

Rosenfeld, H. (1987). Impasse e interpretación: Terapéutico y ... Nueva Biblioteca de Psicoanálisis, 1:1-318. Londres: Tavistock.

THE NEW LIBRARY OF PSYCHOANALYSIS

(1987). Nueva Biblioteca de Psicoanálisis , 1 : 1 a 318 . Londres: Tavistock .

Impasse e interpretación: factores terapéuticos y anti-terapéuticos en el tratamiento psicoanalítico de la psicosis, borderline, y los pacientes neuróticos

Herbert Rosenfeld

Contenido

Agradecimientos	vii
Primera parte: Introducción	2
1. Un enfoque psicoanalítico para el tratamiento de psicosis	3
Segunda parte: Contribución del Analista de tratamiento con éxito y sin éxito	
2. Algunos factores terapéuticos y Anti-terapéutico en el funcionamiento del analista	31
3. Desglose de la comunicación entre el paciente y el analista	45
Tercera parte: la influencia del narcisismo en la tarea del analista	
4. El Omnipotente narcisista Estructura Carácter: Un caso de hipocondría crónica	65
5. Los pacientes narcisistas con reacciones terapéuticas negativas	85
6. El narcisismo destructivo y el instinto de muerte	105
7. El problema del Impasse en el tratamiento psicoanalítico	133
Cuarta parte: La influencia de la identificación proyectiva en la tarea del analista	
8. La identificación proyectiva en la Práctica Clínica	157
9. La identificación proyectiva y el problema de contención en un paciente psicótico Borderline	191
10. Otras dificultades en la contención de la identificación proyectiva	209
11. La identificación proyectiva y la transferencia psicótica en la esquizofrenia	220
12. La identificación proyectiva y dificultades contratransferencia en el curso de un análisis con un paciente esquizofrénico	241
Quinta parte: Conclusión	
13. Afterthought: Cambio Teorías y evolución de las técnicas de psicoanálisis	265
Apéndice sobre el tratamiento de estados psicóticos de Psicoanálisis - un enfoque histórico	281
Referencias	321

Agradecimientos

Quiero aquí dar las gracias especialmente a los miembros del Comité de Publicaciones de la británica Psicoanalítica Sociedad , el Dr. Ron Britton y después el Sr. David Tuckett que me ayudó a remodelar los capítulos del libro y me animó a añadir el documento final. Ocurrencia posterior, en el que centrar la atención en el desarrollo de mis ideas. Sra. Elizabeth Spillius asistido a la crítica cuidadosa y la Sra. Jane Temperly con la lectura y corrección de los borradores.

También quiero dar las gracias a todos los colegas que contribuyeron al libro con la presentación que me caso el material de pacientes difíciles, sobre todo en los seminarios y todos aquellos pacientes cuya analítica materiales que he utilizado en este libro.

Estoy en deuda con mi secretaria, la señora Willans, cuya devota escribiendo al dictado era esencial para mi trabajo, la Sra. Jackie Craisatti, quien capítulos escritas en el procesador de texto y realizar la configuración final y corrección del libro posible, y la Sra. Jill Duncan que ayudado con la bibliografía.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- VII -

Primera parte: Introducción

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 2 -

1. Un enfoque psicoanalítico para el tratamiento de psicosis

Los pacientes que sufren de psicosis severa enfermedad, los que están gravemente narcisista, y los que no mejoran o empeoran a medida que avanza el tratamiento psicoterapéutico siempre han sido un foco especial de mi interés. En este libro, basado en el material de mi propia práctica y de las de los psicoanalistas y psicoterapeutas que he supervisado en los últimos veinte años, me quiero dar un esbozo de las ideas que he desarrollado sobre estos pacientes. En la segunda parte del libro, presentaré mis ideas acerca de la contribución específica del analista o terapeuta puede hacer para influir en el paciente para mejor o peor. En la tercera parte, voy a exponer lo que pienso de una comprensión y acercamiento a los problemas creados por lo que hemos llegado a término correcto narcisismo "son esenciales para que el analista ha de funcionar terapéuticamente. En la cuarta parte, discutiré las complejas formas en que los aspectos de la proyectiva identificación pueden tanto ayudar y socavar la relación terapéutica.

Es el centro de mi pensamiento analítico que la psicoterapia puede ser una enorme influencia en los pacientes muy perturbados, pero esta influencia puede ser tanto para bien y para mal. Algunos de los tratamientos que discutiré no terminó bien, aunque no creo, porque los pacientes estaban más allá de ayuda. Lo que sucedió fue que un impasse desarrollado en la relación entre paciente y analista, algo que puede ocurrir muy fácilmente con un paciente psicótico, y esto no se puede superar. Yo creo que esos impasses son a menudo creadas por la respuesta del terapeuta a las comunicaciones del paciente y se pueden evitar al poner cuidadosa atención a lo que el paciente dice. Es mi convicción de que el paciente psicótico discurso y el comportamiento (en particular en las sesiones), invariablemente, hacer una declaración acerca de su

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 3 -

relaciones con el terapeuta. En este contexto, es importante que el terapeuta presta atención minutos para las comunicaciones del paciente y tratar de conceptualizar y entender lo que significan estas comunicaciones en la transferencia de relación. Sin embargo, para proporcionar algunos antecedentes de estos puntos de vista, quiero usar este primer capítulo de decir algo sobre el desarrollo de mi propio pensamiento y terapéuticos técnica y las experiencias clínicas que llevaron a ella.

Principios

Mi interés en la medicina psicológica comenzó durante mi médico de formación en Alemania, y mi tesis de MD se ocupó de la influencia de los 'múltiples ausencias de la infancia'. Sin embargo, no tuve oportunidad de proseguir el estudio de niños con trastornos o adultos en la Alemania de 1933 y '34. El régimen de Hitler prohibió a los médicos no arias de tener contacto personal con sus pacientes. Al llegar a Inglaterra tenía la intención de ejercer la medicina en general durante varios años antes de seguir mi interés psicológico. Pero fui catapultado para convertirse en un psicoterapeuta después de pasar mi examen de habilitación para ejercer la medicina en Gran Bretaña en el otoño de 1936. En ese momento el Ministerio del Interior estaba dispuesto a permitir que los médicos extranjeros sólo con experiencia, por lo general especialistas, para permanecer en el Reino Unido para la práctica, y por lo que fue uno de los que se pidió que abandonara una vez que estaba calificado. Sin embargo, una investigación más profunda sobre la posibilidad de convertirse en un psicoterapeuta, para los cuales no había aberturas en Gran Bretaña, me encontré con que la Clínica Tavistock tenía un curso de dos años de formación psicoterapeutas y de inmediato solicitó y fue aceptado por ella.

En el período de espera de nueve meses, antes de empezar en el Tavistock tuve éxito en conseguir primero un trabajo de suplencias en un hospital psiquiátrico cerca de Oxford y más tarde uno en el Hospital Maudsley, Londres. En el hospital psiquiátrico cerca de Oxford tuve que buscar después de 350 pacientes, la mitad de la población de pacientes. Sólo había tres médicos para mirar después de cerca de setecientos pacientes: el Superintendente a cargo del hospital y de su administración, un colega de más edad, y yo. Mi colega de más edad, que había estado trabajando en el servicio psiquiátrico durante muchos años, me presentó a mi trabajo explicando que había muy poco trabajo que hacer. Después de vez en cuando ver una nueva entrada, mi tarea consistía en hacer rondas de las salas. En conjunto me volvería a trabajar no más de una hora y media de la mañana y que entonces serían libres para el resto de la mañana y la tarde. De hecho, aparte de su ser atendidos en el hospital físicamente, se le dio ningún tratamiento a los pacientes.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 4 -

Me decidí a buscar entre las nuevas admisiones para los pacientes que podrían ser adecuados para la psicoterapia. He seleccionado un paciente diagnosticado catatónico esquizofrenia. Tenía ataques severos de excitación catatónica cada cuatro semanas, que siempre duraban una semana. El paciente, Edgar, había estado en el hospital durante más de un año, y el personal se quejaba de que era poco cooperativa, no hacer ningún trabajo en las salas, y fue en tiempos violentos. Sin embargo, parecía ser muy amable conmigo. Le pregunté al superintendente si estaría de acuerdo en que yo podría practicar algunas sencillas psicoterapia con Edgar. Al mismo tiempo me pregunté si él estaría de acuerdo, si una mejora iba a tener lugar, que tal resultado se había logrado por la psicoterapia. Pocos en Inglaterra cree que la psicoterapia puede tener un efecto apreciable, por lo que cualquier mejora que se llamaba una "remisión". Aunque no cabe duda de que las remisiones eran comunes, obviamente había una diferencia entre una remisión espontánea y uno que era debido a alguna influencia positiva externa, como un enfoque psicoterapéutico. Tal hipótesis implicaría que la esquizofrenia puede tener una base psicógena, que en ese momento no era aceptable para los psiquiatras en el Reino Unido -, aparte quizás de RD Gillespie y uno o dos más, como Clifford Scott, quien no había entonces conocido. En cualquier caso, el Superintendente de acuerdo conmigo en que Edgar aparecido crónica, por lo que cualquier mejora tendría que atribuirse a mi trabajo con el paciente.

Cuando hablé con Edgar, me explicó que tenía que soportar descargas eléctricas cada noche, cuando iba a la cama. Esto ocurrió aproximadamente cada pocas semanas y lo hacía sentirse muy perturbada. Me di cuenta de que lo que él estaba describiendo era una ilusión de ser influenciado por una máquina, una condición Tausk descrito en 1919 (**Tausk 1919**). Edgar me hizo muchas preguntas y fue muy amable. Él fácilmente escuchó mis explicaciones sobre las sensaciones físicas que le inquietaban, que pensé que eran principalmente los sentimientos sexuales. Parecía ser un completo ignorante sobre el sexo. Cuando le informé de ello, parecía que le permitía convertirse en menos miedo de sus sentimientos sexuales y aceptar de ellos. Estaba muy agradecido y me preguntó qué podía hacer por mí. Le dije que sería útil si pudiera mostrar su aprecio por cooperar en la sala y así hacer más fácil para todo el mundo. Procedió a hacerlo. A partir de este momento en adelante entusiasmo periódico de Edgar dejó, y lo vi sólo ocasionalmente. Cuando salí del hospital mental de un mes o dos más tarde, no habían sido dados de alta. Sin embargo, cuando volví a seis meses más tarde le pregunté al Superintendente de él y lo que el Superintendente ahora pensé en tratamiento psicológico. Se sorprendió por mi

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 5 -

cuestión. Él dijo que el paciente había sido dado de alta. Había sido una remisión inesperado!

Este tipo de respuesta al tratamiento psicológico era algo que tenía que acostumbrarse a cuando más tarde ese año trabajé en el Hospital Maudsley durante unos meses. Allí, tuve la oportunidad de tener conversaciones con médicos Slater y Gutman, dos psiquiatras bien conocidos de la época. Le expliqué al doctor Gutman que yo estaba interesado no sólo en la toma de historias de casos detallados, sino también en el seguimiento de los pacientes durante un tiempo y en hablar con ellos regularmente. Él no se opuso a lo que yo quería, pero consideré que hablar con los pacientes para cualquier propósito otro que el de hacer un diagnóstico era una completa pérdida de tiempo. Tenía que darse cuenta de que la esquizofrenia era una orgánica enfermedad, y hablando podría no tener efecto causal sobre su aparición y desaparición.

Mientras trabajaba en el Maudsley que mantienen una mente abierta. Eliza, un paciente que observé, era un esquizofrénico chica de dieciséis años que fue severamente retraída y se negó a hablar con nadie ni para participar en ninguna actividad profesional. Ella me explicó que era imposible que ella sea parte de un mundo donde las cosas horribles estaban sucediendo. Ella dijo que había nacido a través de un agujero en el cuerpo de su madre que le disgustaba en la medida en que ella sentía que la vida era inaceptable. Eliza dijo que había descubierto este hecho poco tiempo antes de que su enfermedad comenzó y que el conocimiento había vuelto la violencia contra su madre. Eliza me pareció un caso similar al de Edgar, el joven catatónico que habían respondido al enfoque psicológico muy sencillo hablar de su sexualidad, que había intentado en el hospital cerca de Oxford, pero lamentablemente no se le permitió tratarla.

De hecho, he visto sólo unos pocos pacientes con regularidad en el Maudsley. Uno de ellos, a quien llamaré Edward, era muy inteligente, sufría de delirios paranoides, y estaba muy retirado. Había tenido dos o tres ataques esquizofrénicos, que duró unos pocos meses y de la que siempre había habido una remisión espontánea. Él parecía tener muy poco conocimiento de mí cuando hablé con él, y cuando dejé el Maudsley no parecía haber mejorado. Sin embargo, dos años más tarde, cuando estaba trabajando en privado, me puse en contacto con el paciente padre. Edward aparentemente había estado hablando con su padre acerca de mis visitas a él en el hospital y durante los años siguientes le había pedido al padre una y otra vez para tratar de averiguar si podía venir a verme. Desde mi salida del Maudsley, Edward había tenido varios ataques esquizofrénicos bastante más graves de los tipos paranoide. Lo vi por una consulta, y él estaba muy contento de verme. Él pidió que fuera con regularidad, y que dispone para verlo dos veces a la semana.

Edward fue en general muy descuidadamente vestido y sin afeitarse pero

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 6 -

que siempre llegue a tiempo e informar algunos problemas relacionados con el mismo. No recuerdo ahora los detalles de mis conversaciones con él, pero me reconoció en el momento que muchas de las historias que me contó tenían algún simbólico significado, y esto me gustaría explicarle. En ese momento yo no sabía nada acerca de la transferencia de análisis, y muy poco de que hubiera entrado en este tratamiento. Sin embargo, después de unos seis meses Edward empezó a vestirse mucho mejor y apareció en la sala de consulta bien afeitado. No había sido capaz de trabajar durante muchos años y ahora estaba dispuesto a hacer algo. Por lo tanto, cuando su internado, que había dejado unos siete años antes, pidió que él como un maestro, se sentía ansioso por aceptar. Esto parece bastante arriesgado, pero de hecho, decidió sin ninguna duda a hacerlo, y el trabajo fue un gran éxito. Sin embargo, desde este momento en adelante se mostró reacio a verme, diciendo que temía que volver a mí le recuerda de su anterior enfermedad. Su padre informó a mí de vez en cuando que él estaba haciendo en bien, pero tuve que aceptar la necesidad de Edward para mantener su estado esquizofrénico escisión en el control, evitando mí. Más tarde me di cuenta de que esta es una respuesta típica de los pacientes que logran una mejora en la psicoterapia, pero que no trabajan lo suficiente en el proceso de una transferencia de análisis. Mi opinión actual es que es sólo cuando el proceso psicótico, en particular los de división mecanismos, se trabajó a fondo a través en el tratamiento psicoanalítico que volver a visitar el terapeuta recuerda al paciente no sólo de la anterior enfermedad, sino también de la ayuda que ha podido conseguir.

Mis experiencias con Edgar, Eliza, y Edward me hicieron todo optimista sobre el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos - o por lo menos, sobre la comunicación con ellos - y esto fue una gran influencia en mi carrera. ¹ Mi enfoque en aquellos días era muy simple, ya que tenía poco conocimiento de la psicoterapia o el psicoanálisis ni de analizar la transferencia de la relación entre el paciente y el terapeuta. Sin embargo, algunas características de lo que hice entonces siguen siendo una parte central de mi enfoque. Siempre me sentí a gusto con la idea de que el paciente estaba tratando de comunicar algo y por eso traté de adoptar una actitud muy abierta con la esperanza de que esto ayudaría a hacerlo. En este estaba casi siempre con éxito, e incluso los pacientes persistentemente mudos menudo me habló. También traté de adoptar una actitud empática, tratando de ponerme lo más posible en el estado de ánimo del paciente. Mirando hacia atrás, creo que los pocos pacientes que respondieron bien a este tratamiento sencillo probablemente sintieron ayudados por la experiencia de mí tan cerca de ellos y tan capaz de mantenerlos juntos. Por supuesto, las mejoras que se realizaron fueron superficiales. Por otra parte, los "mecanismos" de la "cura" se basan más probable en la idealización de

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 7 -

el terapeuta y la idealización de la relación paciente-terapeuta. ² En este momento temprano que no estaba al tanto de los peligros de un enfoque terapéutico no calificados a la psicosis, como la importancia del análisis de la transferencia y los mecanismos detallados psicóticos otros y yo llegué a formular eran un libro cerrado para mí. Sin embargo, las experiencias en sí eran los muy poderosos que recuerdo y que me ayudó a formular mis ideas después. Como espero demostrar en los capítulos siguientes, calificados psicoterapia de la psicosis es un peligro para el terapeuta personalidad, ya que inevitablemente estimula sus sentimientos de omnipotencia y la impotencia. Afortunadamente, era obvio para mí en esos días que sólo había muy pocos pacientes esquizofrénicos que fueron capaces de responder a la simple comprensión empática que le estaba ofreciendo con temporal, menos aún con la duración, la mejora.

Después de trabajar en el Hospital Maudsley empecé mi curso de psicoterapia en la Clínica Tavistock. Capacitación en el Tavistock en psicoterapia entonces consistía en una cierta forma de análisis por alguien en el personal o fuera de la clínica, el tratamiento de varios pacientes, que fueron atendidos tres veces al semana, y la supervisión una vez por semana por un miembro del personal. En aquellos tiempos no se podía elegir que supervisó el trabajo de uno, y esto, junto con el hecho de que mi analista en ese momento me dio muy poca comprensión, era frustrante. Sin embargo, me fui por algún tiempo, y varias experiencias de otros eran, creo, formativa a mi después de pensar.

Uno de mis pacientes en la Clínica Tavistock, Thomas, habían sido diagnosticados como sufriendo de obsesiones. La mayoría de los pacientes fueron tratados en el sofá, pero Thomas se negó a acostarse. Sin embargo, se formó un fuerte positivo transferencia y tuvo poca dificultad en hablar. Estaba fascinado por el cáncer y la investigación del cáncer y él también estaba muy interesado en experimentar con la muerte. Por ejemplo, describiría cómo iba a encender el gas en su casa y estimar el tiempo que tomaría antes de que él podría ser superada por los humos y perder la conciencia. Se trataría de apagar el gas justo antes de que ocurriera este evento. Obviamente se trataba de una forma muy peligrosa de comportarse, y también se hizo evidente que no estaba sufriendo simplemente de pensamientos y comportamientos obsesivos. Detrás de esto fue un verdadero trastorno del pensamiento psicótico. Mis colegas de alto nivel de la Clínica Tavistock estaban convencidos de que el paciente era esquizofrénico y estaban probablemente en lo cierto. Como resultado me pidieron que interrumpir el tratamiento.

Suspender el tratamiento de Thomas era doloroso para el paciente y yo. En ese momento yo no estaba muy claro si podía ayudarle o cómo podría evitar que uno de sus experimentos de ir mal, así que

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

regañadientes lo convenció de ir a un hospital mental para su tratamiento. Finalmente aceptó, pero me escribió cartas patéticas del hospital diciéndome que no era mejor y que se sentía abandonado por mí. No volvió a mí para el tratamiento después de salir del hospital - algo por lo que yo no lo culpo. Yo tenía claramente una muy pobre conocimiento de la psicopatología y le ofrecí una forma más primitiva de tratamiento. Por otra parte, yo le había defraudado.

Mi sensación de que me había dejado Thomas me decidió por que siempre que sea posible en el futuro me gustaría tratar de tratar a un paciente esquizofrénico que me ofrecieron para el tratamiento, y seguiría con ellos siempre que sea posible. En el evento, cuando me clasifiqué para hacer el trabajo privado con los pacientes en el otoño de 1938, un colega de más edad, el Dr. BB de la Clínica Tavistock, me envió un paciente esquizofrénico que había tratado durante muchos años. El paciente provenía de una familia de cuáqueros y de joven había sido muy ignorantes y asustados por el sexo. Cuando tenía unos veinticinco años había desarrollado un delirio que le enseñaba el sexo de su madre quería que tuviera relaciones sexuales con ella. Cuando había procedido a introducirse en la cama con ella una noche que había bruscamente rechazada él, y poco después había intentado suicidarse y tuvo que ser hospitalizado. Fue enviado a Bowden House, una clínica privada cerca de Londres, donde el Dr. BB había trabajado como asistente del Director, el Dr. Crichton-Miller. El paciente tenía delirios paranoides de referencia durante muchos años después había pasado el episodio esquizofrénico agudo, y el Dr. BB intentó tratar al paciente principalmente por re-educación, el estímulo, y las relaciones sociales amigables. Dr. BB había reconocido que el esquizofrénico ruptura tuvo un origen psicógeno, pero su enfoque era puramente intuitiva. Durante un período de más de diez años ha habido una cierta mejora, pero cuando el Dr. BB él se refería a mí el tratamiento se quedó atascado. Traté a este paciente desde 1938, cuando se discutió en detalle la ambivalente relación que existe con el Dr. BB Fundamentalmente el paciente no sintió entendida y rechazada por su muy activa del tratamiento, que es indiscreta y seductora. Mi enfoque no invasivo, con la que se sentía más cómodo, también fue idealizado. Durante los primeros años de la Segunda Guerra Mundial, la paciente acudió sólo ocasionalmente, pero luego vino regularmente desde hace más de diez años, y en ocasiones a partir de entonces. En el transcurso del tratamiento que poco a poco se hizo más capaz de trabajar como conserje en una residencia psiquiátrica, y sus relaciones con otras personas mejora. Incluso tenía una mujer de un amigo durante muchos años a pesar de que nunca logró una relación muy estrecha con ella.

Mi experiencia con el paciente del Dr. BB dirigió mi atención sobre los peligros si el terapeuta se convierte idealizada o parece ser seductora

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

o inoportuna. Un segundo paciente, visto por un período corto durante 1939, hizo hincapié en el problema. Ella era una joven muchacha que tenía delirios sexuales de la gente que desea casarse con ella. Durante el tratamiento de los delirios se podían ver con claridad dentro de un marco de Edipo, y su interpretación sólo deseos sexuales incestuosos demasiado obvios en relación a mí mismo. Por ejemplo, después de que ella me había dicho que una voz apenas le había dicho que iba a casarse en el plazo de un mes señalé que ella había empezado a preocuparse por mí y esperar que me casaría con ella. Para mi sorpresa, estas transferencia interpretaciones lamentablemente la hicieron mucho peor, sus delirios aumentado, y tuvo que ir a un hospital mental por un largo tiempo. Me sentí muy mal por este resultado, pero con el tiempo me ayudó a darme cuenta de que las interpretaciones de abiertamente edípica materiales eran muy peligrosos en la esquizofrenia. Este fue un descubrimiento importante que finalmente me permitió formular ideas sobre la naturaleza concreta del psicótico pensamiento y sentimiento y su influencia en la forma en que las interpretaciones del analista pueden ser distorsionadas para que se oiga mal como sugerencias reales. Por esta razón la interpretación de sexual de material en la transferencia fue experimentada por el paciente como seducción. Sin embargo perturbar este empeoramiento de la condición del paciente había sido, también me convencido de que el enfoque psicológico era muy potente, si la psicoterapia fue capaz de hacer un paciente mucho peor que también debe ser capaz de hacer que él o ella mejor. Esta fue probablemente la primera vez que he tratado de analizar los delirios sexuales de una mujer paciente al interpretar los engaños, tanto en relación con su padre y en la transferencia. En otras palabras, la traté como si fuera uno de los pacientes neuróticos de quien tuve supervisiones en la Clínica Tavistock. Mis tratamientos anteriores de pacientes esquizofrénicos habían sido mucho más simple, y en una forma en que esto había sido una ventaja, porque no me despierto con problemas que no podía hacer frente a la hora.

