia de la psicosis se inicia en el paciente ese proceso de identificación con el otro que es una nueva edición, imperfecta y difícil, de la identificación infantil. No estamos en condiciones de conocer exactamente los mecanismos según los cuales procede la identificación, o sea la creación del Sí en el niño, por el simple hecho de que él no puede decirlo. Por otro lado, si el niño pudiera hacerlo, traicionaría ciertas vivencias que son estructuralmente preverbales, es decir transcurren según ciertos parámetros paleológicos que son sólo lejanamente reflejados por la palabra.

Freud fue el primero en explicar el proceso de introyección descubriendo en el niño la creación del Super-Yo y del Yo ideal como transposición interna del objeto edípico abandonado en la realidad. Después de este gran descubrimiento, el psicoanálisis ha dado el segundo paso significativo con Klein, Mahler, Jacobson: el estudio de las introyecciones en la fase pregenital del desarrollo del Yo. En esta nueva conceptualización el punto fundamental es, brevemente, el siguiente. El niño que al nacer no puede distinguir entre lo percibido y lo que percibe, o sea entre el mundo y el Sí, se encuentra a

si mismo en la imagen de un objeto de amor que por un lado le permite identificarse con el objeto, pero por otra parte le deja la libertad de distinguirse a si mismo en el objeto con el que está fusionado. Si la madre es «opaca» respecto a cada reflejo y señal del niño, habrá autismo; si en cambio la madre es narcisista es sus contraidentificaciones lo aprisionará en la imagen que ella se forma de él, usándolo como «Yo ejecutor» de sus necesidades (parafraseamos aquí en sentido psicopatológico la frase de Spitz de que el niño vive normalmente a la madre como su Yo ejecutor).

Por lo tanto el Yo parece formarse en el «fuego» de proyecciones e introyecciones posnatales que por ser fisiológicas deben estar en medio entre el muro del autismo y la confusión permanente de identidad. Autismo y confusión de identidad son los dos polos de la psicosis del adulto, como la psiquiatría ha observado desde hace tiempo, mucho antes de que los términos de proyección e introyección se hubieran vuelto corrientes a través del psicoanálisis.

La psicopatología posee dos términos que describen aproximadamente los mismos fenómenos psicóticos que el psicoanálisis llama «proyección» e «introyección»: el «transitivismo» y la «apersonación». Pero la diferencia consiste en que transitivismo y apersonación son conceptos que describen solamente la pérdida de la realidad.

¿Y si, por el contrario, los empleáramos para describir el verdadero comienzo de la realidad? Podríamos decir entonces que el transitivismo es un intento de introducir al Sí en el objeto para que ese objeto no resulte tan extraño al Sí que ya no se pueda explorarlo. En efecto, la exploración, la asimilación, comienza sobre un núcleo de identidad. A medida que dicha exploración avanza, cualidades del objeto entran en el Sí «transitivizado» sobre él; el Sí se forma «mediante el introducirse» (como dice Leonardo en la pintura), esto es, por un «proceso de progresiva apersonación». Es posible decir, sin embargo, que en la madre los mismos fenómenos de transitivismo y apersonación ocurren al mismo tiempo. Todos nosotros somos «transitivistas» cuando tratamos de describir la vida infantil posnatal. Pero ante todo es transitivista la madre cuando puebla de

vivencias el gran enigma del recién nacido. A través de esta proyección de fantasmas que son incorporados en el niño, la madre crece en su estatura humana, es decir, deviene más persona a través de un verdadero proceso de apersonación. Considero que fenómenos similares, aunque sólo lejanamente reflejos, tienen lugar en la psicoterapia de la psicosis.

El paciente encuentra su identidad identificándose con el terapeuta y al mismo tiempo distinguiéndose de él, o sea enriqueciéndose por un proceso de apersonación, de cualidad del terapeuta, con el que antes se ha identificado transitivamente. Pero esto sólo puede suceder en la medida en que el terapeuta, aún frente a la incomprendibilidad de ciertos fenómenos psicóticos, deje de confiarse a la «lógica aristotélica» (Arieti) a riesgo de poblar de vivencias comprensibles el mundo incomprensible del absurdo.

Al mismo tiempo que este transitivismo, el terapeuta vive en sí ciertos estados psicóticos en términos de apersonación.

La psicosis apersonada por el terapeuta es la psicosis dualizada; así como, por el contrario, la normalidad apersonada por el psicótico es precisamente su enfermedad.

Naturalmente, es casi superfluo precisar que con la expresión psicosis dualizada entiendo un fenómeno terapéutico normal de manera análoga a la disposición mental de la madre, que Winnicott describe con los términos «*normal illness*». Sólo en este fondo de sanidad es que podemos hablar de asunción del mal o de la muerte por parte del terapeuta.

Capítulo seis

El inconsciente del terapeuta en la identificación recíproca

La relación inconsciente entre paciente y terapeuta se expresa a través de las imágenes oníricas o de la vigilia con que el terapeuta reacciona a las producciones (verbales o figurativas) de su paciente. Antes de desarrollar este pensamiento presento una ilustración concreta que sirva de modelo para articular sobre ella el razonamiento teórico (láminas VIII y IX).

