



# Transferencia y Contratransferencia en los Pacientes Psicóticos

**Jose M<sup>a</sup>. Erroteta**

Médico Psiquiatra y Psicoanalista

Jefe Clínico del S<sup>o</sup> de Psiquiatría del Hospital de Cruces. Bizkaia

Titular de la Sociedad Psicoanalítica de Madrid

Profesor Asociado de la Universidad del País Vasco

**Resumen:** El autor define los conceptos de Transferencia y Contratransferencia y sus características específicas en la Psicosis. Frente al posible trabajo transferencial con los enfermos graves, se decanta por potenciar la Neurosis de transferencia, herramienta que consolida la alianza terapéutica y desde ella la posibilidad de acceso a los aspectos más psicóticos, que resultan inabordables en primera instancia por el riesgo confusional.

El fortalecimiento del “yo” y su mejor integración serán el resultado.

**Palabras clave:** Transferencia, Neurosis transferencial, Psicosis transferencial, Escisión, Integración, Identificación proyectiva, Confusión, Disociación, Fortalecimiento del yo.

## Concepto de transferencia

Definiré la transferencia como un fenómeno general, universal y espontáneo, que consiste en unir el pasado con el presente mediante un enlace falso que superpone el objeto originario con el actual. Esta superposición del pasado y el presente está vinculada a objetos y deseos preteritos que no son conscientes para el sujeto y que dan a la conducta un sello irracional, donde el afecto no aparece ajustado ni en calidad ni en cantidad a la situación real y actual.

La transferencia es pues una peculiar relación de objeto de raíz infantil, de naturaleza inconsciente y por lo tanto irracional, que confunde el pasado con el presente, lo que le da su carácter de respuesta inadecuada, desajustada e inapropiada.

Evidentemente la transferencia puede producirse (y se produce) en cualquier relación humana: Cuanto mayor sea la influencia de los

impulsos reprimidos que buscan su descarga a través de derivados, más estará entorpecida la correcta evaluación de las diferencias entre el pasado y el presente y mayor será el componente transferencial en la conducta de una persona. Desde luego esto no quiere decir que todo sea transferencia en las relaciones interpersonales, pero sí que en toda relación hay transferencia.

Por las características especiales de la cura psicoanalítica, con su **encuadre** bien delimitado y establecido, es en ella donde la transferencia adquiere una importancia capital siendo, junto a la contratransferencia, la esencia misma del proceso psicoanalítico. Sin embargo, como ya se ha dicho, también en las otras relaciones interpersonales ha de surgir la transferencia y desde luego la encontraremos en toda relación terapéutica no analítica con nuestros pacientes. No podremos interpretarla como en la sesión



psicoanalítica si no queremos caer en un psicoanálisis salvaje o silvestre, pero conviene que estemos preparados para captarla, comprenderla si es posible y permanecer atentos a nuestras propias reacciones contratransferenciales.

## Estructura psicótica y transferencia

Si bien es cierto que Freud en distintos momentos de su dilatada obra afirmó que las patologías narcisistas (psicosis) no tenían capacidad alguna de transferencia, también lo es que añadió: “...uno se entera por la comunicación de los enfermos tras su restablecimiento de que en un rincón de su alma según su propia expresión, se escondía en aquel tiempo una persona normal...”. Lo que haría pensar que en toda estructura psicótica, junto a la parte psicótica de la personalidad —masiva y manifiesta en estos casos—, existiría otra parte neurótica, tal vez frágil y oprimida, pero viva a fin de cuentas y susceptible por tanto de interrelación o intercambio diferentes de lo psicótico.

Por su parte, M. Klein definió la Identificación Proyectiva como el prototipo de la relación objetal agresiva, que representa un ataque a un objeto por la vía de insertarle **partes del yo**, a fin de apoderarse de sus contenidos o de controlarlo. La **identificación proyectiva** (IP) y su origen la **escisión**, serían los mecanismos básicos de la psicosis.