La influencia de Melanie Klein

Al comienzo de la guerra que estaba trabajando en la Clínica Tavistock como psicoterapeuta, y en mis conversaciones con colegas allí el nombre de Melanie Klein y su manera de pensar era en general discutí con admiración y la interpretación. Parecía aceptó que había hecho contribuciones muy importantes para el psicoanálisis y la psicopatología, pero a pesar de la utilización de la terminología ninguno de los terapeutas en la Clínica Tavistock pero había tenido un análisis de ella o de sus colegas más cercanos. En esos días me sentí muy satisfecho con mi trabajo, sobre todo con mis pacientes muy difíciles. Mi esposa

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 10 -

tratamiento necesario en ese momento, y uno de los médicos de la Clínica Tavistock recomendado Dr Paula Heimann , que era un compañero de trabajo de Melanie Klein s '. Mi esposa discute con frecuencia su análisis conmigo, y yo estaba asombrado por la comprensión y el conocimiento que se ganó muy rápidamente. También me di cuenta que podía aplicar la mayor parte de lo que ella me dijo que mis pacientes difíciles y me di cuenta incluso con más fuerza lo limitado mi conocimiento era. Durante este período, me enteré de que Melanie Klein regresaba a Londres desde Pitlochry, Escocia, donde había sido evacuado por un tiempo. Como no era posible que se me llamaría a las fuerzas como un enemigo extranjero, aunque yo era un extranjero amistoso, decidí solicitar la formación en el Instituto de Psicoanálisis. Entonces vi a Melanie Klein , que me acepta para el análisis , y los miembros de la formación del Comité de los británicos Psicoanalítica Sociedad , que me aceptó para la formación . El análisis con Melanie Klein fue una revelación para mí desde el principio. Me sentí particularmente receptivo a análisis , y Melanie Klein tenía la capacidad de entender de inmediato las inquietudes y problemas que me fueron preocupantes e interpretarlos a mí de una manera muy directa. Sin embargo, he experimentado los beneficios del análisis no sólo en mí mismo. Muchos de mis pacientes mejoran con la ampliación de mi experiencia psicoanalítica personal. Mi contacto con Melanie Klein como terapeuta y pensador inauguró una nueva fase de trabajo.

Mi segundo entrenamiento caso del Instituto resultó ser un paciente que padece un estado esquizofrénico con despersonalización . He publicado mi experiencia con este paciente en el primer capítulo de mi libro sobre los estados psicóticos (**Rosenfeld 1965**). Cuando vi por primera vez, Mildred había estado sufriendo de lo que ella llamaba *influenza* de cuatro a cinco meses. Dijo que se sentía cansado y enfermo y no podía levantarse por la mañana. También tuvo dificultades para sentir y pensar , porque su cabeza se sentía tan pesada. Durante las primeras etapas del análisis describió sus sensaciones y sentimientos con gran detalle. Dijo que se sentía débil y con sueño, medio inconsciente y apenas podía mantenerse despierto. A veces había algo como una manta que la separaba del mundo, y se sentía muerto ", no aquí", separada de sí misma. También indicó su conciencia del peligro de la locura porque ella dice con frecuencia que si se trató de unirse a este auto podría forzar su mente completamente fuera de la articulación. Mi supervisor para este paciente fue el Dr. Sylvia Payne, que tenía mucha experiencia diagnóstica y psicoanalítica. Ella me advirtió que el paciente sufría de una psicosis latente y pensaba que el análisis podría movilizar un estado de esquizofrenia aguda, por lo que iba muy probable encontrarme con un paciente esquizofrénico agudo que necesitaría hospitalización. Por esta razón, ella trató de persuadirme para detener el análisis . Estoy totalmente de

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 11 -

de acuerdo con el Dr. Payne sobre el peligro de la movilización del estado esquizofrénico y de la responsabilidad que tenía hacia el paciente. Pero también recordé vívidamente Thomas, mi primer paciente en la Clínica Tavistock. Sentía que le había fallado y creía firmemente que no podría repetir la experiencia. Terminación de un tratamiento podría tener consecuencias aún más graves, conduciendo al paciente más en su enfermedad , que si tuviera que seguir viéndola. Mildred me presenta a menudo con la experiencia de una especie de barrera o muro de piedra de la clase **Freud (1916)** describe como una característica de la experiencia de tratar a pacientes psicóticos y narcisistas. Esta vez espera que con más experiencia y una mejor comprensión, y con la ayuda de mi análisis , me gustaría encontrar una manera de tomar contacto con el estado psicótico de este paciente. Así que decidí que iba a continuar con el tratamiento de Mildred, y el Sr. Payne de acuerdo en que este paciente podría seguir siendo mi entrenamiento caso por el momento ser . Seguí reportar a ella.

Un requisito previo para el tratamiento psicoanalítico es que es necesario para producir suficiente contacto con los sentimientos y pensamientos del paciente para sentir y experimentar uno mismo lo que está sucediendo en el paciente. Estos procesos se han examinado con gran sensibilidad por **Money-Kyrle (1956)** . Hizo hincapié en que el analista empatía y comprensión , a diferencia de su teórico conocimiento , dependen de su capacidad para identificarse con aspectos del yo del paciente: por ejemplo, su yo infantil. También describió la interacción inconsciente entre el paciente y mentales del analista procesos y la necesidad de que el analista pueda ser consciente de lo que está pasando en el paciente y en sí mismo, con el fin de desentrañar e interpretar al paciente los aspectos que pertenecen para el paciente. Tal éxito como lo había logrado en el tratamiento de pacientes psicóticos hasta ahora había sido probablemente debido a mi capacidad para producir suficiente contacto con ellos para hacer algún tipo de interacción entre ellos y yo es posible. Sin embargo, con un paciente como emocionalmente bloqueado y negativista como Mildred esto era muy difícil. En el primer año de Mildred análisis me pareció muy difícil de entender su relación conmigo. Dicho de manera más teórica, sus transferencia reacciones eran tan peculiar que no podía reconocerlos. Sin embargo, como me di cuenta de que mi mente y mis propias respuestas a la paciente podría ser una guía para llegar a una mejor comprensión, examiné mi propia "contra- transferencia " al paciente de forma más completa. Mi análisis me ayudó a entender mis propias reacciones ante el paciente y también movilizó en mí aquellas áreas que corresponden a los niveles de infantil en el que el paciente estaba funcionando. Esto podría ser trabajado a través de mi propio análisis . Poco a poco, empecé a experimentar en mí mismo una serie de

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 12 -

mecanismos de defensa que fueron particularmente prominente en Mildred: es decir, los mecanismos esquizoides en el que el yo se divide y los aspectos tanto de lo bueno y lo malo de ella se proyectan en otras personas, en especial en el analista, un proceso que **Melanie Klein (1946)** describe como 'proyectiva identificación'. De esta manera me di cuenta de que muchos de mis dificultades con Mildred estaban relacionados con su intensa proyección de partes de sí misma en mí y que sus temores persecutorios de represalias. Como me di cuenta de sentirse bloqueado y defensiva en las sesiones, sucedieron dos cosas. No sólo podía entender Mildred mejor, pero también ella parecía más capaz de mostrar sus sentimientos abiertamente conmigo - presumiblemente porque se dio cuenta de que yo era más receptivo a lo que estaba pasando en ella.

Melanie Klein 's papel en "mecanismos esquizoides", que acabo de mencionar, se leyó a los británicos Sociedad en 1946 y fue un importante hito más. En ella elabora las ideas en su documento "Contribución a la psicogénesis de los estados maníacos-depresivos" (**Klein 1935**) de una manera importante. En 1935 se había descrito con cierto detalle diversos aspectos de los primeros infantiles relaciones de objeto, experiencias, mecanismos y defensas del ego, que ella veía como una característica de ciertas fases de infantil desarrollo. La primera fase, que dura aproximadamente cuatro a seis meses, se había llamado "la posición paranoide", debido a la calidad de las ansiedades predominantes en esa época temprana. Una tarde de fase, que pensó comenzó en algún lugar entre el cuarto y sexto mes, se había llamado "la posición depresiva", ya que durante este tiempo ansiedades infantiles y las relaciones de objeto supone una calidad depresivo. Ella sintió que las ansiedades tempranas del lactante tenían similitudes con las enfermedades psicóticas en desarrollo más tarde en la vida y en realidad se refiere a las ansiedades infantiles tempranos como "ansiedades psicóticas", que se creía que estaban regresiva revivido en las enfermedades psicóticas después. Ahora, en 1946, hizo hincapié en mayor detalle las primeras ansiedades infantiles y las defensas contra ellos - se centran en mecanismos como la escisión del yo, proyectiva identificación, la negación y omnipotencia. Ella consideró que éstos eran características de lo infantil temprana fase, la que ahora se llama 'la posición esquizoide, paranoide' para enfatizar la importancia de los esquizoides o dividir los mecanismos que había descubierto. Hizo hincapié en que, si las ansiedades paranoides principios y mecanismos esquizoides persistieron y no estaban suficientemente modificados durante la posición depresiva después, existía el peligro de que las enfermedades esquizoides o esquizofrénicos podrían desarrollar en la edad adulta.

El documento en el que me presenté mis experiencias con Mildred (**Rosenfeld 1947**) fue una aplicación rigurosa de Melanie Klein Ideas 's de mi experiencia y la comprensión del tratamiento de Mildred

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 13 -

psicótico enfermedad. El papel puede ser considerado como un uno fundamental en la historia del tratamiento de la esquizofrenia, ya que describe la importancia de analizar, en la *psicosis transferencia* que los pacientes les gusta Mildred desarrollar en su tratamiento, los infantiles relaciones de objeto y los mecanismos que persisten dentro de ellos y son constantemente promulgada. La importancia de reconocer y analizar tales psicóticos transferencia fenómenos durante el análisis de los pacientes psicóticos sigue siendo un aspecto fundamental de mi trabajo con los que voy a insistir en los capítulos posteriores. He descubierto que, una vez que estos fenómenos son reconocidos por aquellos que tratan de tratar a los pacientes psicóticos, algunos de los de ansiedad y misterio ayudándoles por la psicoterapia y el psicoanálisis desaparece. Los conocimientos que adquirí con Mildred proporcionado una base sólida para el desarrollo de mi trabajo y para la enseñanza de otros analistas de la manera de tratar a los pacientes psicoanalítica, y desde 1947 siempre han tenido al menos un paciente psicótico en el análisis. También ha habido una creciente comunidad de los que intentan tratar a los psicóticos por la terapia psicoanalítica influencia y una creciente literatura que describe sus esfuerzos - especialmente en América del Norte y del Sur.³

El reconocimiento de la psicosis de transferencia y la forma de tomar conciencia de que, con base en Melanie **Klein 1946** papel, abrieron el camino para mí a una comprensión mucho mayor de pacientes psicóticos y la naturaleza de las relaciones que se crean en el tratamiento. Algunos de los problemas generales importantes que presentan para el terapeuta y sus implicaciones para la formación y la técnica son la pena describir.

En primer lugar, uno de los aspectos más importantes del tratamiento de los pacientes psicóticos, que se hizo muy claro para mí en las experiencias que he descrito hasta ahora, es la necesidad de reconocer que se comunican con el analista de formas muy primitivas, no sólo verbal sino también por medios no verbales. No verbal comunicación se lleva a cabo en un gran número de formas, por ejemplo mediante un comportamiento simple, la postura y otras acciones como los movimientos corporales y expresiones faciales. Además del tono de voz y, a continuación, la expresión de diferentes sentimientos o de la falta de sentimientos se hacen a menudo. Hay, sin embargo, un número adicional de la comunicación no verbal que se transmiten por el paciente de proyección de sus propios sentimientos en el analista o el ajuste analítica. Estos son a menudo difíciles de definir o para observar por medios visuales o auditivos. No obstante, es fácil darse cuenta de la fuente

de estos pacientes tienen que crear una atmósfera cargada emocionalmente. Algunos de sus proyecciones van acompañadas de fantasías que tienen un fuerte dinamismo fuerza, y estas fantasías son a menudo experimentado por el paciente, tan real que adquieren un delirante personaje . Tales proyecciones delirantes parecen ejercer un fuerte

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 14 -

influencia hipnótica sobre el analista, lo que puede interferir con sus funciones. Pueden dar lugar a la colusión y actuar por el analista o al sentimiento analista de intrusión en y abrumado por la proyección . En otras palabras, no sólo el paciente sino el analista siente que la proyección tiene un elemento realista: por ejemplo, cuando un analista siente algo está siendo forzado en él por el paciente. Tales experiencias inquietantes creados por el paciente en el analista deben desaparecer tan pronto como el analista se vuelve capaz de darse cuenta de lo que ha estado pasando. Alteraciones duraderas en el analista se llevan a cabo sólo si sus sentimientos se vuelven inextricablemente entrelazados con los del paciente. A través de los años, probablemente a través del desarrollo de mi propio ser interior y la personalidad y una gran cantidad de experiencia, los sentimientos de enredo con mis pacientes se han convertido, afortunadamente, la excepción más que la regla. Los pacientes a menudo temen que, por su proyección de que puedan dañar el analista, y estos temores se hacen realidad si el analista no es capaz de trabajar bien con las proyecciones del paciente.

En la recepción de las comunicaciones no verbales, en particular los sentimientos transmitidos por proyección , el analista tiene que estar bastante seguro de que puede distinguir entre sus propios sentimientos y emociones y experiencias proyectadas del paciente. A menudo toma un tiempo para diagnosticar la situación. Al principio uno puede ser consciente de que sólo surge una tensión interna. Entonces uno puede darse cuenta de que algo está pasando dentro de uno que es difícil de entender. En esos momentos uno puede tener que permanecer en silencio y dejarse abrir aún más por lo que la proyección de que el paciente no quede bloqueado por la reacción de defensa personal de cada uno. Entonces, uno puede darse cuenta, por ejemplo, de sentirse pequeño, herido, impotente y sin poder hacer frente a cualquier situación. En estas situaciones, el paciente puede exteriormente haber estado hablando en un agresivo o asertivo voz acompañada por un comportamiento similar cuando de hecho ha estado proyectando una parte indefensa infantil en uno. La única forma en que el analista da cuenta de esta proyección es por una experiencia repentina de la situación emocional, lo que representa un aspecto de la paciente en su propia experiencia interior. Por esta razón, la capacidad de recoger proyecciones no verbales del paciente es esencial en el tratamiento de pacientes psicóticos.

Una segunda cuestión general en el tratamiento de pacientes psicóticos es que el analista debe considerar la cantidad de su experiencia perceptiva debe ser comunicado al paciente, en qué forma y en qué momento. Ya he mencionado los problemas de interpretación en el nivel equivocado - como cuando los deseos sexuales se interpretan, pero luego experimentaron como una seducción por parte del paciente. Otra cuestión urgente es la cuestión de la oportunidad. En algunas situaciones se puede interpretar *demasiado* rápidamente lo que se ha reconocido, con el resultado de que el paciente experimenta

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 15 -

lo que se dice como un rechazo de él. Lo que ha ocurrido en estos casos es que a través proyectiva identificación del analista se ha experimentado concretamente como la expulsión de los sentimientos proyectados y así expulsar el paciente también. Por esta razón, el analista debe aprender a contener los sentimientos que el paciente crea en él durante un tiempo considerable antes de que los pueda interpretar al paciente. Esta contención no debe confundirse con la falta de acción. El analista tiene todavía para identificar las proyecciones del paciente y *de verbalizar a él lo más rápido posible*, de lo contrario no será capaz de entender los detalles de la paciente la comunicación o saber cuándo y qué interpretar. Como algunos de mis ejemplos anteriores han puesto de manifiesto, los pacientes psicóticos creen muy concretamente, participar en proyecciones abrumadoras, y obtener muy fácilmente confundidos. Como resultado de la transferencia de la relación con este tipo de pacientes está en constante cambio, con un peligro considerable de que las comunicaciones pueden romper y un malentendido grave, lo que lleva a un aumento de la ansiedad y el callejón sin salida, se puede establecer pulg Por esta razón, una parte importante de la técnica es tratar entender cuidadosamente y específicamente lo que el paciente quiere proyectar. Cuando uno comienza a darse cuenta de lo que está pasando en detalle, uno puede entonces tratar de traer un número de diferentes aspectos o partes de los pacientes personalidad significativa juntos. Estas piezas suelen existir en una forma escindida, que evita que el paciente entender y pensar acerca de sí mismo. Esta forma de integración de interpretación parece tanto para ayudar al paciente a recuperar su funcionamiento mental y fortalecer su ego, mientras que poco a poco la interpretación de los diversos aspectos que se proyectan hacia el analista puede simplemente aumentar la confusión.

Además de la cuestión de la oportunidad, está la cuestión de cómo dar interpretaciones que tengan sentido emocional para el paciente. Algunos analistas, como Searles (1965), han tratado una serie de diferentes técnicas para llegar a los pacientes psicóticos. Por ejemplo, las proyecciones están hechas se pueden aclarar al paciente al tratar de actuar y desempeñar el papel de otra persona con el fin de hacer la relación más viva. Yo mismo no me siento que es útil para mí para

representar cualquier papel particular que se ha asignado a mí por un paciente psicótico, debido al riesgo de confusión. Sin embargo, cuando la materia de un paciente parece particularmente distante y muertos, yo siento que es importante hacer las interpretaciones animado y significativo y así para ilustrar lo que realmente ha estado sucediendo. A menudo, esto ha demostrado ser muy útil, pero muchos pacientes psicóticos y sobre todo también dudosos, que están congelados porque están ocultando su terror por falta de vida, se convierten en terror cuando uno trata de dramatizar las interpretaciones. Esto es similar con niños pequeños. Algunos bebés disfrutaban de una

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 16 -

la fantasía juego muy pronto, mientras que otros se convierten fácilmente rígida y asustada. Reconstrucción de dramatización puede ser experimentado por el paciente como un ataque o rechazo por parte del analista, ya que puede producir estados de desintegración que a menudo son experimentados por el paciente como la ansiedad que va a caer en pedazos. Las ansiedades y sensaciones de la caída, o de caer en pedazos, son centrales con los pacientes psicóticos. Ellos probablemente están relacionados con los primeros infantiles ansiedad experiencias de la situación de nacimiento en el bebé tiene que renunciar a la situación de ser mantenido con seguridad en la madre vientre 's. Por tanto, es comprensible que la primera madre de relaciones bebé debe ser visto como una situación que está dominada por la necesidad del bebé de ser tratado por la madre de una manera que se asemeja lo más posible la experiencia pre-parto. (Winnicott 1956 , 1960), obra en la celebración de medio ambiente y (1963) de Bion trabajo en la madre como un contenedor para el niño están relacionados con estas experiencias. La mayoría de los pacientes psicóticos o bien experiencia abrumadora ansiedad de caer o caerse en pedazos o se defienden de manera diferente frente a la aparición de estas ansiedades.

Dada la naturaleza de las ansiedades psicóticas de caer en pedazos, es comprensible que en el tratamiento de pacientes psicóticos actitud del analista y la empatía hacia el paciente debe desempeñar un papel especialmente significativo. Como ya he señalado, el paciente psicótico comunica sus inquietudes y necesidades sobre todo en una forma no verbal o pre-verbal, a la que el analista tiene que ser receptivo. Por esta razón los analistas como **Fromm-Reichmann (1954)** , Winnicott (1956 , 1960), y Searles (1965) han argumentado que las necesidades de los pacientes psicóticos a menudo tienen que ser satisfechos por el comportamiento del analista en lugar de por las interpretaciones verbales, que en realidad puede ser perjudicial. Por ejemplo, Searles (1965) hace hincapié en la importancia de reconocer las necesidades simbióticas del bebé mediante la creación de un largo período de unidad simbiótica con el paciente en el que la capacidad del analista para permanecer en silencio con el paciente es de importancia central. Del mismo modo, **Nacht (1962)** ha hecho hincapié en la forma en que se necesita el silencio del analista para tratar de recrear para el paciente un ideal de la madre experiencia infante.

En esta cuestión del papel de las interpretaciones verbales Estoy de acuerdo que la mayoría de los pacientes, en particular los psicóticos, a menudo experimentan el uso de palabras de una manera que los hace muy consciente de estar separada del analista. A veces, las interpretaciones verbales del analista pueden ser experimentados por el paciente como un rechazo a su deseo de que la unidad no verbal con el analista / madre , y es el silencio persistente del paciente, lo que llama la atención sobre su resentimiento verbal de la comunicación . Por otra parte, he encontrado que la mayoría

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 17 -

pacientes psicóticos entienden y valoran las comunicaciones verbales del analista, cuando el analista logra transmitir de una manera precisa para que el paciente lo ha entendido. De esta manera intuitiva y receptiva del analista empatía se expresa en una forma verbal, que tiene la ventaja de que el paciente no está infantilizado, es decir, no se trata como si fuera de hecho un bebé. Una parte importante de la técnica es que el analista debe reconocer plenamente lo que el paciente siente y necesita, pero no debe dejar de lado el hecho igualmente importante que el paciente es también un aparte ser y un adulto. Se necesita tacto y sensibilidad para interpretar esto al paciente para que se sienta ayudado y se mantienen unidos por medio de palabras del analista. Pero a veces me han dicho que cuando los pacientes interpretaciones se ajustan a su propia experiencia, que en realidad se siente una especie de contacto físico y explotación transmitidos por mis interpretaciones. Esto me ha convencido de que las interpretaciones verbales pueden crear una celebración de la experiencia, y esto siempre ha sido mi objetivo. He encontrado que los pacientes psicóticos raramente experimentan interpretaciones verbales correctas como rechazo si la actitud del analista de conjunto, el comportamiento y la forma de comunicar también transmitir a la aceptación y la comprensión del paciente.