Tenemos por un lado el dibujo de un paciente esquizofrénico (lámina VIII) que consiste en una masa central coloreada (que entre otras cosas el paciente asocia al sol) de la que emanan rayos que parecen espesos, llenos de fuerza y de color y se rompen en el choque con un diafragma de líneas azul oscuro dispuestas alrededor. Esta imagen no es «interpretada» por la terapeuta, sino «absorbida» por su Inconsciente. En efecto, al dibujo del paciente sigue un sueño de la terapeuta en el que ella ve «salir de una máquina de imprenta una hoja que tiene un facsímil del dibujo del paciente, pero que también corresponde a la estructura del riñón» (estudiada por la terapeuta la noche anterior). «Lo que más me impresiona es la presión que los rodillos deben ejercer para hacer salir la hoja con la

reproducción y la impresión de ser yo mismo quien realiza su esfuerzo y su trabajo».

Este complemento del dibujo esquizofrénico salido de la mente de la terapeuta es un semicírculo de rayos amarillos sobre fondo oscuro, la imagen perspectiva de un sol naciente que trasciende el símbolo de la ruptura realizado en la ojiva del paciente (lámina IX). La diferencia que he observado entre el dibujo esquizofrénico y la imagen de la terapeuta en el plano figurativo es que mientras en la primera imagen los rayos del sol se rompen en el choque con las líneas azules, en la segunda los rayos traspasan todo límite hasta el extremo de la página; la masa azul atravesada se reúne como color oscuro entre los rayos.

El análisis simplemente fenomenológico permitía captar los siguientes puntos:

- 1) El dibujo del paciente evoca una actividad en el inconsciente de la terapeuta.
- 2) Esta actividad se configura en el mismo plano del dibujo esquizofrénico: la terapeuta, pues, se deja «absorber» por su paciente.
- 3) La similitud de la imagen de la terapeuta y del dibujo esquizofrénico no se limita a la forma (facsimil) sino que alcanza al contenido: en ambas imágenes tenemos un centro solar que irradia en torno a sí.
- 4) A través de la fusión con la terapeuta esta imagen reproduce en positivo la situación del paciente.

Con esta frase quiero expresar el esfuerzo del inconsciente de la terapeuta por hacer suya la imagen del paciente para transformarla en una finalidad de vida.

La imagen del paciente es casi siempre algo roto, incompleto, incoherente (aunque artísticamente bello). La imagen de la terapeuta la corrige, aunque queda en un plano artístico inferior en relación a la belleza de la producción del paciente. Los rayos del sol de la terapeuta rompen los obstáculos, van hasta el fondo. «Ir hasta el fondo» es lo que la agresividad del paciente es absolutamente impen-

penetrable y asfixiante. Ante de hacer, como lo expresa su frase: «Delante de mí se encuentra un cañón que apunta hacia los demás y un hombre que está por accionarlo. Pero en el momento del disparo el fuego retrocede hacia el hombre. Yo soy ese hombre y la agresividad del fuego vuelve a mí cada vez que la quiero dirigir a los demás». En el dibujo de la terapeuta veo la «ruptura» de un margen que para el paciente es impenetrable y asfixiante.

5) La introducción del Yo de la terapeuta en la alteridad esquizofrénica llega al punto en que imágenes que forman parte de la vida de la terapeuta y no tienen nada que ver con el contexto de la terapia, comienzan a formar parte de lo producido en común, de lo que es de la terapeuta y del paciente.

6) Por eso el sueño-dibujo de la terapeuta es la expresión de un connubio profundo ocurrido en el plano inconsciente con el paciente y constituye lo que yo, parafraseando una expresión de Winnicott, llamaría «objeto transicional» intrapsicótico. Con esto quiero significar que la terapeuta ha «ofrecido inconscientemente» a su paciente un objeto que forma parte del mundo psicótico (facsimil) y que al mismo tiempo es una transición hacia una realidad interpersonal (la cual es completamente sustituida por la realidad de la terapeuta). De tal manera, la terapeuta impulsa al paciente, con su «objeto transicional», hacia un área de existencia dual, ya no encerrada en la ojiva mágica de la psicosis.

7) Todo esto tiene lugar a través de un esfuerzo de la psiquis de la terapeuta que está fuera de cualquier técnica, de lo que es transmisible racionalmente de un terapeuta a otro, que se puede enseñar y aprender.

Los motivos profundos de dicho esfuerzo, de la disposición de un inconsciente humano a entrar en semejantes e interesantes situaciones de la psicoterapia de la esquizofrenia, permanecen oscuros para nosotros. Pero en cambio la dimensión del esfuerzo es fácil de observar en la experiencia subjetiva del sueño: «lo que más me impresiona es la presión que los rodillos deben ejercer para hacer salir la hoja con la reproducción y la impresión de ser yo mismo quien realiza su esfuerzo y su trabajo».