W. Bion distinguió una forma normal y otra patológica de identificación proyectiva: La diferencia estribaría en que en la I.P. normal, el propósito sería sobre todo comunicacional y en cambio en la I.P. patológica predominaría la tendencia evacuatoria y controladora del objeto. En la clínica, es habitual encontrar entremezcladas ambas formas en proporciones diversas. Fue este mismo autor quien estudió la diferenciación de las partes psicótica y no psicótica de la personalidad:

Los rasgos esenciales de la parte psicótica serían: intolerancia a la frustración, al dolor mental y a la incertidumbre; predominio de los impulsos destructivos y pánico de aniquilación; odio hacia la realidad externa e interna y por último una tenue pero tenaz relación objetal. Precisamente, la intolerancia a la frustración y el dolor mental que ésta última produce son las fuentes esenciales que ponen en marcha el clivaje (escisión) y la ulterior evacuación de lo intolerable en forma de identificación proyectiva.

Por su parte, los rasgos de la parte neurótica comprenderían: capacidad de combinar pensamientos entre sí, de crear símbolos y lenguaje; acceso a la realidad interna y externa; equilibrio de los impulsos libidinales y destructivos; utilización de la angustia en forma creativa; sentido común y tolerancia a la frustración y por fin capacidad para establecer sólidas y estables relaciones objetales. El mecanismo defensivo característico de esta parte neurótica sería la **represión**.

Si bien Bion hace énfasis permanentemente en esa parte neurótica de la personalidad presente en todo enfermo psicótico, en la clínica, la Escuela inglesa preconiza la interpretación directa de la transferencia psicótica, producida evidentemente por la parte psicótica de la personalidad. Sin embargo, yo reivindico la alianza con la parte neurótica para lograr el establecimiento de una genuina neurosis de transferencia desde la que poder ocuparse de la parte psicótica.

Trataré de explicar a continuación los conceptos de neurosis y psicosis de transferencia con las características propias de cada una en el enfermo psicótico.

## Neurosis de Transferencia

Señala la modalidad especial de desarrollo del tratamiento psicoanalítico en virtud de la cual la enfermedad originaria se transforma en otra nueva, que se canaliza hacia el terapeuta



y la terapia. Desde otra perspectiva, Freud contrapone la neurosis de transferencia a la “neurosis” narcisista (psicosis).

En definitiva, neurosis de transferencia significa que la transferencia posible en cualquier relación humana de la que hemos hablado al comienzo del capítulo, se concreta en la figura del terapeuta y en la relación con él a la manera de una “neurosis artificial” que actualiza y presentifica la neurosis histórica del paciente.

En el psicótico, esta neurosis transferencial —posible, recordémoslo, gracias a la parte neurótica de la personalidad— presentará ciertas peculiaridades como no podía ser de otra manera: Sabemos que la organización psicótica es esencialmente anticonflictual, minuciosamente antiambivalencial. Esto dará lugar a que todos los intentos de conocimiento de la parte no psicótica de la personalidad sean repelidos con fuerza (para evitar integraciones dolorosas) y a que los enfermos ahonden todo lo posible en la escisión. Escisión que, si se intenta combatir mediante la interpretación prematura, seguirá el camino de la confusión mental o, por la incapacidad de simbolización, avocará en una evacuación masiva vía alucinatoria. En efecto si el mecanismo defensivo básico de la Esquizofrenia es la escisión, el paciente tratará de mantenerla por todos los medios a su alcance procurando que nosotros mismos ahondemos en su divergencia para volver aún más abrupta y hermética su escisión y la subsiguiente proyección.

En los psicóticos, hay una lucha entre una parte omnipotente y destructiva y una parte libidinal unida al objeto. La parte narcisista y destructiva ataca la parte libidinal y sana, intentando destruir sus vínculos. Esto produce que la parte sana se sienta aterrada y generalmente muy débil para enfrentar al self psicótico destructor.

No podrá existir un progreso real en el tratamiento si no se tiene suficientemente en cuenta la diferenciación entre la parte psicótica y la no psicótica de la personalidad.

Los psicóticos nos inducen a que ahondemos en su divergencia, que volvamos más abrupta, más hermética su escisión, mientras que con nuestro trabajo, atendiendo sobre todo a la parte neurótica de la personalidad, intentamos favorecer los intercambios entre ambas. El establecimiento de la neurosis transferencial propiciará que las sucesivas identificaciones proyectivas del paciente en el terapeuta (continente) permitan una paulatina discriminación y más adelante la correspondiente reintroyección de las partes de sí mismo proyectadas por intolerables.