He dicho lo suficiente para indicar lo importante creo que sea que el analista tiene la capacidad de utilizar sus propios sentimientos para reconocer la comunicación no verbal de su paciente. También he defendido la necesidad de que él siga las comunicaciones del paciente con cuidado para que pueda el tiempo de sus interpretaciones adecuada y permitirá palabras para darle sentido emocional para el paciente. De esta manera el psicótico transferencia se puede trabajar a través de. En los últimos años me he animado e interesado para ver cómo (en muchos lugares del mundo), de modo que muchos médicos jóvenes y residentes están intentando tratar psicoterapéutica, a veces con éxito, los pacientes psicóticos muy

enfermos. Pero esto me lleva al cuarto punto general sobre el tratamiento de la psicosis por métodos psicoanalíticos: el papel fundamental de un personal de análisis. Como he mencionado en la descripción de mi propio desarrollo, el contacto con las propias áreas psicóticas ocultas es una parte esencial de estar en contacto con el paciente y el psicótico transferencia relación. Estas inquietudes deben activarse en el tratamiento de pacientes psicóticos, pero, si no se tratan a fondo con a través del psicoanálisis personal, pueden crear confusión y estancamiento en la terapia, así como una fuerte presión e incluso un desastre para el terapeuta. El paciente psicótico menudo proyecta sus sentimientos y problemas muy violenta, y cualquier analista que le tiene miedo a ese contacto con el paciente mismo puede verse gravemente perturbado en el intento de tratar a los psicóticos. El más frecuente pero a menudo inconsciente de ansiedad es el miedo de ser llevado a la locura por el paciente. Lo

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 18 -

Es por esta razón que el análisis del analista debería ser particularmente a fondo, y esto, por supuesto, incluye la exposición de las áreas psicóticas en el analista, de modo que las ansiedades psicóticas y defensas se pueden trabajar a través de lo suficiente durante la formación período. Ocasionalmente, un segundo análisis puede ser necesario. Incluso si el analista siente conscientemente bastante bien, pero ha escindido o suprimido conflictos psicóticos, que tenderá a ser insensible o defensiva, y es inevitable que el paciente consciente o inconscientemente percibe las perturbaciones en el analista y reacciona o interactúa con ellos. También existe el peligro de que el latente conflicto del analista se convierte estimula y activa en contacto con los pacientes psicóticos. Por ejemplo, las tendencias a la omnipotente y omnisciente función pueden convertirse en gran medida aumentaron. Tenemos que darnos cuenta de que en el tratamiento de pacientes psicóticos (más aún que de costumbre), tanto por parte del analista de personalidad y su inteligencia son sus herramientas en el tratamiento, y por lo tanto su salud mental es un factor extremadamente importante. Sólo así puede responder a la paciente con empatía y sin demasiada participación y también muestran la sensibilidad y la receptividad sin ser abrumado por el paciente proyección.

Desarrollos teóricos

Mis intentos de analizar el psicótico transferencia como una forma de ayudar a los pacientes psicóticos me han dado desde 1947 para entender mucho más sobre él y ser capaz de conceptualizar algunos de los procesos subyacentes y de las dificultades que representa para el analista. Para poder funcionar terapéuticamente, he llegado a creer, es importante que el analista entender dos teóricos están íntimamente relacionados: procesos: narcisismo y proyectiva identificación.

Desde el principio de mi carrera yo estaba fuertemente influenciado por Melanie Klein 's sugerencia para mí que el narcisismo se relacionó con introyectivos procesos, una visión que parecía derivar de **(1914) de Freud** teoría de la "secundaria narcisismo", aunque más tarde se contradice esto con el desarrollo de su teoría de la proyectiva identificación como una relación de objeto narcisista primitiva. Melanie Klein ella no desarrolló la teoría del narcisismo más lejos, pero mi experiencia en el análisis de esquizofrénicos y maníacos-depresivos trastornos impresionado en mí la importancia de los procesos de proyectiva identificación y su relación con las condiciones narcisistas graves. Después de **Envidia y Gratitud (1957)**, en la que Melanie Klein describió la primera envidia de la mama y sus experiencias clínicas de la forma en la envidia de la transferencia situación creada intensa terapéutica negativa

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 19 -

reacciones, me hicieron cada vez más consciente de la estrecha relación de la envidia y narcisista actitudes y relaciones de objeto.

En 1963 describí mis experiencias clínicas y la forma en que había llegado a formular el narcisismo de una manera muy diferente a Freud (**Rosenfeld 1963**). En su artículo sobre el narcisismo **de Freud (1914)** sostiene que en condiciones psicóticas como la esquizofrenia y la paranoia, la libido se separa del objeto y el mundo exterior y se retira en el ego. En más habitual lenguaje fue lo que sugiere que estos pacientes estaban tan preocupados con ellos mismos y su seguridad (tan narcisista) que no podían formar relaciones de dependencia o significativa con nadie. Una de las consecuencias de la terapia psicoanalítica, si esto era correcto, era que estos pacientes no podían formar una transferencia de la relación y no podían, por lo tanto, utilizar el instrumento principal del entorno terapéutico a mejorar. Gran parte de mi experiencia temprana con pacientes esquizofrénicos me sugirió un punto de vista diferente a la de Freud. Ya he descrito que a pesar de aparente indiferencia o falta de vida me encontré con que los pacientes psicóticos, de hecho, forman transferencias muy potentes, aunque diferentes de los encontrados en pacientes neuróticos. Esta era una prueba para mí que Freud se había equivocado. Con el tiempo también me di cuenta de que las actitudes y las transferencias narcisistas fueron descritos por otros autores analíticas que se ocupan de este tipo de pacientes (**Abraham 1924b**, **Stern, 1938 y 1948**, **Federn 1943**, **Piedra 1954**). Los pacientes psicóticos parecen típicamente para mostrar actitudes omnipotentes a los demás y sobre todo

a sus terapeutas. En la fantasía parecían hacer demandas insaciables en sus objetos, para confundir a sí mismo ya otros, para llevar a otros a sí mismos, y que se pongan en otros.

Formular lo que observé sobre narcisismo, introduje el término "narcistas relaciones de objeto" para enfatizar que no es generalmente un estado sin objeto. De hecho, le sugerí, los pacientes psicóticos tenían una relación particular con los objetos, sino que fueron capaces de relacionarse con ellos sólo para fines narcistas y sólo de una manera muy omnipotente. Con el tiempo he acuñado la frase "*narcistas omnipotentes relaciones de objeto*". Que tenía en mente la forma en pacientes psicóticos utilizan otros (objetos) como contenedores en los que, sintiéndose todopoderoso, que proyectan esas partes de sí mismos que se sienten como indeseables o que causa el dolor y la ansiedad. Otra característica del proceso es que el paciente se identifica (por proyección o introyección) con el objeto, en la medida en que siente que es el objeto o el objeto es en sí mismo. En el caso de la introyección del objeto se convierte en parte de sí mismo hasta el punto de que cualquier separada identidad o límite entre el yo y el objeto se siente que no existe. En el caso de proyectivas identificación de partes de sí mismo convertido en una parte tan importante del objeto, por ejemplo, la madre, que

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 20 -

el paciente tiene la idea que posee todas las cualidades deseables del objeto - en el hecho de que es objeto en estos aspectos. Tomé la idea de que la identificación de introyección y proyección generalmente ocurre simultáneamente y destacó que omnipotentes narcistas relaciones de objeto son parte defensiva contra el reconocimiento de la separación del yo y el objeto. Tales modos de relacionarse evitar tanto los sentimientos agresivos y ambivalente que suscita frustración, así como cualquier conciencia de los sentimientos de envidia o agresivo. Uno no puede tener envidia o agresivo hacia alguien más de lo que uno puede amar ellos o ser dependiente de ellos, si uno es uno y lo mismo con ellos. Parece probable, por tanto, que la fuerza y la persistencia de la omnipotencia narcista relaciones de objeto están estrechamente relacionados con la fuerza de los sentimientos de envidia o agresivo del niño que se revivió, y por lo tanto pueden ser estudiados, en la analítica de transferencia relación. Los más envidiosos los deseos del paciente, por ejemplo, más difícil es para hacer frente a la separación y al renunciar a omnipotentes narcistas relaciones de objeto.

Un problema al que he llamado la atención en el análisis del paciente psicótico es que cuando narcista auto-idealización disminuye, el paciente se da cuenta de su necesidad y la dependencia en el objeto, el analista. Esto crea el dolor y la ansiedad, así como la envidia y amenaza con reavivar el proceso de objeto narcista omnipotente sobre todo de nuevo - tal vez conduzca a una reacción terapéutica negativa. Con algunos avances terapéuticos que el paciente comienza a sentir que el analista tiene cualidades y conocimientos que quiere apoderarse. Es en esta situación que la envidia no sólo motiva al paciente para expropiar las buenas cualidades del analista y le obliterar como una persona separada, sino que también motiva a su devaluación. En esta situación, un análisis puede llegar a punto muerto, y tanto el analista y el paciente a ser muy frustrado. Una defensa contra este tipo de promulgación en la transferencia, por lo tanto, es que tanto el analista y el paciente buscan preservar su relación como ideales y deseable y así resisten nada interferir con esta imagen, tales como la realidad de su separación o el progreso de la paciente enfermedad.⁴

En 1971, en un documento que fue previamente publicado para el Congreso Psicoanalítico Internacional de ese año hice una adición sustancial a mi teoría del narcisismo, al discriminar de manera más formal entre los diversos grupos de pacientes con un omnipotente narcista personaje estructura.⁵ Entre los pacientes Yo había tratado de este tipo había varios que estaban conscientemente intensamente destructivo y sádico y orgulloso de ello. A menudo habían tenido uno o más análisis antes, pero había muy poco tocado por ellos. Para entender y para avanzar en estos pacientes sostuve que era esencial

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 21 -

diferenciar libidinal de los aspectos destructivos de narcisismo, algo que había sido completamente olvidado en la teoría y la práctica psicoanalítica. La presentación de una teoría de la destructiva narcisismo, le sugerí que, en algunos casos, como los que acabo de mencionar, hubo una enorme idealización de las partes destructivas de uno mismo que se sentían de ser atractivo porque hicieron que el paciente se sienta tan omnipotente. Cuando destructiva narcisismo de este tipo es una característica de la de un paciente caracteres estructura, libidinal (es decir, amando, cuidando, interdependientes) las relaciones de objeto y cualquier deseo por parte de uno mismo para experimentar la necesidad de un objeto y que dependen de él se devalúan, atacaron y destruyeron *con el placer*.⁶ Era parte de mi tesis de que tales deseos destructivos y omnipotente a menudo son difíciles de reconocer en lo que hace a un paciente y dice que debido a que el paciente inconscientemente las experimenta como protector e incluso benevolente, pero muy en secreto. El secreto es parte de sentir superioridad destructiva omnipotente. Debido a la existencia de los deseos destructivos omnipotentes por parte de uno mismo se oculta, los pacientes dominados por destructiva narcisismo dan la impresión de que no tienen ninguna relación con el mundo externo. Ellos parecen no importarle un ápice. De hecho, por supuesto, dependen de atacar constantemente cualquier cosa y todo lo que podría ser probable que cumpla sus necesidades libidinales, y su estado no puede ser estable.

Estos pacientes pueden tener que seguir adelante en el análisis en parte para tener una relación libidinal para atacar.

En mi experiencia, el éxito de análisis de muchos psicóticos (y de hecho otros) de los pacientes depende de la comprensión de la psicopatología de la destructiva narcisismo, y he dado ejemplos clínicos de este en la tercera parte de este libro.⁷ En particular, he llegado a la conclusión de que el poder oculto e hipnótico de destructiva narcisismo es un factor particularmente importante en la reacción terapéutica negativa y en la génesis de la psicosis como tal. En este sentido, aunque algunos analistas, como **Kernberg (1977)**, ponen de relieve la importancia de la agresión y la envidia en los trastornos narcisistas, lo que tenía en mente (y todavía se adhieren a) es mucho más profunda. A mi modo de Kernberg no ha explicado en qué medida destructiva y narcisista pero defusionado agresividad tiende a hacerse cargo de la totalidad de los pacientes psicóticos personalidad. Otros analistas, por otra parte, han tendido a descuidar destructiva narcisismo completo, **Kohut (1972)**, por ejemplo, se ha descrito la rabia narcisista. Pero esto tiene muy poco que ver con lo que estoy tratando de describir con el término "destructiva narcisismo". rabia narcisista se presenta cuando un paciente reacciona a una herida narcisista y se siente humillado, menospreciado e incomprendido. A menudo mejora cuando el paciente se siente bien conocido en el análisis. Por el contrario, el paciente narcisista destructiva disfruta lastimando, ha

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 22 -

desprecio cuando encuentra a alguien amar, comprender, y amable, y pone todas sus energías en la restante sádicamente fuerte - con respecto a cualquier amor en sí mismo como una debilidad. Estos pacientes muestran prolongada resistencia al tratamiento y con frecuencia tienen una historia de muchos intentos fallidos de ella.

Una segunda línea, muy estrechamente relacionado de pensar que he desarrollado para guiar mi trabajo clínico, especialmente en pacientes psicóticos, preocupaciones proyectiva identificación. Ya me he referido en este capítulo a la función general de proyectivas y introyectivo procesos de identificación en la creación de una fantasía de la unidad y por lo tanto negar la separación, el amor, la agresión, la necesidad, la envidia y la dependencia. Proyectiva identificación es, por lo tanto, una parte integral de omnipotentes narcisista relaciones de objeto.

Desde 1946 la comprensión de proyectiva identificación se ha convertido en un aspecto sumamente importante de la obra muchos analistas. En su ponencia sobre "mecanismos esquizoides", Melanie **Klein (1946)** describe el proceso de proyectiva identificación y lo consideró como esencial para comprender infantil desarrollo. Explicó que hay pacientes que se separaron las partes buenas y malas de sí mismos y proyectan estas piezas en objetos externos, de tal manera que estos objetos se identifican con sus partes proyectadas. Un problema relacionado con este mecanismo de defensa es que los objetos que contienen uno mismo proyectado del paciente se puede sentir como la persecución, hasta tal punto que todo el auto se encuentra bajo amenaza de invasión. Otras personas se sienten de tener piezas robadas del paciente o ser implicados en los intentos agresivos para él hacerse cargo. Ansiedades persecutorias de este tipo son especialmente frecuentes en los pacientes psicóticos que vi, que a menudo se quejan de que la gente (incluido yo mismo como su analista) estaban tratando de hacerse cargo de sus personalidades y dominarlos. Esto es muy importante. Sin embargo, también he enfatizado cómo proyectiva identificación es también un método de comunicación. Al proyectar sus confusos sentimientos y ansiedades en el analista, los pacientes no sólo deshacerse de ellos. También proporcionan (al igual que lo hicieron en la infancia con sus padres) la oportunidad para el analista (padre) a tomar conciencia de sus sentimientos. Una gran parte de mi teoría era que los pacientes psicóticos proyectan sus sentimientos porque están demasiado asustados para hacer frente a ellos o pensar en ellos mismos. El analista, sin embargo, al igual que los padres de familia en más normal desarrollo, tiene el potencial tanto para hacer frente a los sentimientos y pensar en ellos, y es esta capacidad que ofrece gradualmente al paciente a desarrollar por sí mismo. La naturaleza de la psicosis de transferencia es que ofrece la oportunidad de demostrar que insoportables sentimientos pueden ser contenidos y pensaban en forma creativa.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 23 -

En la tercera parte de este libro se discuten varios aspectos detallados de proyectiva identificación y formulación de mis puntos de vista acerca de su impacto en el tipo de psicosis de transferencia que puede ocurrir. Mientras que muchas reacciones terapéuticas negativas que se producen en la psicoterapia y el psicoanálisis se derivan de las dificultades introducidas por la destructiva narcisismo, y más en general la omnipotencia narcisista carácter de estructura, los problemas por parte del analista en el diagnóstico proyectiva identificación correcta puede evitar que un análisis de cómo empezar o incluso dar lugar a un empeoramiento del estado del paciente. He formulado varios tipos diferentes de proceso proyectiva en el psicótico transferencia, que se puede denominar como proyectiva de identificación, y que deben ser diferenciadas claramente una de otra. Hay muchos analistas que, debido a que no han sido capaces de diagnosticar y conceptualizar la proyectiva identificación de manifiesto en la transferencia durante mucho tiempo, se han convertido en abrumados por sentimientos que no entienden y no pueden hacer frente. Las formas de diferenciar y diagnosticar proyectiva identificación y las consecuencias cuando esto no se hace se discuten en la cuarta parte.

Notas

¹ Como muchos pueden dudar del diagnóstico de la esquizofrenia en los casos que he atendido en ese momento quiero hacer hincapié en que todos los casos aquí presentados fueron esquizofrenias típicas consideradas desde el punto de vista psiquiátrico. Los pacientes que sufren de delirios y alucinaciones y tenía trastornos mentales esquizofrénicos típicos.

² Además hubo ciertamente una profundización de la división entre la más sana y la parte psicótica de sí mismo del paciente, lo que lleva a un aislamiento del proceso psicótico. Esto significa que hubo un gran peligro de que la psicosis escisión de repente podría volver a surgir, lo que sin duda habría desbordado la parte no psicótica del paciente.

³ Durante el período temprano de mis intentos de tratar a los pacientes psicóticos que sentí, naturalmente, muy aislado y solo, ya que no había nadie que me pudiera dar consejos sobre cómo proceder, y me quedé casi en su totalidad a mis propios recursos. A partir de 1950 Hanna Segal y Wilfred Bion comenzaron el tratamiento con pacientes psicóticos, pero al principio no compartimos nuestras experiencias, porque todo lo que queríamos seguir y establecer nuestras propias conclusiones hasta que se convirtió en lo suficientemente aclaradas para convertirse en convicciones que podríamos utilizar para su publicación. Después de que el intercambio de nuestras experiencias era más útil, y también comenzó a realizar seminarios y supervisiones para ayudar a todos aquellos interesados en el tratamiento de pacientes psicóticos. Me parecía esencial para dar apoyo y asesoramiento a los analistas que intentaron

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 24 -

tratar a los pacientes psicóticos y que había una posibilidad de que podamos crear progresivamente una forma más establecida del tratamiento psicoanalítico de la psicosis, una que sería reconocido por el colegio Inglés de Psiquiatría.

La resistencia de los psiquiatras ingleses para el tratamiento psicoanalítico de la psicosis ha disminuido un poco en los últimos años, pero aún hoy está lejos de ser aceptada por los psiquiatras ingleses en su conjunto. La cooperación en el establecimiento psiquiátrico más detalle el tratamiento psicoterapéutico y psicoanalítico de la psicosis en el hospital sigue siendo muy limitada. Hasta ahora, sólo en el Hospital Maudsley y en el Hospital Shenley (afueras de Londres) tienen de hospitalización y ambulatorios unidades han establecido que los pacientes pueden ser tratados con analítica psicoterapia por el personal. Sin embargo, ha habido un aumento en el número de psiquiatras entrenados y que solicitan psicoanalítica formación. Hay alguna esperanza de que se produzca algún cambio en los últimos años. Mi propio atractivo en los documentos y en otras partes de los fondos de investigación que permitan seguir trabajando en la esquizofrenia no ha tenido éxito, por lo que han persistido en continuar con mi propia investigación en los casos en que se enviaron a mí en privado. La labor de supervisión de los pacientes psicóticos de sus colegas parece que también han sido una ayuda considerable.

Después de mi artículo sobre 'Notas sobre el Superego Conflict' (**Rosenfeld 1952a**), los psiquiatras estadounidenses y analistas se hicieron cada vez más interesados en mi trabajo. En 1953 en el Congreso de Londres de Psicoanálisis tuve la oportunidad de discutir el tratamiento de la psicosis con una serie de analistas estadounidenses, por ejemplo, con **Bychowski (1953)**. Bychowski y yo acordamos que los psicóticos podrían ser analizados, y él estuvo de acuerdo con muchas de mis conclusiones. Fue, sin embargo, sorprendente que me sugirió que algunos de los problemas que se plantearon en los pacientes psicóticos también se puede conocer en nuestros pacientes psicoanalíticos ordinarias que eran a veces simplemente neuróticos o borderline. No está de acuerdo en que era necesario analizar los candidatos psicoanalíticos más profundamente. Más recientemente, algunos de los analistas estadounidenses han cambiado de opinión. Por ejemplo, cuando yo estaba trabajando por unos días en Topeka en 1969 algunos de entrenamiento analistas confiado a mí que muchos de los candidatos en formación tenían trastornos narcisistas graves, y estaban preocupados acerca de si esto podría ser alterada por el análisis. Así que hubo por lo menos un reconocimiento de que los problemas narcisistas son tan comunes en los psiquiatras como en otras personas - y la necesidad de análisis. Hay evidencia de que algunos candidatos en psicoanalítica formación resultan tener problemas limítrofes, y en ocasiones las enfermedades psicóticas se han descubierto. Sin embargo, en el momento de hablar con **Bychowski en 1953** yo estaba convencido, no sólo de mi propia experiencia, sino también de mi experiencia analítica con los pacientes, que había ansiedades psicóticas en todo el mundo, aunque el grado y la intensidad del problema variaban de una persona a otra.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 25 -

A partir de 1962 la American Psychiatric Asociación (**Rosenfeld 1963a**, **1963b**, **1964a**) se interesó en mi trabajo con pacientes psicóticos. En 1962 me invitaron a hablar sobre el tratamiento de los pacientes depresivos en una reunión de psiquiatras estadounidenses en Montreal. Repitieron esta invitación en 1964, cuando me pidieron que hable en Boston sobre investigaciones recientes en el tratamiento psicoanalítico de los pacientes esquizofrénicos (**1964a**) (véase el Capítulo 11). En la reunión de Boston que fue estimulado por el gran interés demostrado a mí por el gran público estadounidense, que estaba compuesto por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, y los psicoanalistas. Me dieron más de una hora para entregar mi artículo, que fue seguida de un animado debate. El Hospital Maclean en Boston, que cuidaba 150 esquizofrénico y pacientes ambulatorios, me preguntó en el mismo momento de hablar de "problemas de tratar con lo erótico transferencia en los pacientes esquizofrénicos" (véase el capítulo 11). La elección del título de esta conferencia mostró el enfoque psicoterapéutico para pacientes psicóticos fue relativamente bien establecida en el hospital, pero no fue

posible en esa visita en contacto con terapeutas individuales para ofrecer a supervisar su trabajo con los pacientes esquizofrénicos. Por lo tanto, no podía juzgar la norma general o habilidad del trabajo terapéutico que estaba pasando.

Sin embargo, el interés en el enfoque psicológico de las psicosis es mucho más amplia en los Estados Unidos que en Gran Bretaña. La oposición al enfoque psicológico de las psicosis en Gran Bretaña se relaciona principalmente con el continuo énfasis en los factores ecológicos en la esquizofrenia y los estados maniaco-depresivos. Esto desanima y desalienta aún ningún interés psicoterapéutico. En los Estados Unidos la situación es bastante diferente. Probablemente por la influencia de Adolf Meyer, Harry Stack Sullivan, Robert Knight, Frieda Fromm-Reichmann, Harold Searles, y posiblemente John Rosen, hubo una conciencia general de que psicótico enfermedad está determinada en gran medida por factores psicógenos, y esta conciencia hace que muchos psiquiatras tratar a los pacientes psicóticos psico-terapéutico.

⁴ El trabajo de Kernberg de los narcisistas de personalidad trastornos es, creo, basada principalmente en Melanie Klein vista 's de los objetos internos. Describí en mi artículo 1963 mis observaciones sobre la estrecha relación de la envidia y narcisismo. El trabajo anterior de Federn en sano y patológico narcisismo, aunque influyente, era difícil de usar clínicamente, cuando vio el narcisismo de una manera no relacionada con el objeto. Kernberg ha explicado las diferencias entre normal y patológico narcisismo en mucho más detalle de lo que he hecho hasta ahora. Creo que hemos ampliado nuestra comprensión del narcisismo mucho durante los últimos veinte años. No obstante, mucho más trabajo puede ser necesario con el fin de reunir a las muchas teorías diferentes de narcisismo que existen en la actualidad.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 26 -

⁵ Me refiero a los pacientes cuyo carácter está dominada por omnipotentes narcisistas relaciones de objeto.

⁶ **André Green (1984)**, en el reciente simposio sobre el instinto de muerte se celebró en Marsella, habló de narcisismo "negativa", lo que a su juicio tiene una función de 'de-objectalizing' para alcanzar el nivel cero en la destrucción de las relaciones de objeto, atacando el proceso de objectalizing en lugar del propio objeto. El proceso que él describe es casi idéntico a mi observación sobre la forma destructiva narcisismo obras - a saber, que se dirige contra los lazos libidinales y dependientes o bonos de uno mismo en el objeto, incluyendo a los principales objetos.

⁷ No son pocos los analistas que aún no han tratado pacientes con destructiva narcisismo como lo he observado. Una excepción fue Meltzer, quien describió una parte difícil y astuta de uno mismo que desde hace varios años en una forma escindida oculta dominó un análisis hasta que gradualmente una poderosa perversa estructura parecía que tenía rasgos omnipotentes adictivos aún más destructivas que controlaban del paciente personalidad durante muchos años (**Meltzer, 1968**). Meltzer intenta diferenciar claramente entre dos estructuras narcisistas de uno mismo y de los graves ansiedades persecutorias creados por objetos muertos que colmaron la paciencia con terror. La descripción de las partes de la "difícil y astuta" de uno mismo tiene mucho en común con las partes difíciles, envidiosos de los pacientes que describí en la organización narcisista común, mientras que su 'omnipotente adicción destructiva "auto tiene similitudes con el omnipotent poderosa auto destructiva en el narcisismo, que tiene como hipnotizante, control sádico sobre todas las partes del auto.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 27 -

Segunda parte: Contribución del Analista de tratamiento con éxito y sin éxito

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 28 -

2. Algunos factores terapéuticos y Anti-terapéutico en el funcionamiento del analista

Como la capacidad del analista para la función se expresa principalmente por su capacidad para transmitir una comprensión a través de la forma en que da interpretaciones y lo que selecciona para la interpretación, se puede decir que la sensación de la del paciente está aceptado y cuidado depende en gran medida de la función de interpretación del analista. Como otros, he encontrado que los pacientes responden a nuestras interpretaciones no sólo como herramientas que les hacen conscientes del significado de los inconscientes y conscientes de los procesos, sino también como un reflejo del estado del analista de la mente (**Segal 1962a**, **Loewald 1970**, **Lang 1976**, **Sandler 1976**) - en particular su capacidad para retener la tranquilidad y la paz y centrarse en los aspectos centrales de la paciente consciente y el inconsciente, preocupaciones y ansiedades. El paciente también es consciente de la mente y del analista de memoria a través de la forma en que se mantiene unido importantes factores externos e internos y los reúne en el momento adecuado. Estado del analista de la mente, su capacidad para funcionar bien, es un factor terapéutico esencial en la terapia analítica.

Desempeña un papel importante en los introyectivos procesos, el aumento de la capacidad del paciente para las relaciones de objeto y el fortalecimiento de su ego en sus funciones y en su capacidad de integración y en particular para el crecimiento mental.

Señalé en el capítulo 1 Creo que el principal función terapéutica de un psicoanalista es ayudar al paciente con palabras y conscientes de los pensamientos de los sentimientos inconscientes y fantasías de deseo que le preocupan. De esta manera repeticiones de los primeros del paciente relaciones de objeto y las defensas omnipotentes acumulado en el período infantil se pueden modificar. Poco a poco, el paciente puede tolerar más sentimientos (y en particular la ansiedad que provocan), reconocer los conflictos, y ser capaz de pensar en ellos. Como esto se convierte

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 31 -

más posible la necesidad de que el bruto distorsión de funcionamiento interior y exterior que se produce en omnipotentes narcisista relaciones de objeto se reduce. Como he dicho, el principal medio por el cual el analista logra estos objetivos es mediante verbal precisa interpretación de las fantasías de la del paciente transferencia relación, centrándose en los más urgentes inconsciente ansiedad experimentada por el paciente en cualquier momento.

Una piedra angular de mi punto de vista sobre el cambio terapéutico es mi creencia de que incluso los pacientes más perturbados y complicado, cuya patología puede causar que una y otra vez para defenderse de la ansiedad mediante la distorsión y socavar el proceso analítico, no sólo tratará de comunicar su situación, pero también tienen una considerable capacidad para cooperar con el esfuerzo terapéutico, si el analista puede reconocerlo.

Algunos pacientes tienen una capacidad viva y animada para llevar relevante de material en el análisis, a través tanto de sus comunicaciones verbales y no verbales. Me he dado cuenta de supervisiones, por ejemplo, que si lo que el paciente dice que no es entendido por el analista con frecuencia se repite dos, tres o incluso cuatro veces en un período de sesiones, de muchas maneras diferentes. Tales intentos de comunicarse (incluso en las circunstancias desfavorables en las que un analista tiene dificultades para entender al paciente) son notables. Estos pacientes parecen tratar de hacer que el material de más y más fácil de entender, con muy poco de resentimiento por el hecho de que el analista. Ellos son particularmente propensos a comunicar lo que sienten y piensan sobre el analista, y, como otros han observado, su comprensión de los problemas del analista es a menudo intenso y preciso (**Searles 1965 y 1975**, **Lang 1976**). He observado a los pacientes psicóticos con esta capacidad, no sólo de los neuróticos. Parece que tienen mucha tolerancia para la debilidad del analista y tener una gran capacidad de vivir y de mirar para las relaciones de objeto. Otros pacientes, sobre todo los esquizoides, por supuesto, es mucho más fácil desanimarse y abandonar rápidamente cuando se sienten desairados o no entienden. Sin embargo, he notado que psychoticamente retrocedido pacientes pertenecientes a este grupo a menudo tienen una asombrosa capacidad para comunicar sus necesidades y observaciones, en particular por medios no verbales - a pesar de que predominan los medios no verbales que no quiero dar a entender que el paciente está mudo y no podrás usar las palabras. Se trata más bien de que su lenguaje a veces suena como si estuvieran en un sueño. Este lenguaje es común con los pacientes esquizofrénicos y se necesita algún tiempo para aprender. Es un ejemplo de mi argumento de que la consideración cuidadosa de incluso el comportamiento psicótico más perturbado puede ser recompensado al constatar que se comunica algo significativo.

Analítica de material de varios de mis pacientes indica que a partir de

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 32 -

muy pronto los niños no sólo se refieren a la mamá y de la forma en que la madre se encarga de la situación de la alimentación, pero también parece ser muy consciente de algunos aspectos del estado mental de la madre como una persona completa, y de su capacidad o incapacidad para sentir relacionado con el infante. Estos pacientes a veces puede ser abiertamente crítico del fracaso del analista en la comprensión. Si el analista interpreta mal las críticas como ataques sádicos, a continuación, los pacientes a menudo tienen grandes sentimientos de culpa acerca de su capacidad para entender la situación mejor que el propio analista. Este sentimiento de culpa aumenta si se dan cuenta de que el analista parece incapaz de soportar sus observaciones correctas. Si el analista sigue ignorando las críticas de los pacientes, e insiste en la interpretación de sus observaciones como los ataques contra él, sienten que están siendo hechas estúpido y infantilizado. Algunos de estos pacientes son a veces capaces de abusar de sus capacidades y ser omnipotente, destructivo, y triunfante. A continuación, tienen dificultades para diferenciar entre su capacidad de crítica percepción y sentimientos tan agresivos como la envidia derivado de dependencia infantil, su indefensión es revivida en la situación analítica. Probablemente esta confusión se desarrolló durante la traumática experiencia del infante- madre relación, creando en estos pacientes un sentido de culpa que les obliga a destruir su capacidad inusualmente sensibles a la función y se presentan en el análisis como gravemente perturbado en su funcionamiento mental. Sin embargo, he encontrado que este tipo de pacientes, aunque sean clínicamente psicóticos o limítrofes, tienen un buen pronóstico si se manejan con cuidado y

Factores anti-terapéuticos en el Analista

Para funcionar con cuidado y sensibilidad, y así a ser terapéutico, un analista depende en una medida decisiva sobre el funcionamiento de su personalidad como un instrumento o herramienta importante. Por eso estamos entrenados no sólo clínica y teórica a través de conferencias y la supervisión, sino también a través de personal de análisis. Como ya he mencionado en el capítulo 1, en su análisis del candidato personaje estructura y carácter de perturbación, los problemas conocidos y desconocidos, tienen que estar ubicados, llevado gradualmente a la luz, e integrado en su personalidad que le ayudara a soportar el desgaste de la analítica trabajar y ser receptivo a una multitud de problemas de los pacientes, incluyendo psicóticos y problemas limítrofes. El análisis de la defensa del analista estructura debe incluir sus defensas contra las profundas ansiedades infantiles tempranas, que a menudo esconden inconscientes ansiedades psicóticas o problemas. Aunque nuestra formación nos obliga a ser más sano, debe hacer temporalmente hacemos más perturbado y ansioso en

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 33 -

fin de obtener el conocimiento y la experiencia de nosotros mismos necesaria para que podamos funcionar. Creo que todos nos damos cuenta de que algunos de nuestros problemas siguen sin resolver y que debemos esforzarnos por desarrollar, y para permanecer en contacto con, nosotros mismos. Servimos a nuestros pacientes mejor si somos honestos con nosotros mismos y por lo tanto abiertos a aceptar plenamente lo que el paciente se encuentra. A menos que ayudamos a nuestros pacientes a realizar plenamente lo que son, no hay un verdadero cambio en su personalidad puede tener lugar.

También debemos aceptar que cada analista es diferente y funciona de manera diferente con sus pacientes, pero esto no significa que debemos negar nuestra propia o deficiencias o los logros de nuestros colegas. La discriminación, la capacidad crítica, es una de las funciones del yo más importantes que necesitamos en nuestro trabajo. **Klauber (1972)** tuvo la valentía de describir los detalles de la patología del analista y la forma en que esto interfiere con su función terapéutica. Su objetivo era llamar la atención sobre las grandes dificultades para hacer el trabajo analítico, a pesar de que era bastante seguro acerca de ellos. Estoy totalmente de acuerdo con él acerca de lo difícil que es hacer frente a la verdad sobre nosotros mismos y mantener nuestra preocupación con este problema. Sin embargo, creo que se puede hacer más por el problema de lo previsto por detallar y hacer consciente la forma en que un analista puede ser anti-terapéutico. En este sentido, hay tres cuestiones que particularmente me han preocupado. Se trata de la tendencia de los analistas de adoptar determinadas funciones directivas hacia sus pacientes, la tendencia a ofrecer interpretaciones inoportuna e imprecisa, y la tendencia demasiado rígida y restrictiva para seguir una determinada línea de interpretación. Algunas de estas tendencias surgen de controversias teóricas y confusiones sobre la naturaleza de la función terapéutica del analista, sino que también se ven agravados por reconocidos inconscientes demandas de la transferencia de la relación con la que el analista puede confabularse con demasiada facilidad.

La actitud y el papel del analista

Al tratar de aclarar el papel y la actitud del analista hacia su paciente, dos puntos de vista tienden a ser avanzado. Por un lado está **(1916-1917) de Freud** máxima de que debemos considerar el análisis simplemente como una investigación y no hay que acercarse a ella con cualquier esperanza terapéutica o deseo. Este punto de vista fue al menos en parte con el apoyo de **Bion (1970)** al hablar de la necesidad de que el analista de acercarse a su paciente sin deseo. Por otra parte varios analistas han señalado que la actitud adoptada con frecuencia hacia el paciente suele ser un ser maternal (**Money-Kyrle 1956**, **Gitelson 1962**, **Lang 1976**, **Sandler 1976**). **(1962a) de Bion** recomendación

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 34 -

sobre la actitud de ensoñación y **(1956) de Winnicott** preocupación maternal primaria también están relacionados con el papel que una madre lleva intuitivamente hacia su hijo.

Siempre he sentido que tanto la técnica quirúrgica descrita por Freud y la preocupación por el analista como sustituto madre son inapropiados. Existe el peligro de que quedamos atrapados en un rol particular directiva hacia el paciente en lugar de tomar el cuidado de que esto se deja completamente abierta durante todo el análisis. El analista se colocará a través de la transferencia de muchas funciones, no sólo el papel de la madre o en el niño - bueno, malo o indiferente. Por lo tanto, estoy de acuerdo con **la perla King (1962: 225)**, que, cuando se habla del Simposio sobre los factores curativos en Psicoanálisis en 1961 en el Congreso de Edimburgo, dijo que

"La actitud que un analista adopta hacia el proceso curativo en psicoanálisis determinará su actitud hacia su paciente, y su manejo de la relación analítica La relación del analista con el paciente está en mi vista única

... *No es pretende ser un padre- niño relación.* "

Ella continuó diciendo que "a veces pienso en la relación analítica como psicológica etapa en la que yo como analista he comprometido a tomar cualquier papel que mi paciente inconsciente asignar a mí." Se deja en claro que no es su deseo de jugar un papel exactamente original, sino de concienciar al paciente de la función que está haciendo ella habitan. Estoy totalmente de acuerdo con esta formulación. Por el contrario, si el paciente exitosamente provoca el analista para asumir un cierto papel, a actuar, traerá la función terapéutica del análisis a un callejón sin salida.

Si tengo dudas de asumir cualquier función fija también estoy dudoso acerca de una actitud de desapego. Me parece imposible de destruir nuestro deseo e intención sin dañar gravemente la relación con nuestros pacientes. Cuando aceptamos a un paciente para el análisis, o un candidato a la capacitación, estamos de hecho se espera que corresponda a nosotros mismos con ese paciente en particular muy a fondo, y tenemos la intención de tratar de comprender y ayudar a él. Sin embargo, es esencial que analicemos a fondo nuestras actitudes e intenciones. El deseo o la esperanza de que interfiere en el análisis y que se siente al ser inquietante de nuestros pacientes es nuestra narcisista deseo de hacerlo bien con o tener un paciente que nos da la satisfacción en el trabajo y así indirectamente aumenta nuestra satisfacción con nuestras capacidades terapéuticas. Todos sabemos que incluso normal, la satisfacción con la mejoría de nuestros pacientes es a menudo muy sospechoso al paciente y es un factor importante en las reacciones terapéuticas negativas. Aunque a veces es

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 35 -

muy difícil diferenciar entre las proyecciones del paciente y la verdadera percepción de los restos de la actitud narcisista del analista, sí sabemos que estas necesidades narcisistas hacen que el analista pueda ejercer a cabo con el paciente y comprometerse personalmente. Esta experiencia crea una sensación en el paciente, no de ser aceptado o cuidados, sino de ser seducido por el analista, y en un nivel más profundo que crea una sensación de soledad y rechazo o de ser mal interpretado. Esto lleva a estancamiento o algo peor.

Las intenciones del analista ejercen un peligro particular, creo, en aquellas situaciones en las que es particularmente susceptible de crear tensión en la lucha contra la naturaleza de la psicopatología del paciente transferencia. Pacientes gravemente traumatizados, que a menudo son impulsados a repetir situaciones traumáticas pasadas en la situación analítica, son particularmente propensos a sacar el analista en inconsciente connivencia con ellos. Insisten en que el analista debe saber exactamente lo consciente y inconsciente terrores que han sufrido en el pasado, proyectar estas experiencias violentamente en él. Estas situaciones son, por supuesto, extremadamente doloroso para el analista. Si son insoportables para él, el analista puede connivencia con ciertas fantasías idealizadas paciente mediante la creación de las experiencias terapéuticas correctivas, la racionalización de estos como la asistencia al paciente en la búsqueda de un mejor medio ambiente o un objeto más reconfortante que tuvo en el pasado. Tales esfuerzos destruyen el proceso analítico y el proceso de tratar de verbalizar lo que está sucediendo y para ayudar al paciente a hacerle frente.

En mi experiencia de una mala comprensión de la razón por la que el paciente traumatizado se siente tan obligado a repetir sus experiencias pasadas va junto con la enorme transferencia de la demanda sentida por el analista. A mi entender, uno de los hechos más importantes que tiene que tener en cuenta acerca de la experiencia traumática es que el paciente ha tenido que hacer frente todos por su cuenta, a veces durante un tiempo considerable. A menudo ha sobrevivido sólo a través de reacciones defensivas graves tales como la negación, la división y la despersonalización. Por lo tanto, cuando los pacientes se atreve a acudir a un analista de ayuda, él cree que es posible compartir las experiencias aterradoras que son bastante insoportable para él. Sin darse cuenta, a menudo trata de involucrar al analista en su experiencia con proyecciones muy fuertes, a veces tan violentas que parecen ser ataques contra el analista y su obra. Esta es una situación dolorosa y difícil para cualquier analista de llevar, y, si no errar en el lado de proporcionar experiencia correctiva, una segunda respuesta anti-terapéutica a la que el analista puede tan fácilmente resort es interpretar las proyecciones como ataques sádicos en sus nobles esfuerzos para ayudar. En este caso, el paciente también siente rechazado y se retira. Teme que el analista quiere retirarse y no puede soportar estar involucrado con él. En consecuencia

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 36 -

las proyecciones violentos pueden aumentar y hacer que la situación sea peor. Sólo si el analista tiene éxito en la difícil tarea de interpretar la ansiedad del paciente correctamente, así como señalar la necesidad de compartir sus experiencias con el analista, haciendo que el analista experimenta ellos, puede la violencia de las proyecciones del paciente disminuya gradualmente. ¹

Las interpretaciones vagas o inoportuna

Una segunda forma en la que un analista puede ser muy fácil anti-terapéutico es si sus interpretaciones no son

suficientemente precisa orientada a ansiedades inmediatas del paciente o están mal programados. A veces, un analista tenga en cuenta que hay algo acerca de sí mismo que preocupa al paciente, sino ser capaz de interpretar con precisión suficiente al respecto.

Muchos pacientes reaccionan muy fuertemente a la sincronización del analista de interpretaciones - por ejemplo, el silencio prolongado o a su interpretación demasiado rápido. El paciente puede sentirse dejado solo demasiado tiempo, o puede sentirse criticado o rechazado por el silencio del analista. Si no se tienen algunos problemas por el analista, el paciente puede reaccionar como si el analista no quiere saber acerca de estos problemas, ya que son inaceptables. En consecuencia, el paciente se sentirá que tiene que mantener a estos problemas a sí mismo. La capacidad del analista para responder con el tiempo sensible de sus interpretaciones, y por medio de la asistencia al paciente para hacer frente a aquellas áreas de la mente que son inaceptables para él, tiene una importante función terapéutica. Sin embargo, si interpretamos el material demasiado precipitadamente antes de que sea posible conocer el significado completo de la paciente la comunicación, el paciente puede sospechar que estamos demasiado ansiosos. El paciente se da cuenta de que no estamos seguros y con miedo que no podemos conocer y comprender. Esto no sólo va a ser sentido como un rechazo, sino que también puede ser percibido como un omnipotente defensa, por parte del analista, en contra de experimentar la ansiedad o la incertidumbre con la que el paciente puede sentir que tiene que convivencia (Lang 1976). Hay muchos pacientes que tienen miedo de entrar en pleno contacto con sus ansiedades más profundas, así que en vez de sentir y saber quién y qué son, pretenden saber. Si el analista se une a ellos en esta actividad, la función terapéutica de los análisis se detiene.

Otros pacientes, sin embargo, al igual que los mencionados un poco más temprano, a menudo va a hacer un gran acuerdo para tratar de comunicarse con el analista una ansiedad como la que el analista se asusta de ellos o el tipo de

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 37 -

sintiendo que experimentan. Una sesión de análisis que he encontrado ilustra este fenómeno con especial claridad.

Al comienzo de la sesión, que tuvo lugar el miércoles, el paciente, Sylvia, parecía que el analista para hablar de un estado mental de lejanía, indefinición, y la atemporalidad que la preocupaba. El analista relaciona el estado de Sylvia para el fin de semana, no cuando el analista tenía claro visto. Con este Sylvia respondió diciendo: "Es importante que la gente que estoy con", explicando que ella funcionó" en el nivel de los sentimientos ". El analista me dijo que tenía dificultades para entender lo que esto podría significar, pero comentó a Sylvia que pensó que podría estar hablando de cómo influyó en ella es por sus ideas acerca de lo que otras personas están sintiendo. Sylvia respondió que estaba de acuerdo, tiene que ser muy cuidadoso cuando otras personas se ponen nerviosos. En este punto, su analista hizo un tercer comentario que sugiere que Sylvia tenía miedo de ser dejado solo. Esta vez Sylvia respondió hablando de cómo había sonado la campana en el inicio de la sesión, pero tuvo que esperar a que el analista de utilizar el timbre para dejarla entrar este comentario confundió el analista, pero posteriormente Sylvia repetida cómo se sentía irreal, afirmando que, mientras estaba esperando en la puerta, que había tratado de buscar en el nombre de etiqueta del analista bajo la campana. Esta vez, el analista interpretó que el paciente estaba tratando de expresar lo mucho que necesitaba pruebas de que existía el analista. El analista destacó que ella estaba realmente allí con el paciente en ese momento. El paciente respondió a esta comunicación con el silencio. Más tarde se habló de un coche que había cortado justo al otro lado frente a ella, pero se mostró reacio a decir nada más.