Recurrir a la discriminación entre parte neurótica y parte psicótica de la personalidad, establecer una relación terapéutica a través de la neurosis transferencial y contener las múltiples identificaciones proyectivas del enfermo hasta que puedan ser de nuevo reintroyectadas, sería dar un primer paso disociativo operativo para poder salir de lo aglutinado —verdadera estructura psicótica de la personalidad— en la cual lo psicótico invade y contamina la personalidad entera. Se trataría paradójicamente de disociar—discriminar para evitar escindir—clivar.

El reconocimiento de la identificación proyectiva positiva (comunicacional), es fundamental para apuntalar los intentos del enfermo de establecer relaciones objetales significativas y por ende, para la apertura de una vía posibilitadora de la introyección y de la mejor integración en el yo.

Si el terapeuta, se hace cargo de las necesidades y metaboliza las ansiedades, y si el proceso de la identificación proyectiva no está excesivamente dominado por la omnipotencia, facilita la introyección, abriéndose paso a una mayor integración yoica.

De esta manera se estaría reforzando el yo, siempre extremadamente débil y deficitario en el psicótico y se conseguiría una mejor discriminación yo—realidad.



## Psicosis de transferencia

Podemos definir la psicosis transferencial (o si se prefiere, la transferencia delirante) como un tipo de transferencia que impide o al menos distorsiona la relación entre paciente y terapeuta considerados como dos individuos humanos y cuerdos, separados y vivos, ya que, indefectiblemente, en mayor o menor grado, el paciente tiende a englobar al terapeuta en su temática delirante.

La psicosis de transferencia es el modo de reconversión de los síntomas psicóticos durante el tratamiento psicoanalítico para lograr allí su modo de expresión y se describe como intensa, primitiva, voraz, simbiótica y masiva.

A mi juicio, la llamada psicosis de transferencia no es una simple o compleja repetición o recreación de prototipos infantiles, sino una distorsión de la relación con el terapeuta irreal o hiperrealista. Sus principales características: la intensidad y la fragilidad, la avidez y la intolerancia a la frustración, el ímpetu y la timidez, condicionan unas especiales relaciones del psicótico con el terapeuta del que esperan, con extrema impaciencia, un apego absoluto y una ceguera total para la realidad. De modo que los principales caracteres de la psicosis de transferencia se hallan atravesados por el proceso psicótico y fundamentalmente alterados por el mismo.

Describiré cuatro variedades de psicosis transferencial:

- En la primera variedad, aparecen situaciones transferenciales en las que no existe relación alguna entre paciente y terapeuta real, con una acentuada tendencia del paciente a confundir al terapeuta con otras relaciones objetales del presente o del pasado. No es una reedición como ocurre en la neurosis de transferencia, sino una auténtica situación confusional.
- La segunda variedad de psicosis de transferencia abarca las situaciones en las que se ha establecido una clara neurosis transfe-

rencial en el proceso terapéutico, pero muy amenazada desde la parte psicótica del paciente.

- La tercera variante incluye los casos en los que la transferencia representa un esfuerzo del paciente que omnipotentemente trata de “ayudar” al terapeuta a convertirse en otro objeto separado y total e intenta lograr que éste manifieste claramente cual es su posición, es decir determinar cual es su grado de insania o cordura y averiguar lo que piensa sobre las personas, los hechos y las cosas relacionadas con el paciente. Incluso puede tratar de promover la imaginación creativa del terapeuta, percibido como una persona con capacidad limitada.
- Por último, la cuarta posibilidad de transferencia psicótica se manifiesta como un ataque a la mente del analista y al vínculo transferencial, en un intento de anulación destructiva de sus esfuerzos por ayudarle.

Obviamente, aunque en un paciente determinado puede haber una variedad predominante de psicosis transferencial, cualquiera de ellas puede aparecer en cualquier enfermo psicótico en uno u otro momento del tratamiento.