Este intercambio entre Sylvia y su analista se describe y analiza en mayor detalle en el Capítulo 3. Cito ahora para ilustrar cómo los pacientes se esfuerzan para comunicarse con sus analistas y cómo en la ausencia de una comprensión exacta que puede obtener más y más confuso, lo que lleva a un callejón sin salida en la relación terapéutica. Sugiero que en varias ocasiones durante la sesión de Sylvia trató de indicar a su analista que algo iba mal. El problema que se desarrolló en el período de sesiones y se hizo más y más aterrador era su sensación de que su analista no entendía, no podía hacer frente a sus sentimientos, y por lo tanto se ausentó no sólo en los fines preestablecidos, pero es más importante en las propias sesiones. En primer lugar, Sylvia respondió al fin de semana interpretación corrigiendo suavemente el analista - diciendo que el problema no era el fin de semana, pero ahora, con 'la gente que estoy con'. Cuando esto no se entiende que comienza a tener miedo porque teme que su analista se 'nervioso' por ella. A continuación, cada vez más preocupado, empleó fuerte simbólico lenguaje que sugiera

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 38 -

que se sentía el analista estaba fuera de contacto con ella, que ella no suena en la mente del analista. Entonces, preocupados por el tiempo que está tomando la campana para trabajar en el analista, repite lo que siente irreal e implica que se está confundido acerca de dónde está y quién está hablando, en referencia al nombre de etiqueta. Finalmente, exasperado, a su manera, ella sigue tratando de comunicar lo que sucede al hablar de cómo el analista (coche) está

reduciendo peligrosamente a levantarse. Lo notable de este intercambio, entendida desde este punto de vista, es como tenazmente el paciente sigue tratando de comunicar sus ideas acerca de lo que está sucediendo con su analista. En lugar de ser capaz de ayudar a entender su ansiedad y para explorar la base de la misma (sin duda en sus infantiles deseos sádicos y omnipotente), el analista no alcanza la posibilidad de ser terapéutico, crece cada vez más ansioso a sí misma, y de hecho contribuye a la ansiedades del paciente acerca de lo peligroso que es. Un paciente que es capaz de comunicar la fuerza necesita desesperadamente un analista que es receptivo a la comunicación, y hay un gran peligro de que el paciente se deteriora si no puede encontrar particularmente estrecho contacto y la comprensión que los pacientes psicóticos dependen.

No voy a explorar la interacción alterada entre Sylvia y su analista más por el momento, ya que el caso se discute en detalle en el Capítulo 3.

La rigidez y la inflexibilidad

Áreas en las que funciona el analista mal y que lo llevan más bien demasiado rígida e inflexible a seguir una línea de interpretación sin notar sus efectos nocivos (como en el ejemplo que acabamos de dar) pueden ser el resultado de sólo bloqueos temporales activados por conflictos internos o externos. Si estos problemas interfieren con el análisis de sólo un período corto de tiempo, la terapéutica cooperación del paciente generalmente vuelve. Sin embargo, si el analista tiene muchas áreas que se pueden describir como "privado: no entrada" - como **Heimann (1975)** ha recientemente así perceptivamente los describió - entonces el analista y el paciente pueden conspirar inconscientemente para mantener esas áreas fuera del análisis y así crear un callejón sin salida terapéutica. El paciente puede criticar el analista bastante violenta de muchas maneras diferentes, pero sin embargo, evitar la zona y la situación en la que la experiencia traumática de la sensación rechazada se produce por el comportamiento del analista. Los ataques de este tipo de pacientes son a menudo mal interpretado por el analista, quien puede tratar de relacionar este comportamiento a las experiencias pasadas. Esto puede conducir a la aguda ansiedad y el aumento de los ataques críticos o despectivo sobre el analista,

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 39 -

aumentar los sentimientos de desesperanza en el paciente, ya que alimenta sus temores de que será siempre imposible para él para ser entendida y aceptada. Si el analista es capaz de diagnosticar el comportamiento del paciente y reconocer sus propios errores, junto con las causas detalladas del fracaso, el paciente generalmente puede traer sus observaciones al escrito del analista. Cuando, de hecho, el analista es capaz de tomar las observaciones del paciente en serio y es capaz de tener éxito en la verificación tanto en sí mismo y en el paciente las diversas áreas de bloqueo, el impasse en el análisis se borrarán.

Los bloqueos más comunes en la interacción paciente-analista se relacionan con la del analista inconscientes, ansiedades infantiles. Una maniobra defensiva a través del cual las ofertas de los analistas con sus ansiedades es excesiva convivencia con un aspecto de la paciente la personalidad con el fin de mantener a otros problemas no deseados fuera del análisis. Si el analista está abierto y receptivo a las primeras ansiedades infantiles del paciente, el paciente suele ser consciente de ello, y si estas ansiedades son urgentes, él será capaz de seguir su necesidad de proyectar sus inquietudes en el analista de la comunicación, ayuda y comprensión. Por lo general, sólo cuando el analista es defensiva y preocupada por la violencia de las reacciones de los pacientes que se presentan argumentos y las batallas entre paciente y analista. Existe entonces el peligro de que psicóticos de larga duración de transferencia manifestaciones pueden ser fijados.

Batallas y psicóticos de larga duración transferencia reacciones a menudo se puede acortar si el analista entiende lo inmediato más importante de ansiedad. En estos estados el predominante paciente ansiedad es a menudo el miedo que va a impulsar el analista loco o que el analista conducir a la locura (**Searles 1959a**). Se comprende fácilmente que en tales situaciones el paciente se vuelve aguda pánico ya la defensiva. Esto es muy tranquilizador para el paciente si el analista puede tener éxito tanto en funcionar bien en su papel interpretativo y en la retención de su tranquilidad, estado de ánimo reflexivo.

Creo que en todos los casos de parálisis o estancamiento en el análisis es esencial, en primer lugar, que el analista examinar cuidadosamente sus propios sentimientos y comportamientos hacia el paciente. Es igualmente importante examinar cuidadosamente las comunicaciones del paciente y los sueños tanto de cualquier información que pueda arrojar algo de luz sobre la imagen del analista que el paciente ha incorporado y por cualquier pista sobre la colusión entre el analista y el paciente. Es sólo por el analista reconocimiento de sus propios errores y un cambio en su orientación emocional hacia su paciente que el paciente puede sentirse más libre. Es entonces que el paciente se libera de la trampa de colusión. El impasse se puede levantar con bastante rapidez.

Un analista atrapado en una contra-colusoria transferencia puede necesitar

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 40 -

una discusión con un colega no se involucran, como un observador a menudo tiene una oportunidad de diagnosticar el problema con mucha más facilidad. Un ejemplo de la forma en que un observador no involucrado puede ayudar proviene del trabajo de un analista femenina, el Dr. T., quien hace unos años me consultó acerca de un joven de dieciocho años de edad, paciente, Lucy. Ella dijo que ella estaba preocupada por la frecuente discrepancia entre el énfasis de Lucy que ella necesitaba una gran cantidad de ayuda y la aparición simultánea de ser insensible y muerto, no puede tomar más que el mínimo de interpretación. Parecía que después de cualquier interpretación que se quedó en silencio, y por lo general sólo dio algunas asociaciones de sueños. Dr. T. sentía muy satisfecho con el progreso del análisis y creyó que había llegado a un callejón sin salida.

Dr. T. informó una sesión después de un fin de semana. Lucy dijo que había tenido una muy inquietante sueño. En el sueño ella estaba en un coche, su novio estaba conduciendo, y se sentó a su lado, en el asiento trasero había dos amigos - un par. Era de noche, y se condujo a través de los campos. Había árboles de cerezo lleno de cerezas maduras cerca de la carretera, y se recogen algunos de ellos. Pronto llegaron a la granja a la que pertenecía el campo, y había una niña de diez años. Se detuvieron, y la niña dijo: "Usted no debe tomar las cerezas. "Para degustar solo," dijo Lucy. ¿Ni siquiera al gusto-respondió la muchacha. Lucy corrió hacia el coche y se marchó. La niña gritó pidiendo ayuda, y varias personas persiguió el coche. Al final, Lucy se encontró en una casa de campo grande donde ella y su novio fueron capturados. Una mujer vestida de negro, dijo oraciones como si Lucy fueron condenados a muerte. Ella y su novio fueron llevados a una iglesia, donde de nuevo se produjo una especie de ceremonia de la pena. Esta vez fueron los sumos sacerdotes con sus mitras.

En un segundo sueño Lucy sabía que había muerto en un accidente de coche. Ella corrió a su casa para decirle que la madre que todavía estaba vivo y que no se preocupara. En su casa se encontró con que la gente estaba llorando, y su cadáver estaba en estado. Las personas sugirieron vestir al cadáver, y Lucy dijo que podía dar algunos vestidos a la misma. Ella asociado que se había hablado durante el fin de romper la relación con su novio porque no tenía futuro. También habló de un encuentro con otros amigos.

A continuación, informó de un tercer sueño. En este sueño que estaba con un hombre con el que tuvo más la comunicación que con su novio. Le hubiera gustado ser amorosa con él, pero pensé que no sabía cómo seguir adelante con ella. Probablemente era "muy poco expresiva. No se encontraron asociaciones a este sueño. Dr. T. interpretarse con cierto detalle que sentía que Lucy estaba secretamente robando el análisis y el uso de esto para otras relaciones. Esto fue

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 41 -

causando aquí severa culpa y sentimientos de persecución, haciendo contacto con el Dr. T. imposible.

Al escuchar la presentación del material de que estaba impresionado de que el Dr. T. había dado interpretaciones que tuvieron un acusador y la culpa que provoca personaje. Ella no había utilizado realmente los tres sueños, a pesar de que eran vívidos y animado, así como reveladora. Parecía en ese momento algún tipo de relación colusoria pasando entre paciente y analista que fue creando un cuadro del Dr. T. como una mujer de negro, haciendo discursos funerarios. Lucy se confabuló con esto, como en el sueño contribuyó materiales - el vestido - al cadáver. Sin embargo, la actitud de condena del Dr. T. se vio reforzada por la que no han seguido la información tht Lucy había visitado la madre - de pie para el Dr. T. - para decirle que no se preocupara y que Lucy estaba vivo.

Al escuchar los detalles del sueño que tuve la impresión de que el secreto de robar y el deseo de probar las cerezas que se refiere a los deseos sexuales secretos, al igual que sus asociaciones con el sueño en el que se sentía atraído sexualmente por un hombre, amigo, pero no puede expresar esto a él (como en el análisis). De esta manera los sueños dieron testimonio de las dificultades de Lucy en la expresión de sus deseos lésbicos secretas en el transferencia pruebas - sólo un poco oscurecido por lo que el analista en un hombre. El examen detallado de Lucy historia reveló que su madre no había sido capaz de darle de comer cuando era un bebé, y su padre había contratado inmediatamente una nodriza, una sensual mujer, que alimentó al niño por lo menos durante un año. El padre había muerto en un accidente de coche cuando Lucy tenía trece años, y Lucy había soñado con un accidente de coche. Después de que su padre murió, se reveló que había tenido un secreto amor romance con una mujer en los últimos tres años. (La edad de la niña en el sueño, diez, por lo tanto puede representar el comienzo del padre's amor romance.) Cuando la madre se enteró de esto, se convirtió en una depresión grave. El aspecto positivo en el análisis parecía ser la revelación muy abierta de toda la situación a través del sueño. A pesar de la falta de asociaciones contribuyó a la mejor comprensión del sueño. Sin embargo, parecía que el analista se confabuló considerablemente con Lucy en la repetición de la conducta de la izquierda-hacia fuera y deprimida madre cuando el secreto amor asunto fue revelado. El secreto de Lucy sobre su atracción por el Dr. T., que repitió su atracción hacia el pecho de la nodriza, contribuyó a la creación de colusión del mortal castigo situación, en la identificación con los muertos padre de la transferencia.

He elegido este material de aclarar un punto muerto en el análisis causado por una relación de colusión entre el analista y el paciente. También quería ilustrar lo que es esencial en el análisis para poder observar propia tendencia de uno para hacer interpretaciones que suenan

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que

apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 42 -

acusatorio o super-egoish para el paciente. Dr. T. En este caso informó que su discusión con me ayudó a comprender su crítica contra- transferencial mejor, y que ella era capaz de sentir mucho mejor acerca de Lucy. Esto es, por supuesto, más fácil cuando se llega a una comprensión más completa de la del paciente historia y organización mental. En los casos de impasse, el examen detallado de analítica de material, con el fin de encontrar una posible evidencia de una relación de convivencia entre el analista y el paciente, parece ser especialmente importante. La recreación de la historia de la transferencia de impasse es bastante común. En este sentido, es interesante que el Dr. T. optó por informar de la reunión con los tres sueños en los que los problemas cruciales que tenía con el paciente eran tan asombrosamente claramente de relieve.

Resumen

En este capítulo he tratado de desarrollar la investigación de transferencia y contra- transferencia comenzado en el capítulo 1. La función terapéutica depende de la apertura y la sensibilidad del analista y su capacidad de observación detallada que le permite seguir la paciente el material en detalle con el fin de establecer la principal ansiedad en cualquier momento. El analista también tiene que saber que hay una parte sana sana en todos los pacientes que, si se entiende, trata constantemente de comunicarse con el terapeuta de la situación del paciente se encuentra pulg

Brevemente repetir los puntos principales:

1. El analista se colocará a través de la transferencia de muchas funciones por parte del paciente, no sólo el papel de padre o madre o la buena o mala persona o partes infantiles de uno mismo. El analista debe percibir el papel cambiante que a menudo es indicado por su proyección, pero no actúan de esta función con el paciente.
2. Los analistas tienden a veces para quedar atrapado en un cierto modo de pensar que en realidad implica un no pensar. Esto nos lleva a interpretar, por ejemplo, envidia todo el tiempo cuando algo es más acuciante. La persistencia de la interpretación de fin de semana o la ansiedad de separación, cuando el problema del paciente es del analista existencia o no existencia de las sesiones, es otro ejemplo.
3. A veces los analistas serán insensibles a las críticas de sus pacientes y en lo que se perderán las comunicaciones importantes.
4. A veces, los analistas estarán ciegos a la tendencia del paciente para conseguir que se coluden con sus formas de pensar y de ser.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 43 -

Estos cuatro puntos, que aquí se resumen, se ilustran al menos una vez en los últimos capítulos, comenzando con el capítulo 3.

Nota

¹ Freud ha dicho que los pacientes traumatizados responden mejor al tratamiento que aquellos con las condiciones determinadas por la Constitución. Mi propia experiencia confirma la afirmación de Freud. No obstante, es inevitable que el paciente gravemente traumatizado que tiene que revivir estados infantiles a principios de la transferencia tendrá que ponerse en contacto con ansiedades psicóticas graves que tienden en ocasiones a salir de control. Esto puede temporalmente causar una confusión que es difícil de tratar. En el traumatizado, pacientes privados, ansiedades psicóticas menudo siguen existiendo en su forma original. Las ansiedades infantiles tempranas fueron a menudo seriamente exageradas por la situación traumática, sobre todo si se trataba de principios de la infancia separación que dura años, el hambre, la enfermedad, o maltrato.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 44 -

3. Desglose de la comunicación entre el paciente y el analista

En el capítulo 2 brevemente la atención sobre algunas de las cosas que pueden salir mal con socavar los esfuerzos terapéuticos del analista. En este capítulo quiero ilustrar algunas de estas dificultades más a fondo al examinar con más detalle algunos de los materiales sobre el paciente, Sylvia, que se menciona en el capítulo 2 y se presenta en uno de mis seminarios. El analista de presentar el caso tenía experiencia previa en el hospital psiquiátrico, pero no había intentado un psicoanálisis de un paciente psicótico. Se metió en graves dificultades con el tratamiento de Sylvia, y el paciente finalmente rompió. En el seminario llegamos a ser conscientes de que este resultado se produjo en parte porque el analista no había

obtenido una evaluación lo suficientemente clara de la paciente y por lo tanto no había organizado un apoyo adecuado para ella y su paciente, sino también porque el analista no fue capaz de llevar los factores terapéuticos en el tratamiento en vigor. Específicamente se convirtió preocupado con su propia línea de pensamiento y no fue capaz de escuchar las advertencias de la paciente que estaba llevando a cabo una línea equivocada. Para ilustrar lo que creo que pasó voy a interponer informes sobre las sesiones de Sylvia (hecho por su analista, el Dr. M., e impreso en letra cursiva) con mis propios comentarios impresos en caracteres latinos.

"En mayo de 1974 Sylvia tenía veintisiete años y había llegado hace cinco años, con su esposo y primer hijo, que entonces tenía seis meses de edad, a Inglaterra. En la primera consulta me dijo que un mes antes de la Navidad 1973 que mentalmente se derrumbó y no pudo hacer nada. De pronto tuvo la sensación de que nunca iba a ver a sus padres y no habría más aviones, por lo que sentía que era como "tratar con los muertos". Ella primero atribuyó su crisis a la crisis de combustible en Inglaterra. Sólo más tarde se hizo

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 45 -

recuerde que su marido se había ido de viaje de negocios por un día, y esto le había molestado hasta tal punto que precipitó su crisis. Al parecer, su marido nunca había estado lejos de ella por un día entero antes de que surgiera la crisis. Este breve separación de su marido le hizo consciente de su incapacidad para mantener una buena imagen interna de los padres con vida, su mundo interior estaba muerto y vacío, no había nada que pudiera hacer en la vida .

"En la primera sesión analítica Sylvia parecía sentirse un poco mejor. Estaba tumbada en el sofá y hablaba bastante bien. Sin embargo, en la segunda semana tenía una experiencia inquietante después de ver una obra de teatro africano triste. Ella y su marido se había ido a un restaurante después de la obra y ella se describe cómo las pinturas de todo el muro se habían representado a personas hambrientas, y todo el mundo en el restaurante fue muerto de hambre también. Ella sintió que debía hacer algo más acerca de la gente hambrienta. Informó de un sueño que estaba lleno de gente muerta de hambre y luego fue apuñalado por la espalda "

- *Sylvia estaba alucinando con claridad en el restaurante. El sueño también se comunica ansiedades psicóticas graves. A veces toma un tiempo antes de que uno sabe cómo interpretar un psicótico sueño a un paciente. Tanto la cuenta sobre el restaurante y el sueño indican que Sylvia se está comunicando experiencias psicóticas. También indican el grado en que Sylvia se siente no sólo culpable, pero perseguido por su estado psicótico. La incapacidad para hacer frente a la separación y su obsesión sobre el hambre implica que las funciones de Sylvia en un nivel infantil temprano. Su tremendo vacío y el hambre se proyectan en el exterior medio ambiente , que a su vez está muy distorsionada. Su paranoia severa ansiedad indica que ella está constantemente amenazada por el regreso mortal de sus proyecciones.*

Dr. M. habló de su contra-transferencia en esas primeras sesiones e informó de que le resultaba difícil recordar o grabar las sesiones. Ella sintió que el material estaba demasiado fragmentado. También se ha descrito que tenía la sensación de que tenía que llevar al paciente a la sala de consulta con los ojos y verla salir de la habitación, como si había alguna necesidad de mantener el contacto con los ojos. Sylvia estaba en el coche y miró al Dr. M. después de la sesión. Luego se dirigió hacia la puerta, se volvió y miró a Dr. M. nuevo .

- *Al escuchar el informe que se recibe la impresión de que Sylvia se siente en un estado muy precario. Ella hace Dr. M. siente consciente de que ella necesita Dr. M. 's percepción (es decir, los ojos), no sólo para percibir*

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 46 -

sus propias acciones, sino para guiarlos y para proporcionar la percepción de lo que está pasando en su mente. Ella es incapaz de ver por sí misma.

Primer seminario: Sesión A

Un período de sesiones informado por el analista y discutido en el primer seminario se describirá ahora con cierto detalle. Aunque me he dado parte de esta sesión en el Capítulo 2, quiero describir con más detalle aquí debido a la claridad de la Sylvia comunicación . Destaca dificultad Dr. M. 's en la comprensión de su lenguaje y la forma de comunicación . Otro problema que notamos es que las funciones de Sylvia en un nivel infantil temprana y, por lo tanto, no pueden hacer frente a tiempo a la manera su analista espera. Aunque ella no puede parecer pensar con claridad, Sylvia es consciente de que puede comunicarse con los sentimientos. Su lenguaje es muy personal y comunica sus experiencias no verbales.

Dr. M.: "En la segunda semana del análisis Sylvia fue repentinamente incapaz de abrir la puerta de mi apartamento. Esto se hace abriendo la puerta después de haber usado un timbre eléctrico en respuesta a Sylvia de sonar la campana. El paciente no venir pulg tuve que ir a la puerta para dejarla entrar Durante la sesión también estaba preocupado por

el hecho de que mi coche estaba ausente, y temía que esto podría causar ansiedad a Sylvia. Era un miércoles, mi coche no estaba en frente de la casa, y me pregunté si Sylvia sabía lo que mi coche parecía y si su ausencia podría provocar su abrumadora miedo a quedarse .

"En la sesión de Sylvia llegó a unos cinco minutos antes. Hubo un corto silencio, y entonces ella comenzó a hablar: "Una cosa que todavía me preocupa es que mi marido va a desaparecer. No sé donde estará, o cuánto tiempo va a ser, puede ser un lugar muy remoto, no hay nada definido - y no hay nada definido "Aquí se hace una larga pausa y luego dice:" De todos modos, esto. es lo que me estoy preocupando. "Me respondió:" Parece que estás viviendo en un estado de incertidumbre con una sensación de temor se cierne sobre ti. ""

- *Este es un reconocimiento directo por la Dra. M. del estado emocional del paciente y no introduce ningún malentendido. Sylvia dijo que estaba de acuerdo con ella.*

"Sylvia respondió con algo que no recuerdo, pero me acuerdo de mi interpretación, a saber, que la ansiedad de Sylvia parece unirse en su mente con el fin de semana."