Respecto al manejo técnico de la psicosis de transferencia, teniendo en cuenta que en la personalidad psicótica no existen relaciones simbólicas, sino formaciones previas, donde el símbolo está equiparado con lo simbolizado —ecuaciones simbólicas— las interpretaciones basadas en simbolismos no solo serían ineficaces, sino perjudiciales dando lugar a nuevas formaciones delirantes.

Es por esto que rechazo la posibilidad de trabajo interpretativo con la transferencia psicótica, pues crea especiales dificultades en la esfera discriminativa paciente/terapeuta, mundo interno/mundo externo etc. y se vuelve inutilizable para el enfermo.

Será necesario esperar a que haya suficiente discriminación entre lo psicótico y lo



no-psicótico, para poder abordar desde la transferencia neurótica los aspectos más enfermos. Lo conseguiremos mediante interpretaciones clivadas, que vayan permitiendo al enfermo conocer y hacerse cargo primero de su personalidad no psicótica (que tiende a confundir de entrada con su locura total, para evitar el conflicto) y desde ella posteriormente, podrá ir aproximándose a su parte psicótica, asumiéndola como parte y no todo y estableciendo intercambios integradores entre ambas.

En otros pacientes, en principio menos graves, la transferencia neurótica bien establecida permitirá que en el transcurso del tratamiento, el enfermo pueda acceder a la parte no neurótica de su personalidad y producir un verdadero episodio psicótico, que no hubiera podido afrontar sin todo el trabajo transferencial previo en lo neurótico.

Desde luego resulta muy difícil establecer límites claros entre la psicosis transferencial por un lado y la neurosis transferencial por otro (que siempre se establece, aún en los pacientes más perturbados). El trabajo de discriminación aparece como una de las tareas esenciales del tratamiento de los estados psicóticos.

## La Contratransferencia

Consiste en la respuesta emocional del terapeuta a los estímulos que provienen del paciente, como resultado de la influencia del enfermo sobre los sentimientos inconscientes del médico.

Concebida en principio como un obstáculo en la relación analítica, a través de los años ha ido demostrando su enorme valor terapéutico al permitir comprender (por sus "efectos") precisamente las más primitivas y silentes identificaciones proyectivas.

En el trabajo con enfermos psicóticos, la primera y más generalizada manifestación contratransferencial es **la angustia** y esta vivencia

es tan frecuente que si un profesional no la ha reconocido en sí mismo en diversos momentos, es porque está haciendo una negación (y psicótica por cierto).

La angustia dará lugar a diversas defensas contratransferenciales: todas ellas tratarán de incapacitar al terapeuta, impidiéndole colocarse en la posición técnica adecuada.

Es característico que estos pacientes nos preocupan permanentemente, más que cualquier otra patología y también nos ocupan hasta el punto de que, en algunos momentos del tratamiento, "se nos meten dentro" y habitan nuestro propio espacio interno.

Es también conocido que frecuentemente estos enfermos hacen sentir al terapeuta una convicción omnipotente de que solo él puede comprenderles, ayudarles, curarles... Este sentimiento contratransferencial trae como consecuencia otros de desprecio y hostilidad hacia cualquier otra persona (allegada o profesional) que se piense vaya a "entrometerse" en la vida o en el tratamiento del paciente. Si no desenmascaramos esta situación claramente contratransferencial, podemos poner en peligro, por hiperprotección, la evolución del enfermo.

En la misma línea de respuestas contratransferenciales, estaría la consideración de que cualquier progreso del paciente (en su realidad interna o externa) es en el fondo un logro del terapeuta.

Y finalmente, un peligro más a la hora de abordar la posible finalización del tratamiento: como evidentemente un enfermo psicótico nunca está totalmente curado, siempre hallaremos argumentos y motivos para retenerle, aunque esto pueda ir en contra de lo más adecuado para el paciente.

Bion apela al "sentido común" como herramienta esencial en el manejo de estos pacientes:



Necesitaremos utilizar la intuición, la prudencia, la previsión, todos los sentidos y también la experiencia de los demás y aún así debemos ser conscientes de que con el psicótico, siempre estaremos verdaderamente al descubierto.