- *En otras palabras, el analista interpreta ansiedades de Sylvia como si tuviera*

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 47 -

Quería decir: "Es Miércoles hoy y ya está en mi mente de que el fin de semana se acerca y luego el sábado lo va a ser, donde el Dr. M. ser, lo que será el Dr. M. estar haciendo, y cuando va a venir ella de nuevo a mí? "

'Sylvia dijo entonces: "Es importante que la gente que estoy con, mientras que al mismo tiempo yo solía hacer comparaciones acerca de cómo la gente enfrentado. Ahora es la manera que las cosas se sienten y cómo me siento. "Yo interpreté que esto significaba que Sylvia estaba muy influenciado por sus sentimientos de lo que ella cree que otras personas sean sentimiento. Sylvia informó: "Sí, tengo que tener mucho cuidado si alguien se pone nerviosa. Entonces tengo que estar tranquilo. ""

- *Me parece que desde el inicio de la sesión Sylvia trató de traer a sus sentimientos de estar en una pérdida y emocionalmente a distancia de la Dra. M. a la derecha en la sesión. Primero fue el no verbal de comunicación sobre el timbre. Entonces, cuando el Dr. M. comenzó a hablar de su temor a que el analista ausencia el fin de semana. Sylvia inmediatamente la corrigió como si quisiera decir: "No, yo no estoy hablando de separaciones reales ahora, pero yo me refiero a la sensación de pérdida y de la distancia que se produce cuando en realidad estoy con usted. Dr. M. "Yo diría que ella trata de dejar claro que ella es competitiva sobre las dificultades Dr. M. s para hacer frente a ella. Se ha observado las dificultades que el Dr. M. tiene en la comprensión de las de sus sentimientos que le molestan, e informa de esto. Cuando el Dr. M. responde a la declaración muy personal del paciente sin relacionarlo con ella, sin embargo, Sylvia se hace más explícito, tratando de decir: 'Sí, estoy influenciado por sus sentimientos. Tengo que tener mucho cuidado de mantener la calma si alguien se perturba [ie nerviosa]. Al igual que usted. Dr. M. '*

Dr. M. informó que no estaba claro lo que quería decir y lo que Sylvia le preguntó Sylvia, ¿cómo se siente ahora? Sylvia soltó una risita y dijo: "Bueno, en realidad me siento bastante nerviosa." Ella dio otra risita y dijo: "No quiero aniquilar a usted." Dr. M. respondió a este intercambio diciendo que parecía que si la interpretación (que podría haber estado preocupado de que el Dr. M. podría no estar aquí el fin de semana) había trastornado Sylvia. Sylvia respondió a esta: "Esto me lleva a lunes, en la actualidad, y el uso de negro." (Dr. M. explicó que el seminario que Sylvia había informado en la sesión de este martes que había sido bastante desconcertado por el hecho de que el Dr. M. fue vestida con una blusa negro el lunes. De hecho, el Dr. M. llevaba una camisa blanca.) Dr. M. Por lo tanto interpretarse que parecía que si se interpreta a Sylvia nada acerca de ella está ausente de inmediato recordó a la mente de Sylvia la ansiedad por el analista muriendo. Sylvia se siente confundido cuando ella

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 48 -

la hora de la sesión y no está segura de si el Dr. M. estará allí. Dr. M. añadió: "Tal vez usted no está seguro de si el coche está aquí o no". Sylvia respondió: "Oh no, he renunciado a por el coche." Luego dijo enfáticamente: "Es momento que me suene el timbre Me siento un poco preocupado, el tiempo entre tocar el timbre y presionando el timbre para que me dejen entrar, que es cuando me siento un poco preocupado "

- *Dr. M. perdió el sentido de la afirmación de Sylvia que tiene que mantener la calma si el Dr. M. se pone nerviosa. Sylvia es lo suficientemente sincero para admitir que ahora se está nervioso. Ella trata de tranquilizar a Dr. M., sin embargo, que ella no quiere destruir (aniquilar) ella con sus observaciones críticas. En este punto el Dr. M. parece haber percibido que ha molestado a Sylvia. Pero todavía interpreta que Sylvia no puede soportar ser recordado de separaciones de fin de semana. De hecho, en la sesión de lo que es preocupante*

Sylvia es el estado de su analista de la mente. La referencia de Sylvia a su analista con una blusa negro podría transmitir que vio a su analista como estar en un negro, estado de ánimo deprimido hoy, así como el lunes. Sin embargo, el Dr. M. sigue hablando de separaciones y sobre el coche ausente. En este punto, Sylvia parece estar harto: "He renunciado a por el coche." Entonces hace una declaración conmovedora sobre la angustia que experimenta cuando se trata de comunicar sus sentimientos a la Dra. M. y tiene que esperar hasta que se abre a su comunicación. Ella ha verbalizado el contenido no verbal del comienzo de la sesión: "¿Será lo que digo suena a la mente el Dr. M. 's, o no" En esta sesión, como a veces sucede, el analista no podía responder a Sylvia

Dr. M. informó que en esta etapa se sentía un poco confundido. Ella era consciente de que había cometido un error al introducir el coche porque Sylvia repente habló de otro coche, un Citroën, que no era el coche del analista. Sylvia había dicho que estaba segura de que el Citroën estaba allí ese día. (En realidad no lo era.)

• *En otras palabras, en respuesta a la analista de hablar de los problemas que el paciente experimenta como no existente, el paciente ahora habla sobre los problemas que no existen.*

Sylvia ahora comenzó a hablar de su ansiedad que podría acabar con el Dr. M. cabo. Ella dijo: "Yo solía ser muy quejándose de tener mala memoria, y parece que el tener una mala memoria es realmente limpiando las cosas. Eso me preocupa y por eso me puso fuera de mi mente. "Y continuó:" Esto tiene algo que ver con mi madre. No sé si me fuera o mis problemas borra o soy yo el que acabar con mi madre y los problemas de mi madre ".

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 49 -

Después de una pausa, continuó, "¿O es mi problema?" Dr. M. interpreta: "Es mi presencia y mi ausencia, que parece ser el problema para usted, y cuando se pone demasiado preocupante que tiene que limpiar hacia fuera." Sylvia se habló de ello tiene que ver con envejecer. Dijo que su edad mostró en su rostro y le preocupaba mucho. Ella dijo que ella pensaba que ya tenía veintiocho años y ahora que su marido había interrogado por cometer un error en su edad. Dr. M. sentía estas ideas se relacionan con el miedo de la Dra. M. envejecer y morir, e interpretado en estas líneas del paciente.

• *Haciéndose un año mayor puede tener que ver con el miedo a la muerte del analista, sino que también tiene que ver probablemente con la persistencia de la interpretación de Dr. M. 's la separación. separación debe ser una inquietud de un más viejo niño (tal vez en un año de edad), pero en este momento en la sesión de Sylvia probablemente experimenta a sí misma sintiendo mucho menor. Ella se pierde y no puede lidiar con el tiempo. Ella está preocupada por algo que ver con la incapacidad Dr. M. 's de entender porque ella habla otra vez de aniquilar el Dr. M., aunque al hablar de su madre: "No sé si mi madre me borro o mis problemas o si yo soy el que borro mi madre y mi madre los problemas 's. "Ahora parece temer que el Dr. M. está causando su (Sylvia) incapacidad para hacer frente a los problemas, atacando a su estado de ánimo con sus problemas. Pero Sylvia se pregunta si se está atacando a la mente el Dr. M. 's con sus problemas. Al final, ella lo deja abierto: "¿O es mi problema?" En toda esta comunicación se pega uno que la capacidad del paciente para considerar y pensar sigue presente, pero el Dr. M. sigue teniendo dificultades para seguir. Uno se da cuenta de que no es física Dr. M. 's presencia simultánea mental, pero su ausencia que causa preocupación para el paciente. Esto es lo que la hace preocupado por el Dr. M. conseguir senil o demasiado viejo, que por lo tanto se convierte en miedo de identificarse con el viejo y senil analista. Pero creo que la cuestión de si ella es tal vez un año mayor que ella, de hecho, es tiene otro significado también. En todo este período de sesiones Sylvia tiene que ser más razonable y comprensivo que el Dr. M. Ella tiene que ser más maduro, y creo que esto se está expresado en el hecho de que se llama a sí misma veintiocho lugar de veintisiete años. Se trata de transmitir. "No puedo ser un bebé, tengo que tratar de ser un poco más viejo."*

Dr. M. parecía seguro que Sylvia ansiedad fue creado por su físico ausencia (el próximo fin de semana y el coche que faltan), y esto hizo que Sylvia temo que el Dr. M. podría morir. Así, cuando el Dr. M. interpreta esta ansiedad, Sylvia intenta de nuevo muy desesperadamente de traer Dr. M. al punto. Ella dice que, por así decirlo. "Me siento increíble, estoy esperando en la puerta y tengo que mirar a su nombre-etiqueta [del analista]

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 50 -

bajo la campana. "Dr. M. interpreta que Sylvia tiene pruebas de que su analista realmente existe, que está aquí con Sylvia en este momento. Este malentendido parece ser demasiado para Sylvia, ella se convierte en silencio. Dr. M. 's sugerencia de que Sylvia necesita evidencia de que existe y que está realmente allí con ella provoca silencio porque no hay evidencia de que el Dr. M. está presente mentalmente. Esto es lo que Sylvia le preocupa.

Dr. M. rompió el silencio para pedir Sylvia lo que estaba pensando. Ella respondió que estaba pensando en el coche. Un coche había cortado delante de ella un día y había aparcado al otro lado de la unidad. -Debe pertenecer a alguien aquí [Dr. M. 'casa s]. Alguien que posee un garaje. Dr. M. interpretado esto como que Sylvia pensó que realmente les gusta estar en la posición de poseer el Dr. M., que le permitiría entrar y salir de ella sin ninguna dificultad.

- *Al hablar sobre el coche que corta a la derecha a través de su trayectoria Sylvia se comunica que es el Dr. M. que hoy se corta constantemente al otro lado de su manera de pensar y de sentir. Cuando se dice que este coche está aparcado en "su" - el analista de - Garaje, dice que el problema pertenece a la Dra. M. Esta comunicación es más incomprendida por el Dr. M., que hace una simbólica interpretación sobre Sylvia entrometerse en Dr. M. y poseerla .*

La característica más llamativa de esta sesión es la persistencia de la capacidad de Sylvia para comunicarse en varias ocasiones algunos de los problemas que interfieren en la relación paciente-analista. Se sospecha de su referencia a su madre que este problema puede también repetir ciertas dificultades del paciente y su madre tenía. La mayoría de los pacientes psicóticos proyectan sus sentimientos y ansiedades muy intensamente en el analista cuando verbalmente o no verbalmente comunicar. En general, esto ayuda al analista a comprender mejor al paciente. Pero si el analista no puede hacer frente a las proyecciones del paciente, tiende a salir del tacto. Esto puede ocurrir a pesar del hecho de que en cada sesión de Dr. M. ha notificado muy sensible acerca de la interacción paciente-analista. En esta sesión estaba claramente fuera de la realidad y no se dio cuenta de Sylvia es esfuerzos para ayudar a restablecer un entendimiento.

Primer seminario: Sesión B

Volviendo ahora a la siguiente sesión, se informó en el mismo seminario, uno se pregunta si el paciente se convertirá retirados o si ella

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 51 -

podrán continuar haciendo su comunicación a la Dra. M. aún más clara.

Sylvia comenzó la siguiente sesión se queja de que su madre la llamó por teléfono, pero no habló directamente a ella, sino a la au pair. Dr. M. respondió que parece Sylvia cree que no hay una comunicación adecuada entre los dos de ellos y se queja de que el analista no está en contacto con ella. Dr. M., al igual que su madre, es el que está hablando con otra persona, no a ella. Es el Dr. M. que no parece ser consciente de ella para que no se puede sentir que es importante para el Dr. M. Dr. M. también interpretado que Sylvia dice que el Dr. M. debe ponerse fuera suficiente como para entender y realmente saber lo que ella está sintiendo.

- *El paciente la comunicación de su madre parece repentinamente haber traído Dr. M. en pleno contacto con Sylvia, y se interpreta con sensibilidad y bellamente. La interpretación es particularmente interesante, ya que, sin ningún tipo de supervisión, el Dr. M. ve totalmente e interpreta lo que se perdió el día anterior. Sin embargo, no hay evidencia de que ella se refiere la queja de Sylvia de la sesión anterior, en la que Sylvia tenía buenas razones para quejarse. En mi opinión ese vínculo sería esencial.*

Sylvia fue a quejarse a su madre, quien no le dijo que se iba. Sylvia también dijo: "Yo mismo he estado pasando mucho tiempo con el bebé, pero no tanto con la niña mayor y es el bebé que los celos parece venir. Dr. M. dijo que se sentía confundido acerca de esta declaración.

- *Me parece que en los estados Sylvia anterior que ha experimentado a sí misma el fin de semana cuando el bebé. Su problema de celos viene de su propio bebé, y es por eso que no puede usar su mente adulta y se siente a la izquierda y perdió el fin de semana. Ella no entiende, como un bebé, que el Dr. M. le ha dicho que ella se va el fin de semana. Ella describe la horrible experiencia de ser pronto abandonado cuando era un bebé. Lo que más le molesta es que se dejó parece venir completamente fuera de la nada. Ni su madre ni su analista siempre le dicen que se van. Esta es la experiencia que Sylvia quería transmitir al Dr. M., y creo que transmite sus primeras experiencias infantiles sobre su madre (y su analista) 's presencia y ausencia muy claramente. Es interesante que esta experiencia se transmite principalmente a través de las palabras, pero las palabras transmiten sentimientos en lugar de pensamiento verbal. En este sentido, creo que es esencial que el analista*

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 52 -

interpretaciones transmiten, muy claramente, los sentimientos que el paciente comunica y también el estado de auto del paciente. Es necesario hacer llegar a este tipo de pacientes que se ha comunicado que ella es un bebé que no sabe sobre el tiempo y por lo tanto no se puede pensar en el tiempo. El reconocimiento por parte del

analista y la comprensión de este tipo de comunicaciones por parte del paciente pueden disminuir sentimientos de la paciente está aislado y perdió por lo que poco a poco cierta reestructuración de la personalidad puede tener lugar.

Tercer seminario: Sesión C

Ahora voy a hablar un poco de materia del tercer seminario sobre este paciente, que tuvo lugar después de las vacaciones de verano. En el período de verano el estado mental de Sylvia se deterioró, y durante la última semana de las vacaciones que casi se retiró a la cama. Le resultaba prácticamente imposible hacer frente con el cuidado de sus hijos y su hogar. En el segundo seminario, inmediatamente después de las vacaciones de verano, se hizo evidente que el Dr. M. no podía hacer frente a la situación sin la ayuda de un psiquiatra. Por suerte, un miembro del seminario, que fue consultor en un hospital psiquiátrico de Londres, se ofreció a ayudar, al ver Sylvia y haciéndola en el ámbito hospitalario. Esto no resuelve el problema, pero al menos cierta continuidad era posible. Al principio Sylvia no quería ir al hospital, pero pronto su marido insistió en que, como ella se negó a levantarse y mirar después de algo o alguien en su casa, ella debe. Por eso, cuando el seminario se reunió por tercera vez para hablar de su caso (después de las vacaciones de verano) y teníamos un informe muy detallado del consultor sobre el problema de la gestión, así como la analítica de material de las sesiones.

Antes de las vacaciones, como ya he mencionado, Sylvia presentó una infantil temprana transferencia, basado en gran parte en su deseo por el Dr. M. estar en contacto con ella y abrazarla juntos. Durante las vacaciones parece que su yo o ego fragmentado, y los fragmentos de las distintas partes de su personalidad se proyecta en diferentes objetos en su entorno. Después de las vacaciones, por lo tanto, sus dificultades anteriores para hacer frente a su estado interior había cambiado en dificultades en ser capaz de funcionar en absoluto. Esto fue acompañado por una casi completa falta de preocupación por el problema. A través de la fragmentación de su ego había perdido la capacidad de percibir lo que le estaba pasando, y también su capacidad de pensar. Era por lo tanto, dependen casi por completo de Dr. M. traerla yo fragmentado juntos. Su denuncia ante la fiesta había sido que ella no podía hacer frente a tener que ser un adulto. Ahora el predominante ansiedad

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 53 -

era que no tenía un ego funcionamiento. Su ansiedad acerca de esto se proyecta casi en su totalidad en su entorno. Esta fue la razón por la que su marido no podía hacer frente cuando su esposa se retiró de la realidad y se retiró a la cama. Ella no podía venir al análisis de su casa, y así fue dispuesto hospitalización. Sin embargo, desde el hospital llegó sola a su análisis y se perdió las sesiones sólo ocasionalmente.

El consultor hospitalario presente en la sesión informó que era increíble como gay y activo este paciente había aparecido cuando ella estaba en el hospital, como si no hubiera nada malo en ella. Sus observaciones confirmaron cuán completamente se niega o se proyecta su conciencia de la enfermedad. De hecho, el personal del hospital consideró que no era más que un mimado niño que debe ser golpeó, y se hizo reaccionar a ella con resentimiento. El consultor comentó que estaba impresionado por Sylvia falta de visión y de cualquier relación con el análisis. En su opinión, parecía que había un enorme poder destructivo expresado por el comportamiento de Sylvia, porque la alegría tenía un maniaco y destructivo carácter y parecía carecer de cualquier preocupación para nadie más que ella. Él también había tenido una entrevista con Sylvia padre y estaba impresionado por la actitud omnipotente que el padre adoptó. Parecía la culpa dificultades de Sylvia totalmente de su marido. Ahora voy a hablar sobre el informe del Dr. M. 's de la sesión durante este período del análisis.

Dr. M. informó por primera vez que, al comienzo de la última semana Sylvia había estado haciendo una serie de amargas acusaciones contra su marido y su matrimonio. En la sesión de Sylvia había llegado al hospital de llegar quince minutos antes. Ella dijo que ella había planeado previamente que ella podría ir a casa por un tiempo después de la sesión. Luego continuó: "No me siento muy positiva al respecto. No me siento positivo sobre cualquier cosa. Mi padre y Peter [su marido] estaban en el hospital ayer y mi padre le dijo a Pedro que le echa la culpa de todo lo que ha sucedido. Simplemente no quería oír hablar de que tenía algún problema antes. Dr. M. respondió: "Ahora hay abierto antagonismo entre su padre y su marido.

• En otras palabras, el Dr. M. responde a Sylvia comunicación como una declaración objetiva sobre la realidad. Cualquier significado más profundo en la Sylvia comunicación se ignora.

Sylvia dijo: "Sí, mi padre se determina que Peter debe cambiar su actitud hacia mí. Dice que si no consigo aquí [en Inglaterra] sin que mis padres se van a venir a vivir aquí. Me dan ganas de gritar." Dr. M. respondió: "Parece que usted siente que no le ayudaría. Usted se siente

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 54 -

abrumado tanto por lo que está pasando dentro de ti o ser tomado por personas ajenas a ti. ' Dr. M. no recordaba cómo Sylvia respondió.

• *Creo que Sylvia aquí deja claro que su negación y destrucción omnipotente se proyectan en su padre . Él actúa como si fuera su propia omnipotencia destructiva que ataca y acusa a su marido por completo por el fracaso del matrimonio. De hecho, el marido había apoyado y organizado el tratamiento - algo que no es apreciado ni defendido por Sylvia, o el padre , en este momento . En mi opinión, es esencial para el Dr. M. interpretar la escisión y la proyección de la actitud de omnipotencia destructiva de Sylvia en este punto. Ella había hecho su padre, el destructor omnipotente, y esto refuerza su propio Estado omnipotente y de ninguna manera con el apoyo de un auto depende cuerdo y su necesidad de tratamiento. Dr. M. se advirtió que el ataque violento que amenaza con romper el matrimonio, la relación entre ella y su marido, también amenaza con romper su capacidad perceptiva. Su percepción es el vínculo que podría ayudar a encontrar una forma de la lucha dentro de sí misma: de su locura destructiva y su cordura. Esto explicaría por qué Sylvia siente que quiere gritar si sus padres están decididos a llegar a Inglaterra. Si su marido, que representa a su propia visión , es destruida por el ataque de sus padres (que se destacan por su autodestructivo), entonces el paciente se siente completamente solo. Ella se convierte en un bebé completamente indefenso, que sólo pueden gritar de miedo y la ira. Si mi percepción de este proceso es correcto habría sido esencial para buscar en el material de cualquier tipo de prueba de la relación infantil y cómo esto fue experimentado por Sylvia, en ese momento .*

Después de una pausa Sylvia dijo hace unas semanas cuando fui al hospital, Erica [la au pair anterior] había llegado de nuevo a nosotros por un par de semanas de Alemania para cuidar a los niños. Se ha ido ahora. Hay alguien más allí. Mi padre me dijo que odiaba a Erica. Supongo que tiene algo que ver con Erica ser alemán, pero ellos [los padres] han sido de ida y vuelta a Alemania a menudo. ¿Cuál es el punto de él diciendo que? Él debe ser capaz de controlarse a sí mismo. Me pone muy enojado.

• *Ahora, en este momento, Erica, quien ayudó a Sylvia a mirar después de que sus hijos (que a su vez representan yo infantil de Sylvia), representa el Dr. M., que ha regresado de sus vacaciones. Sylvia reconoce la irracionalidad del ataque a Erica, de pie para el Dr. M., y ella se enoja con el omnipotente padre quien ataca a su marido y también el Dr. M. Ambos tienen que buscar después de su yo infantil (los niños)*

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 55 -

en este momento . Dr. M. había interpretado en este sentido habría sido posible para ella para fortalecer la parte sana del paciente defensor Dr. M. y la situación analítica frente al ataque omnipotente. Sin embargo, el Dr. M. no interpretó muy claramente.

Sylvia continuó: "Me preocupa que las cosas se han hecho mal entre Pedro y yo. Me parece que repetir lo que hicieron mis padres. No es bueno para los niños. "

• *Creo que esta afirmación de Sylvia es simplemente una confirmación de que peleas de sus padres representan un ataque contra el análisis . Esto no es bueno para ella yo infantil o para su salud mental.*

Después de algún otro Sylvia comunicaciones explicó además: "Cuando conocí a Peter que parecía pertenecer a una familia que se llevaba bien con los demás y parecía que quería pertenecer a ella y sentirse seguro. Yo soy el eslabón débil de la cadena. Los niños van a ver a otras madres a hacer frente. Me aparté de mi madre, y que causó su dolor. "

• *Esta comunicación es tal vez un poco más difícil de entender. Parece que Sylvia pudo haber pensado de su familia unida originalmente como una forma de expresar algo acerca de su pérdida de sí mismo coherente. Un auto coherente era algo que envidiaba y quería ser parte. Pero al tratar de lograr esa coherencia que agresivamente se volvió contra su marido, que ahora se encuentra por su propia madre . Ahora quiere alejarse del Dr. M., y esto, admite, está causando a su marido y el Dr. M. dolor. En otras palabras, ella es capaz de indicar que su positiva de sí mismo es, por desgracia el débil vínculo en su ego. Esta materia es muy conmovedor y demuestra, creo yo, la claridad de tal paciente maniaco destructiva se presenta la conciencia de sus problemas fundamentales, si uno escucha a ella con mucho cuidado.*

En su siguiente comunicación Sylvia dice: "Me siento culpable por herir a todos y entonces no parece ser capaz de asimilar lo que es bueno. Parece que hay muchas cosas buenas y todo se vuelve malo. '

• *En otras palabras, Sylvia admite su ansiedad acerca de su propia destrucción y dice que no es tanto el Dr. M. dejándola que ella, pero el hecho de que ella es afligida por preocupa ser tan destructivo y el mal. Le duele todo el mundo para que las cosas buenas que le entregaron a su vez mal. Ella ha comenzado a darse cuenta de que esto es lo que se siente culpable. En el material de que siguió Sylvia*

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 56 -

se quejó de que nunca había sido capaz de pensar. En otras palabras, se dio cuenta que sus ataques

destructivos sobre sus objetos y su auto sano no sólo han debilitado la capacidad de tomar las cosas en pero también habían interferido con su capacidad para el pensamiento .