Y en todo tratamiento de un enfermo psicótico se llega a un momento en que el paciente se hace consciente de su gravedad... Podremos sentir contratransferencialmente el deseo de suavizar y relativizar esa dolorosa toma de conciencia, pero si lo hacemos habremos echado por tierra e invalidado cualquier trabajo previo. Mentir —aunque sea piadosamente— a un paciente siempre traerá consecuencias dañinas, pero si se trata de un psicótico, éstas pueden llegar a ser irreparables.

## Recapitulando

En definitiva, y partiendo de la realidad básica de que con ningún paciente, pero mucho menos con el psicótico hay recetas fiables, lo que yo propongo es que:

- En todo enfermo psicótico hay una parte no psicótica de la personalidad.
- La parte no psicótica de la personalidad es susceptible de establecer una transferencia neurótica.

- La neurosis de transferencia permite que las identificaciones proyectivas puedan ser discriminativas.
- La discriminación favorece la reintroyección en el yo.
- El yo capaz de asumir reintroyecciones se fortalece.
- Un yo suficientemente fuerte puede integrarse.

No se trata de decir que al enfermo psicótico no hay que señalarle sus componentes más insanos. Por supuesto que habrá que interpretarlo todo, al menos hasta donde alcancemos... Se trata más bien de una cuestión de "timing": de cuándo, cuánto y qué mostrar, para que de verdad sea útil y no hagamos iatrogenia. Freud decía que el sueño es una psicosis. Con humor, nos podríamos preguntar: ¿de qué sirve interpretárselo a un paciente mientras duerme?.

En resumen, el paciente psicótico necesita un tiempo de asentamiento de la transferencia neurótica (de la que es capaz, no lo olvidemos, desde la parte no psicótica de su personalidad) antes de que se puedan abordar sus aspectos más insanos. Toda urgencia en la interpretación directa de lo psicótico puede aumentar la confusión, cuando no los aspectos delirantes.

### Contacto:

José M<sup>a</sup>. Erroteta  
S<sup>o</sup> de Psiquiatría del Hospital de Cruces.  
Barakaldo. Bizkaia



---

## BIBLIOGRAFÍA

- Bion, W.R. (1957): Differentiation of the Psychotic from the non-Psychotic Personalities. *Int. J. Psycho-Anal.* XXXIII, 3-4, 1957.
- Bleger, J. (1965): *Simbiosis y ambigüedad, Estudio psicoanalítico*. Buenos Aires, Paidós, 1967.
- Crespo, L.F. (1999): *La identificación proyectiva en las psicosis*. Madrid, APM Biblioteca Nueva, 1999.
- Erroteta, J.M<sup>a</sup>. (2007): *La transferencia en la psicosis*. *Rev. de Psicoterapia y Psicósomática*, año XXVII, N° 65, Mayo 2007.
- Freud, S. (1911[1910]) *Caso Schreber*. Vol XII.  
(1914): *Recordar, repetir y reelaborar*. Vol XII.  
(1916-1917) 27<sup>a</sup> Conferencia: *La transferencia*. Vol. XVI.  
(1940[1938]): *Esquema del Psicoanálisis*. Vol XXIII.  
Obras completas XXIV Vol. Buenos Aires, Amorrortu, 1992.
- García Badaracco, J. (1985): Identificación y sus vicisitudes en las psicosis. La importancia del objeto enloquecedor. *Rev. de Psicoanálisis*, tomo XLII, N°3, Buenos Aires.
- Klein, M. (1946): *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*. Obras Completas IV vol. (vol.3) Barcelona, Paidós, 1994.
- Racamier, P.C. (1980): *Les schizophrens*. Paris, Payot, 1980.
- Rosenfeld, H. (1971): A clinical approach to the psychoanalytic. *Theorie of the Life and Death Instincts. An investigation. The aggressive aspects of narcissism*. *Int. J. Psycho-Anal.* Vol.52, part.2, 1971.
- Segal, H. (1957): Notes on symbol formation. *Int. J. Psycho-Anal.* Vol 38. 1957.
- Tausk, M. (1919): *Acerca de la génesis del aparato de influir en el curso de la esquizofrenia*. México, Gedisa, 1983.