Dr. M. reconoció la ansiedad de Sylvia sobre sus dificultades para pensar, pero luego se echó a Sylvia: «Tengo que encontrar algún tipo de lógica.

• En ese momento , después de que su conocimiento de sus ataques agresivos y la debilidad de sus vínculos positivos, Sylvia ella insiste en que ha perdido su capacidad de sentido común y la lógica de pensar . Hace un llamamiento al Dr. M. para proporcionar o restablecer a ella las partes de sí misma que puede pensar con claridad y tener sentido común.

En las sesiones restantes que hemos discutido en los seminarios Sylvia continuó comunicándose con claridad a pesar del deterioro de su condición y la grave aumento de la división de uno mismo , que se produjo cuando ella se deshizo de su estado de ansiedad de la mente y se proyecta en su marido. Sin embargo, cuando ella no mejoró en el análisis después de muchos meses, su marido la dejó. Esto fue muy desafortunado, porque él había sido la influencia más estable en su vida. Con este deterioro en su entorno , finalmente, el paciente dejó el análisis . ¹

Discusión

Espero que, a pesar del truncamiento de la materia que he sido capaz de presentar, que ha ilustrado cómo, si el analista está observando y escuchando con atención del paciente el material , se puede visualizar la estructura del self del paciente psicótico y sus relaciones de objeto . Entonces sería posible para él reunir en sus interpretaciones de los diferentes aspectos de sí mismo que es esencial para el paciente de entender.

Creo que es la función del analista con los pacientes como Sylvia de interpretar de tal manera que el paciente se da cuenta, a través de las comunicaciones del analista, la lógica de sus ansiedades y conflictos. El tratamiento de pacientes psicóticos a menudo es difícil, pero gratificante para el paciente y también para el analista. He tratado de ilustrar cómo se comunica el paciente sino también para mostrar las dificultades que un analista se enfrenta en la comprensión de las comunicaciones de un paciente psicótico durante el análisis . He sostenido, no obstante, que este paciente psicótico fue capaz de llevar sus problemas con claridad a la

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 57 -

análisis , y por lo tanto espero que el ejemplo nos ayudará a todos a comprender y aprender cómo los pacientes psicóticos pueden expresarse con claridad a pesar de la gravedad de su enfermedad .

Principales errores del analista fueron, en un principio, su insensibilidad a la primitiva del paciente ansiedad de sentirse completamente perdido e incapaz de hacer frente. El paciente expresa estos sentimientos una y otra vez, pero el analista se aferra a su creencia de que el paciente sufre de ansiedad por separación, a pesar de las protestas y las críticas que esto está mal energéticos del paciente. Esto se expresa por el paciente en simbólica idioma , pero con mucha fuerza. Sylvia, que sufría de ansiedades primitivas acerca de ser perdido, fue especialmente en la necesidad de ser ayudado y comprendido por su analista, no puede, por tanto, sorprendente que su condición se deterioró.

Durante el verano largo libre del día de fiesta Sylvia se desintegró, y se proyecta su ansiedad y la incapacidad de hacer frente a su marido, que luego fue abrumado por la ansiedad y no podía hacer frente a sí mismo. En la última sesión que he seleccionado Sylvia ilustra los diversos aspectos de su auto roto-up e indicó dónde se encontraban. Por ejemplo, el auto destructivo omnipotente se proyectó en su padre , que puso toda la culpa de la paciente la enfermedad de su marido. El buen analista / madre a quien el paciente había perdido apareció de nuevo como el au pair Erica, que había regresado de Alemania . Era evidente que la bienvenida a la paciente, pero fue totalmente rechazada por el destructivo omnipotente padre . Sylvia ella quedó agotada como siendo sólo un débil vínculo que no podía integrar todo, pero el marido presentó la familia unida que quería ser parte de ella, pero que envidia atacado. Ella hizo un enérgico llamamiento en la sesión que el analista vincular la escisión partes de sí misma en conjunto para restablecer su mente y adquirir un auto que pueda hacer frente de nuevo con la vida, su matrimonio, sus hijos y sus problemas. El analista no alcanza a comprender este importante recurso presentado por el paciente para servir como un contenedor y para ayudar a integrar la escisión auto.

Por consiguiente, era inevitable que Sylvia, tarde o temprano detiene el tratamiento, lo cual fue muy triste por el Dr. M. Hay muchos pacientes psicóticos que necesitan análisis o analítica orientada a la psicoterapia y hay muy pocos analistas lo suficientemente capacitados para tratarlos. A pesar de la Dra. M. 's la falta de experiencia en el tratamiento de pacientes psicóticos que presenta la materia de Sylvia muy claramente en el seminario y fue consciente de sus dificultades para comprender al paciente. Era evidente que quería ayudar al paciente tanto como pudo. Ella había aterrizado con ella y ella no se había sentido bien enviar Sylvia a alguien demasiado rápido. Sin embargo, este paciente necesita una muy especial explotación medio ambiente que podría ser creado

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

sólo por un analista que pudiera sostener el material de la paciente muy clara y lógica en su mente. El analista también tendría que devolverla al paciente de tal forma que pudiera seguir la lógica de su propia manera de pensar y de sentir y entender la ansiedad que le impedía la celebración en el estado lógico de la mente. Un analista de querer tratar a los pacientes psicóticos necesita adicional de formación, ya veces esto puede tomar varios años. Hay algunos analistas que les resulta fácil de entender que el paciente psicótico.

Informe del Dr. M. 's es muy interesante y útil para todo tipo de aprendizaje para entender los pacientes psicóticos que debemos estar muy agradecidos por permitirnos incluir en este libro. Las dificultades que ilustran cómo los analistas que quieren tratar a los pacientes psicóticos pueden necesitar ayuda considerable en la comprensión de las peculiaridades de la psicosis de transferencia y la forma especial de hablar que usan estos pacientes. Los pacientes psicóticos no hablan a veces de una manera muy oscura y ocultan gran parte de lo que está pasando en ellos. Pero este no fue el caso en las sesiones que se presentan en este capítulo. Comunicaciones de Sylvia fueron, a mi juicio, ilustrativo de las características de los pacientes psicóticos manera tratar de hacerse entender. Un contador sensible a la transferencia a menudo ayuda al analista a obtener rápidamente en contacto con este tipo de pacientes, y este tipo de pacientes es generalmente feliz cuando el analista entiende lo que significan, lo que permite que el tema del análisis a desarrollar. Cuando el analista comete algunos errores por no entender el atractivo del paciente se muestran rápidamente lo que estaba mal una vez, o dos veces, pero luego se puede confundir, mucho más que el paciente que se presenta aquí. Incluso la supervisión puede ser difícil cuando se ha producido una confusión grave, hasta que el supervisor puede rastrear el punto donde las cosas salieron mal. El terapeuta sin experiencia general no puede encontrar su propio error, y la confusión puede continuar durante muchos meses con sólo de vez en cuando un recordatorio en una palabra o frase de la sesión en la que se ha producido la confusión. Para remediar un error, *normalmente hay que volver* al punto en que se produjo la confusión o error por parte del analista, incluso cuando el análisis se ha estancado durante tres a seis meses. Muchos pacientes psicóticos no llevan el rencor si el error está subsanado.

Hay una gran diferencia entre un paciente comunicar claramente simbólico lenguaje y la manera confusa de hablar de un paciente psicótico que ha perdido su camino en el análisis. Esto tiene que ser estudiado y observado cuidadosamente. También es muy importante diferenciar que parte de la confusión de un paciente, que es parte de una reacción terapéutica negativa siguiendo el progreso, de la confusión que se deriva de la incapacidad del analista de entender. Dr. M. había hecho esfuerzos valientes para hacer frente a Sylvia, pero la tarea era

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

demasiado difícil para ella. Por lo general toma mucho tiempo para que los analistas hará efectiva en el tratamiento de pacientes psicóticos, pero hay, por supuesto, los analistas y terapeutas que están especialmente dotados en el tratamiento de pacientes psicóticos, y también tenemos que reconocer que hay límites a lo que se puede enseñar. Así, a veces podemos aprender más de los errores de un caso cuidadosamente informado, que revela los errores en el análisis, que de un brillante informe de un analista que implica que él ha entendido casi todo.

Nota

¹ Es en mi experiencia importante y necesario, antes de iniciar el tratamiento, para hacer los arreglos para la hospitalización en todos los casos donde hay alguna sospecha de que se está tratando con un paciente borderline psicótico. Esto le ahorrará una gran cantidad de innecesaria ansiedad y fatiga, y las dificultades en el cuidado del paciente en el hogar, si un estado psicótico se manifiesta. Por lo menos, algunos acuerdos o de contacto con el médico del paciente debe hacerse tan pronto como sea posible. Esto es necesario no sólo por el bien del paciente, sino también para preservar la paz por parte del analista de la mente. No puede dedicarse plenamente al tratamiento si tiene que preocuparse demasiado por lo que ocurre con el paciente después de que salga consultorio del analista.

En mi experiencia, también es importante y necesario en el tratamiento de pacientes psicóticos haber como se detalla una historia de lo posible antes de que el paciente comience su análisis. Esto se debe a que los pacientes psicóticos agudos generalmente no informan de los factores históricos, y su pasado y presente puede convertirse fácilmente confundido.

También trato de evaluar al comienzo cómo las ofertas de los pacientes con el exterior medio ambiente, cómo se percibe y cómo los estímulos externos se hacen reaccionar para, distorsionada o negada. Incluso si el paciente tiene una familia que mirar detrás de él a menudo es incapaz de hacer frente a las experiencias cotidianas durante ciertas fases de su enfermedad, y grave ansiedad puede ser suscitado en los que están cerca del paciente. Como hemos visto en Sylvia, a menudo podemos notar un cambio de la paciente la ansiedad por no ser capaz de hacer frente a los problemas de la vida cotidiana a lo de ser familiares de los pacientes que llegan a ser severamente ansioso y que luego se sienten que no pueden hacer frente a la paciente en casa nunca más. Esto conduce con frecuencia a las demandas de la hospitalización, que es a menudo difícil de conseguir satisfactoriamente en un corto plazo.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que

Tercera parte: la influencia del narcisismo en la tarea del analista

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 61 -

4. El Omnipotente narcisista Estructura Carácter: Un caso de hipocondría crónica

He descrito en el capítulo 1 cómo llegué a identificar un modo de relacionarse que llamé omnipotentes narcisistas relaciones de objeto. Para tratar de hacer este concepto más accesible Quiero utilizar este capítulo para dar un informe detallado de un paciente, Adam, a quien traté hace muchos años. Su vida la historia y la personalidad de la estructura estaban profundamente influenciados por omnipotentes narcisistas relaciones de objeto que al parecer se originó en la más temprana infancia, en la relación de la alimentación de su madre. Adán podía, por lo tanto, ser descrito como un paciente con una omnipotente narcisista personaje estructura. La materia de su análisis que expondré demuestra la forma omnipotentes narcisistas relaciones de objeto funcionan en el análisis de la influencia de la envidia y las defensas contra ella, y sus relaciones con la formación de reacciones negativas terapéuticas, ansiedades hipocondríacas y delirios sobre la identidad sexual, todos los cuales fueron especialmente pronunciados con este paciente.¹

Historia de Adán

Antes de comenzar el tratamiento conmigo, Adam había recibido de muchos años de psicoterapia, principalmente psicoanalítica, el tratamiento con varios analistas en su propio país. Sufrió todo de angustias hipocondríacas relacionadas con los temores de cáncer de la garganta, el estómago, el recto, el pene y el corazón. Dos años antes de que empezara el tratamiento conmigo tenía una obstrucción intestinal aguda y fue hospitalizado durante unos quince días. Tenía la psicoterapia en ese

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 63 -

tiempo, pero sin embargo, desde hace varios días se temía que pudiera necesitar una operación. Con el tiempo sus intestinos comenzaron a funcionar de nuevo. Adam informó que la obstrucción intestinal después de una separación de una novia de quien era sexualmente muy dependiente. Durante el tercer año de análisis conmigo, después de una preocupación hipocondríaca largo con su estómago y constantes especulaciones acerca de lo que los alimentos de acuerdo o en desacuerdo con él, sus dolores en el abdomen a ser tan severa que su médico de familia lo envió a tomar una radiografía. Una úlcera duodenal fue diagnosticado por un especialista después de un examen muy a fondo (que es particularmente importante en el tratamiento de pacientes hipocondríacos) y posteriormente se trata. El especialista logró tratar a Adán con un mínimo de esfuerzo, él ordenó una dieta ligera y comidas frecuentes, y bajo este esquema los dolores mejoró rápidamente. Sin embargo, sus preocupaciones hipocondríacas con la úlcera y su temor de cáncer de estómago volvían de vez en cuando.

Adam nació en el continente. Una característica importante es que parecía haber sido muy apegado a su madre cuando era un bebé. Ella parece haber sido bueno, pero ansiosa madre. Él gritó insistentemente como un bebé cuando tuvo que dormir en su cuna. Con el tiempo, la única manera en que su madre pudo encontrar para satisfacerlo lo llevaría a su cama, donde fue a dormir feliz al lado de su piel. Su padre tuvo que viajar mucho y también lo era frecuentemente ausente de su casa. Sin embargo, incluso cuando él estaba presente no era al parecer capaz de ayudar a su esposa a hacer frente a este bebé con mucha determinación, pero también ansioso. Adam era mama alimentado, pero cuando su madre trató de apartar al cabo de un año ella no tuvo éxito. Era por lo menos dos años antes de que ella tuvo éxito.

Entre las edades de ocho y doce años, Adam parecía haber sido periódicamente gravemente enfermos mentales, que sufren de alucinaciones y delirios. Recordó que durante mucho tiempo se creyó que era un tren. Durante el tratamiento, de vez en cuando tenía alucinaciones visuales. Cuando tenía dieciocho años, desarrolló graves angustias hipocondríacas sobre el cáncer en la garganta. Muy poco después, su padre, que tenía un buen cantante de voz, comenzó a desarrollar cáncer de la garganta, fue operado, pero murió varios meses después. Su padre la muerte de s de una enfermedad que era idéntico a los temores hipocondríacos de Adán aumentó mucho su idea de que había proyectado sus propios temores de cáncer a su padre's garganta.

Adam tenía un hermano, dos años mayor, con quien estuvo muy apegado. En sus sueños, había muchas referencias a una relación homosexual con él, pero no había ninguna evidencia de que la relación sexual fue siempre manifiesta.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

Trabajando a través de la envidia oral de análisis de la transferencia

Adam tenía innumerables relaciones con las niñas, pero sólo en raras ocasiones se caiga en el amor. En general me pareció que sus relaciones sexuales constantes representaban una proyección de su ansiedad, la locura y la sexualidad, así como una repetición de su primera relación erótica con el cuerpo de su madre. Durante el análisis de Adam tenía muchas amigas y ellas cambian con frecuencia. Después del tratamiento cerca de dos años renunció a una intensa relación con un esquizoide chica que tenía similitudes con él y se convirtió interesado en una chica que parecía ser más hermoso, puro y adorable que cualquier otro que había conocido antes. Quería acercarse a ella lentamente, para permitir que los sentimientos de amor que se desarrollan, pero luego perdió el control y trató de seducirla con gran rapidez. Ella se asustó y se retiró de él, y se dio cuenta de que sus intentos física y mentalmente seductor irresistible y habían sido la causa de su ser asustado y con ganas de alejarse de él. Se sentía culpable y deprimido por la posibilidad de perderla, pero con el tiempo después de escribir varias cartas urgentes, a lo que ella no respondía, se las arregló para ponerse en contacto con ella y se sintió aliviado. Dijo que a veces estaba muy preocupado de que ella no respondía tanto a él como otras chicas habían hecho. Temía que no podía mostrar suficientes sentimientos y describió ella como muerta. Durante este tiempo, sus deposiciones síntomas, dolores, y estreñimiento severo, que estallan de vez en cuando, creció mucho peor. Durante una sesión de Adam se convenció de que sufría de cáncer de intestino. Trabajó gradualmente a sí mismo a un estado de absoluto terror y pánico, y luego sintió desesperada. Estuvo a punto de gritar que tenía que huir de todo, de donde vivía y del análisis. Se sentía convencido de que se vendría abajo mentalmente y físicamente y que iba a ser llevado a la locura. Era intensamente inquieta en el sofá. El pánico fue muy impresionante, y sentí en mi contra- transferencia que algo muy abrumador que estaba sucediendo. Me di cuenta que tenía que entender algo fundamental, y rápidamente, porque la situación parecía estar yendo de las manos, y se estaba convirtiendo engañado. Por lo tanto, yo interpreté entonces que Adán creyó que realmente había devorado y mató a su novia a través de su enfoque abrumador sexualmente voraz y como resultado él creía que era concretamente muerto dentro de él. Me identifiqué con este su miedo al cáncer, a saber, que temía que tenía muerta cuerpo en su interior, que ahora se convirtió terriblemente espantoso y persiguiendo y que no podía expulsar. Le sugerí que la misma convicción se relaciona también a mí. Sintió que estaba absorbido por él, así y por lo tanto ya no pueden moverse y funcionar. Adam respondió a

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 65 -

estas ideas con el silencio, pero la inquietud casi desaparecieron por completo. Tuve una fuerte sensación de que la interpretación le había tocado, una señal de que yo tenía experiencia como sigue vivo y en funcionamiento.

El día después de esta sesión muy tormentoso, admitió que se sentía un poco mejor. Se dio cuenta de que había sido abatido por el pánico. Entonces me dijo un sueño. Viajaba con una chica en un tren. De repente, el tren salió de los rieles y se sacudía violentamente, balanceándose de derecha a izquierda y de izquierda a derecha, era consciente de que el tren podría caer sobre cualquier segundo. Sin embargo, mantuvo el equilibrio, y nada terrible sucedió, además de que el tren se descarriló. Adam y luego describió cómo durante los últimos días había estado corriendo arriba y abajo, en su casa, detener e iniciar de nuevo. Alguien que viven junto a él se había convertido en preocupación por su salud mental, y esto ha aumentado su propia ansiedad.

Adam me dijo que el tren y el problema relacionado con él debe tener algo que ver con él su corazón, porque él todavía sentía que no se mueven y que algo muy inquietante que estaba pasando dentro de él - como si, al igual que el tren, en el sueño, que había traído sus entrañas a un punto muerto. Explicó que algunos años antes había tenido un paro completo de los intestinos y en ese momento no había peligro de que tendría que ser operado. Adam estaba seguro de que, durante su infancia, sobre todo desde la edad de ocho a doce, tiene que a veces han sido psicótico. Recordó que a menudo sentía que era un tren y corrió alrededor de la casa de parada y arranque de nuevo y hacer ruidos como un tren. Luego asocia a las ideas sobre cómo se sentía él podría poner tanto su estómago y de los intestinos de la acción al hacer su pase de alimentos por el estómago y los intestinos demasiado rápido o demasiado despacio para que la comida no podía ser digerido correctamente.

Traté de mostrar las consecuencias de su sensación de que él omnipotente podía controlar del todo lo que estaba pasando en su interior. Esto interfiere con el funcionamiento no sólo de sus entrañas, pero de su mente. Ya no fue capaz de pensar y funcionar, y sentía que podía estar loco. Por otra parte, he dicho, este proceso estaba relacionado con lo que él sentía que había hecho a su novia ya mí en su interior. Sentía que la controlaba, así que yo, y eso significaba que estábamos muertos en su interior. Asimismo, en el sueño, él demandó que él había restablecido el equilibrio (la cordura) con una sola mano. Hubo sólo una ligera desviación (descarrilamiento), que se sentía como no peligroso. Sin embargo, parecía claro de lo ocurrido ayer, que era, de hecho, mi interpretación de su peligroso camino de la incorporación (devorador) yo y su novia que le había salvado la cordura. Había, al parecer, ha sido

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que

apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 66 -

sorprende que a pesar de su comportamiento abrumadora que podría mantener el equilibrio, pero, como tantas veces antes, había entonces negado. Lo hizo al hacerse cargo de mi identidad como una persona comprensiva y equilibrada, que le permita creer que había hecho todo el equilibrio y el propio trabajo de salvar vidas. Le sugerí que lo había encontrado particularmente humillante y aterrador cuando, durante el pánico, perdió por completo tanto a su capacidad de pensar y su paz de la mente, que se había vuelto totalmente dependiente de mí para salvarlo del desastre - una situación que parecía han despertado una vez más una gran cantidad de envidia más que cualquier sentimiento de afecto y gratitud por ser ayudado a superar su estado psicótico agudo con tanta rapidez.

Adán envidia toma de posesión de mi capacidad para funcionar tenían una serie de consecuencias importantes para él, que era esencial para comprender y analizar. Hay que recordar, en primer lugar, que nos enfrentamos en estos casos el problema básico de tomar alimentos. Adán nunca había parecido capaz de digerir su comida como un bebé normal hace, e incluso como un adulto que siempre se hizo cargo de la función de proveedor de alimentos en lugar de reconocer que se le había dado. Esta inquietante envidia había detrás de su constante indigestión.

En la siguiente sesión Adam quejado cómo tuvo dificultades para trabajar y él continuó sufriendo de indigestión. No podía escucharme, y parecía que aún tenía que insistir en que podía equilibrar todo por sí mismo. Una gran parte de su incapacidad para escuchar y su deseo de hacer todo el hablar y dar se actuó con su novia. Se había señalado esto a él. Poco a poco, se dio cuenta de lo difícil que era para él aceptar escucharla y disfrutar de importantes interpretaciones de mí, y también para mostrar una apreciación de lo que yo le había dado. A lo largo del análisis que a veces había reaccionado rápidamente a algo que le había mostrado con satisfacción, pero con la misma rapidez se había descubierto que era más importante que pensar en algo que había contribuido o algo que pudiera escribir. Él insiste en que él ya había pensado en algo similar a lo que había dicho. Le interpreté que en el momento cuando le dije algo que sentía que siempre lo supo ya y relaciona esto a su insistencia de que cuando su madre le daba de comer a él creía que tenía a su mamá ya dentro de él y se alimentaba a sí mismo. Dado que poseía la comida no había necesidad de tomar plenamente en y digerir lo que le fue dado. Él me había explicado antes que el día de hoy que nunca podría cocinar una comida para él, sino que incluso cuando alguien cocinaba para él muy bien que todavía reacciona con indigestión. Señalé que parecía repetidamente a la necesidad de restablecer la situación de la alimentación 'true' y para promulgarla. No había el propio dueño de su madre 's del pecho para alimentarse.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 67 -

Sin embargo, tan pronto como él lo reconoce y se deja alimentar de nuevo roba la comida y le roba a la persona que lo está alimentando. Inmediatamente se siente mal dentro de sí mismo y tiene indigestión. En respuesta, él mencionó que tenía como estreñimiento severo que su escrito de producción se había detenido. Le dije que me parecía que la escritura tenía ahora el significado de apreciar y digerir la comida que yo como madre le había dado. También me dijo que su deseo de producir algo que pudiera darme la satisfacción era muy limitado. Su estreñimiento hizo evidente que era muy importante para él para dar un taburete como un regalo (relacionada con la capacidad para disfrutar de la comida con amor y gratitud), pero me di cuenta de que había sido muy difícil para él hacer uso de la interpretaciones que le había dado sobre su abrumadora ansiedad de morir de cáncer y sus dificultades en la toma de ellos. Esta era la razón que tenía una obligación de representar a sus problemas infantiles de cesar poseer la mamá y otra vez. Mi interpretación, por lo tanto, no podía ser digerida.

Algunas sesiones después él me dijo que había sido invitado por un amigo de él y su esposa. Le dieron algo de comida frito para comer, que le dio indigestión, por lo que no se sentía bien otra vez. Luego me dijo un sueño. En el sueño se unió a un grupo de otros que van a la Luna en un cohete, pero en vez de aterrizar en la luna este cohete aterizó en una isla que tiene estructuras muy similares a la Luna. Sintió que había algún tipo de truco relacionado con el hecho de que el cohete se fue por el camino equivocado. Sentí que Adán era bastante incierto en su manera de hablar y de asociación. No sabía lo que era pertinente o no, y también que no sabía cómo tomar en los alimentos. Por lo tanto, sugirió que, desde el día en que se sentía mejor en la sesión y cuando él le había parecido más en el camino hacia la cada vez mejor, que había perdido su camino. No estaba satisfecho con mi interpretación y fue divagando de manera incierta. Le recordé otra vez que al parecer había perdido el rumbo poco después de la sesión en la que se había sentido él fue salvado de la gran ansiedad de tener cáncer. Él respondió que no podía recordar ninguna sesión importante. Luego asociada que la luna tenía algo que ver con la idealización de su novia. Él siempre quiso amar a alguien. Interpreté que el cohete a la luna estaba relacionada con su deseo de perderse en un objeto ideal, e ir allí con tanta gente que implicaban otras personas que estaban en el amor estaban haciendo lo mismo. Pero en el sueño esto no sale. Él vino a la tierra y cayó en una isla, que parecía muy similar a la luna. Le sugerí que esta isla era su propio ser (I-land), a la que regresó, lo que implicaba que se dio cuenta de que él era amante sólo a sí mismo. El sueño ilustrado que su intención de crecer y amar

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que

alguien había fracasado. El punto principal, sin embargo, parece ser que en el sueño se atribuye la falta de un truco. Pero ahora tenía dificultades para investigar conmigo cómo este fracaso, o un truco, se levantaron.

La astucia apareció de nuevo en la próxima sesión. Adam expresa sentimientos de envidia acerca de un colega suyo que había seducido al analista que trató a Adam antes de venir a mí. Es evidente que ahora quería seducirme lejos de la verdad. Por este truco le dije que quería alejarse de todo lo que había sido la comprensión de aquí porque era demasiado doloroso y difícil de admitir que, en el momento en que pude ayudarlo, su envidia interfirió en la relación con él y yo estaba forzando dar la vuelta a sí mismo de nuevo. Esto arruinó su deseo de convertirse en una persona más amorosa. También hubo astucia en que expresa la envidia de un compañero que logró echar a perder su análisis por seducir a su analista. Existía el peligro de que podía seducir por él, como él había seducido a su madre. Pero su única esperanza para ser analizados con éxito era si tenía un analista que se mantendría firme a pesar de sus constantes intentos de seducción. Parecía que estaba enojado y envidioso de la firmeza que necesitaba de mí para que pueda renunciar a su narcisista omnipotencia. Sin embargo, fue este narcisista omnipotencia que lo mantenía encerrado en la neurosis narcisista severa o psicosis.

Adam no reconoció que yo tenía razón. Pero al día siguiente vino con un fuerte resfriado. Dijo que estaba dispuesto a llegar a fin de no perder la sesión. Luego me dijo un sueño. En él, un colega suyo, que está en análisis conmigo, tenía seis agujeros perforados en sus huesos, porque como cirujano trató de encontrar quistes allí. No quistes se pueden encontrar, pero el paciente, aunque al borde del colapso, fue muy valiente. No se encontraron asociaciones a este sueño. El sueño parecía otra aclaración para mostrar los trucos Adán fue jugando en ese momento. El sueño parecía implicar un deseo de transformación de la realidad. Reconoció que había estado tocando con mucha precisión sobre algunos de los problemas más graves de Adán, y esto quería negar. En el sueño estaba orgulloso y valiente porque estaba lidiando muy bien con el sufrimiento causado por él por un mal análisis. De hecho, él se comportó más como si estuviera evitando el dolor de darse cuenta de que yo estaba localizando sus problemas con precisión.

Trabajando a través de la devaluación envidioso de objetos admiradas

Después de un intenso trabajo sobre la reacción de envidia constante de Adán para cualquier progreso, produciendo reacciones terapéuticas negativas una y otra vez, con el tiempo tuvo un período en el análisis y en su vida en que se sintió

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

claramente mejor. Entonces decidió visitar a su país de origen (Italia), durante las vacaciones de verano. Sin embargo, esta visita propuesta estimuló de nuevo una gran cantidad de incertidumbre y ansiedad, y su hipocondría brilló brevemente aguda. Yo podría mostrar en ese momento lo difícil que era para él aceptar que él era mucho mejor, ya que la aceptación de la mejora implica un reconocimiento de todo lo que había recibido en el análisis. De hecho Adam superó la crisis en un tiempo muy corto, y sus físicos síntomas, que temía le llevaba al hospital, casi desaparecido. Había sido particularmente miedo de conocer a colegas en su propio país. Volvió de las vacaciones de verano de presentación de informes de un viaje muy exitoso. Justo antes de las vacaciones que había reconocido que él quería volver aparece un gran éxito e importante, pero luego, después de haber aceptado la realidad de haber está mejor que a través del tratamiento, él era capaz de sentir mucho más real hacia su familia y hacia sus colegas en su propio país que estaban interesados en su trabajo y amable con él.

Durante la primera semana de su regreso se sintió muy peculiar. Se sentía solo, triste y rechazado por todo el mundo en Inglaterra. En sus sueños relaciones incestuosas eran constantemente enfatizados. Parecía alabar a la gente en su propio país y constantemente se preguntaba si su tratamiento analítico no era mucho mejor que el que se aplica aquí. Parecía que sensación mucho mejor y exitosa durante las vacaciones de nuevo había sentido aplastante envidia y me había devaluado. Como resultado de esto se me perdió y temía que iba a tener nada que ver con él. Esto lo lanzó de nuevo en las viejas fantasías "incestuosas" de su madre, cuando él había dormido en la cama con ella. En la buena relación que me había sido capaz de desarrollar una relación más normal para mí ya que tanto el padre y la madre.

El retroceso no duró mucho. Antes de las vacaciones a menudo se sentía muy celoso y excluidos por sus colegas de este país. Ahora de repente se puso mejor con ellos, y tomó más atención a él. Pero ahora tenía sueños de ser robado y engañado por otros hombres, con los que sentía que tenía relaciones muy amistosas. Él mismo se dio cuenta de que estos sueños se relacionan con sus propios sentimientos homosexuales. Habíamos visto anteriormente que se usa para proyectar su propio ser femenino en muchas chicas fácilmente excitables. Había empezado a darse cuenta de que estaba explotando a estas niñas con el fin de disminuir su propia excitación homosexual. Ahora tenía un sueño que una de sus novias anteriores con el que había sido identificado dormía con su propietario. Él también tenía un sueño de estar en la cama con su padre. Su padre estaba preocupado y amable. Pero al día siguiente, Adam volvió más

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 70 -

paranoico. Traté de demostrar que cuando yo estaba experimentado por él como un amable, servicial padre sintió miedo de sus sentimientos homosexuales codiciosos, envidiosos hacia mí, porque en su papel femenino se sentía muy sexy y explotar. Le recordé cuántas veces había acusado a las mujeres de explotarlo sexualmente.

En este momento tuvo la oportunidad de tener un poco de instrucción de una mujer sobre el niño la atención, que sabía muy poco acerca de, e inmediatamente tuvo un sueño donde un profesor en Italia lo invitó a dar una conferencia sobre este tema. Así que cuando tuvo la oportunidad de aprender acerca de los niños de inmediato phantasized asumir el papel de su instructor: su conocimiento y su capacidad de mirar de los niños. Durante este tiempo, él también tenía un sueño que su madre estaba recitando la poesía para él. Al principio no hizo caso a su madre, pensando que no podía decir nada, posiblemente, de alguna importancia, pero luego poco a poco comenzó a escuchar a ella. Al final, él sentía que era más hermosa y comenzó a admirarla. Curiosamente, todas las asociaciones de Adán hasta el sueño se refiere a los poetas que eran hombres. Yo le dije que tenía gran dificultad en la valoración de su madre, o mujer, o el analista en un papel creativo femenino. Esta fue la primera vez que algo así había sido revelado en un sueño. Había intentado varias veces para admirar una mujer, pero ésta había sido siempre muy difícil. Había fallado y luego se volvió de nuevo a las mujeres que explotan sexualmente con quien se había rodeado.

Este sueño no, sin embargo, conduce a ningún desarrollo de su capacidad para apreciar las mujeres, por el contrario, se sintió de repente muy aburrido, sobre todo en relación a la alimentación. Comida parecía ser terriblemente aburridas, así que no sabía qué comer. También admitió que mientras él estaba estudiando y leyendo muy voraz no había realmente un deseo de tener más y más, pero no pudo disfrutar de su lectura. A modo de interpretación me reconoció lo que había oído lo mucho que su placer en tomar las cosas en, comida originaria de su madre, había sido interferido. Le sugerí que lo que impidió su sentimiento de placer parecía sobre todo que fuera su envidia de la capacidad creadora femenina. codicia parecía haber reemplazado las relaciones placenteras reales, y encima de esto, siempre traté de erotizar la relación de su madre con el fin de superar los sentimientos de aburrimiento.

Parecía muy llamativo que era por un sentimiento de aburrimiento que el deseo de relaciones sexuales excitantes había llegado a ser tan prominente. Así se puso de manifiesto que algunos de erotización constante de Adán fue una defensa contra el aburrimiento, en relación con la devaluación de esta relación oral precoz con su madre. Hizo constantes intentos de tomar las cosas en, pero no fue capaz de responder a las emociones fuertes a mi

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 71 -

interpretaciones. La transferencia de la relación durante este tiempo fue principalmente de carácter positivo. Los sentimientos negativos se desplazaron principalmente. Su avaricia fue expresada por su deseo de muchas relaciones diferentes, sobre todo con las mujeres, sino también para las actividades en otros ámbitos de su vida. En este tiempo él tenía un sueño que estaba viajando de su propio país en una especie de barco vagabundo que estaba parando en muchos lugares diferentes y tomó un largo tiempo. Era una especie de ida y vuelta. En otro sueño había un famoso pintor que vino del continente a Inglaterra y miró a una serie de exposiciones, pero él parecía estar harto de todos ellos y devaluó a todos, regresan desilusionados de su propio país. En este último sueño fue identificado, obviamente, con el famoso artista creativo que vino a Inglaterra, estaba aburrido y harto, y devaluó todo, incluyendo su análisis. Así, predijo que iba a regresar a su país de origen completamente desilusionados después de terminar su análisis. El sueño expuesto grandiosidad y superioridad de Adán, que se refiere a su constante deseo de afirmar que todo lo creativo era posesión suya. Para el sueño sobre el carguero se asocia que había probablemente un *vagabundo* que viajan en una nave famosa, como el *Queen Elizabeth*. Aquí, pareció admitir que se sentía realmente como un vagabundo, pero su ser en Inglaterra, ni en el análisis, me había pasado de ser un famoso barco en un barco vagabundo. Dijo que el viaje redondo en el barco implicaba un viaje muy lento y parar en muchos lugares diferentes, por lo que su llegar a su destino fue muy retrasado. Le dije que al ir dando vueltas y vueltas pudo evitar enfrentar el valor y la importancia de su análisis, ya que le impediría hacer cualquier contacto valioso conmigo. Al proyectar su yo vagabundo en mí creó una devaluada imagen de mí, pero al tener esta unión devaluado conmigo también devaluó la posibilidad de utilizar sus propios regalos. De este modo, fue obligado a sentir que estaba dando vueltas y vueltas y no llegar a ninguna parte. De hecho, se quejó durante este período que no había nadie que le ayudara a ser creativo.

A continuación, tuvo un sueño donde la novia que había apreciado mucho, y que estaba en la realidad, una persona sensible, y bien ajustado sensible, era suicida y se fue a Roma. Él también tenía un sueño que uno de nuestros mejores psicoanalistas conocidos en Inglaterra fue muy deprimido y suicida. Este hombre en realidad se casó muy tarde en la vida y ahora era un gran éxito después de un acertado análisis. Adán mismo tenía miedo de que él era demasiado viejo para superar su enfermedad y que estaba deprimido al comenzar a darse cuenta de lo que le impedía cada vez mejor. En el sueño sobre el analista suicida proyectó su depresión en él, una vez más un intento de devaluar, porque no podía identificarse con

él y me

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 72 -

siendo exitosa. Él hizo lo mismo con su novia más apreciada, es decir, proyectando su depresión en ella y enviarla a Roma. Su fantasía había sido siempre que viviría en Roma si no podía ser curada. Una vez más era su problema que incluso una mujer que aprecia se devaluó de manera que porque se sentía muy mal por continuar sus constantes ataques envidiosos que no pudo recibir el amor y el aprecio de ella. En consecuencia, le resultaba muy difícil creer que él era capaz de cualquier relación afectiva con las mujeres sin insistir inmediatamente en una relación sexual. Esto arruinó su capacidad para permitir que cualquier relación amorosa para desarrollar lo que podría llevar a un matrimonio feliz. Un hecho sorprendente de Adán en el análisis, sin embargo, fue la claridad de sus sueños comunicados, combinado con su incapacidad para hacer uso de la idea del análisis le dio acerca de ellos en este período.

La clínica de material que apareció en la semana siguiente muestra los conflictos y dificultades acerca de la adquisición de una satisfactoria de Adam identidad a través de la identificación con el yo como una persona importante y satisfactoria. Adam había estado preocupado por querer comprar un abrigo en una tienda escocesa en Kensington. Había, sin embargo, cambiado de opinión y se ha ido a una tienda de Harrods, mejor conocida y más importante, y en el departamento del adolescente que había encontrado un abrigo que le sentaba perfectamente. No fue nada caro porque lo encontró en el departamento de adolescentes y no la sección adulta de la tienda. Sin embargo, al llegar fuera de la tienda que estaba muy decepcionado al ver que la etiqueta de Harrods no estaba en su mano. Se sintió engañado y que su abrigo, que había apreciado, ahora se devaluó. Él creía que no le daría ningún calor. Luego me dijo un sueño que se refería a un amigo de su infancia que había sido muy rico. El amigo del padre hizo abrigos de primera clase y se suministra estas capas para otras empresas. En este sueño Adam sintió excluido por su amigo, que tenía una fiesta en la noche para que él no había sido invitado. Le pidió a su amigo lo que estaba haciendo en la noche y estaba decidido a ir a la fiesta, aunque no fue invitado. Adam asocia una fiesta a la que había sido invitado la noche anterior en un instituto científico Londres, donde escuchó a veces a las conferencias. Se sorprendió de que lo habían invitado porque fue allí sólo unas pocas clases. Encontró esta gente muy agradable e interesante. Disfrutaba de su compañía y se preguntó por qué nunca los invitó a su propio apartamento.

Creo que el intento de Adán para encontrar un abrigo que le encajaba bien en el departamento de los adolescentes en Harrods y su decepción súbita violenta se explica por el sueño. En ella se siente resentido y excluido de la casa y parte de su amigo, el hijo del

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 73 -

creador de hermosos abrigos. Los famosos grandes almacenes Harrods tiene mis iniciales, 'Ha' y el comienzo de mi nombre, 'Ro'. Por lo que podía soportar para mí como el padre que hace hermosos abrigos que se ajustan bien y mantener a la gente caliente. Adam se dio cuenta de que podía conseguir como un abrigo de mí si él reconoció que él era realmente un adolescente que todavía tiene que crecer. La terrible decepción se produce cuando Adán ve que el abrigo no lleva mi nombre ('HARO (DS)'), y su desilusión completa sobre el escudo muestra cómo realmente quiere llevar mi nombre e identificarse completamente conmigo. El camino más corto de hacer esto es ser mi hijo. El terrible exclusión de mi casa se vive en el sueño cuando el verdadero hijo de la capa-maker no lo aceptan como un hermano. En el sueño de Adán es, obviamente, determina que mi hijo y él indica que va a obligar a sí mismo en esta posición. En sus asociaciones a la invitación a un científico la sociedad que siente lástima por su superioridad anterior y desprecio por él y él puede admitir lo mucho que anhela ser parte de una familia que aprecian y le dan la bienvenida. Esto también debe referirse a un mayor reconocimiento de ser tratado bien por mí, pero parece que ahora que se trata principalmente de la posesión de mí, queriendo yo tener y para llevar mi nombre famoso, HARO (DS), que lo hace aún se sienten por lo resentido y dejado fuera por mí. En esta época de Adán homosexualidad y femenina abrumadora identificación no habían aparecido suficientemente en el análisis. ²

Las relaciones de objeto narcisista omnipotente y una reacción terapéutica negativa

Ahora voy a describir el material de una posterior etapa del análisis en que algunos aspectos de la de Adán narcisismo relacionados con la psicosis y la hipocondría puede ser más claramente entendidas. Un hipocondríaco predomina la ansiedad en ese momento en relación con los temores de cáncer y de la gangrena del pene, que se estimula a través de su herpes (glande) del pene. Además, había ocasionalmente temores hipocondríacos de que sufre de la diabetes, estimulados por una infección de hongos persistente de las uñas. Ansiedades de Adam duraron varios meses y llegaron a su punto culminante durante el período que voy a describir, antes de que poco a poco desapareciendo. Sus temores de cáncer fueron prefiguradas por un sueño que tuvo en el primer día de las vacaciones de Navidad. En el sueño, él tenía cáncer del conducto seminal, y una chica era lo excitante sexual y probablemente tenía relaciones sexuales con él. Él no fue capaz de

identificar la niña en el sueño . Desde mi conocimiento de la anterior de Adán materiales y de sus actitudes durante la sesión,

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 74 -

me pareció que la niña en el sueño representa su ser femenino, que se estimula su yo masculino. Yo interpreté el sueño como una expresión de su narcisista bisexualidad en la que hizo hincapié en la independencia del analista como la madre .

En un sueño al día siguiente, él estaba enfermo, tenía el pelo largo, y que iba a someterse a una operación. Se fue a la cama con un hombre que estaba deprimido y había dejado a su esposa e hija y que también tenían un hijo que sufría de cáncer. Este sueño parecía tener un significado homosexual bastante obvio, y uno podría suponer que la operación representa la castración para que pudiera convertirse en una mujer . Propio Adam pensó que el hombre deprimido que estaba para mí como el padre que lo prefiere a su familia. Mientras que el homosexual transferencia y el deseo de Adán de seducirme lejos de su familia parecían estar en la superficie, pensé que el sueño tenía además un significado más oculto: narcisista de Adán resistencia en la transferencia . Por lo tanto, yo interpreté a sus actitudes negativas como un intento de deprimirme por seducirme a ser su padre . De esta manera nos olvidaríamos la importancia de mí mismo como el analista que tiene que ser padre y madre a la vez.

Quince días más tarde, los sentimientos y ansiedades relacionadas con su bisexualidad llegaron fuertemente a la superficie. En una sesión, él estaba lleno de quejas de que su novia lo descuidado, pero su principal queja, que expresó de una manera paranoica quejarse durante al menos veinticinco minutos, se refirió a su sentimiento insuficientemente valorado por sus compañeros. Hizo hincapié en que había hecho importantes contribuciones a la ciencia, pero estos se tuvieron en cuenta y se sentía especialmente molesto que no se le pidió que enseñara. Cuanto más tiempo continuó con sus quejas, más resentida que parecía tener. Amenazó con abandonar Inglaterra y también el análisis de si la situación no cambió. Al escuchar a él, sentí que él espera que cambie esta situación y que esta queja relacionada con sus sentimientos olvidados por mí, porque yo lo trataba como paciente y no como mi esposa. Me niego a permitir que él tiene hijos, o, como él decía, no lo que le permite tener los alumnos. Esto lo interpreta, y su arrebato paranoico calmó. Me dijo un sueño . En él estaba mirando a los ojos de una niña , y había algo mal con ellos. Al parecer, estaban infectados, y pulsa sobre ellos como un forúnculo. De repente, una gran cantidad de pus salió de ellos. Parecía entusiasmado con este sueño y le dio muchas asociaciones. Habló de la masturbación y la eyaculación, y mencionó su satisfacción en la presión sobre las espinillas y ver su contenido salga. Parecía que quería que tomar nota tanto del sueño y el material de que se agolpaba fuera de sí mismo. Tuve la oportunidad de interpretar

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 75 -

que la chica en este sueño representó a sí mismo. *Al día siguiente*, comenzó la sesión diciéndome que se había dado cuenta de que las cosas que se agolpaba fuera de los ojos de la chica se refirió a las alucinaciones, porque a lo largo de la noche *tenía miedo de volverse loco y estaba empezando a alucinar*. Había temido que podría no ser capaz de dormir y soñar . Sin embargo, lo que había soñado. Me di cuenta de que, si bien relató el sueño para mí era curioso que no había ni rastro de los muy graves de ansiedad que debe haberle molestado durante la noche.

En el sueño , Adam estaba sentado en una sala, y su hermano estaba tirado en el sofá llorando. Probablemente era psicótico. Adam se había convertido en analista de su hermano. Vio un pequeño hidroavión en el aire, y muchas cosas estaban sucediendo bajo la superficie del mar. Pensó que su estado tiene algo que ver con su novia no quería verlo. Sus asociaciones estaban relacionadas con el reconocimiento de que él utilizó sus relaciones sexuales compulsivas para evacuar sus ansiedades psicóticas. Habló en detalle acerca de las alucinaciones que le ha sido como un niño , pero muy poco acerca de la ansiedad de la noche anterior. Mientras hablaba, estaba llevando a cabo un papel en la mano en la que había tomado notas de sus sueños . Tuve la impresión de que quería impresionarme que el material de me enseñaría sobre trastornos psicóticos. En otras palabras, la actitud del día anterior, cuando él insistió en que quería ser maestra, parecía venir directamente a la transferencia situación. Me concentré, por lo tanto, sobre todo en el análisis de su comportamiento. Yo interpreté que estaba actuando como si fuera la loca chica que quería mostrar a mí sus alucinaciones importantes para mí admiro. Él quería que yo reconozco como una importante contribución a la ciencia del análisis . Había también otros elementos. Parecía expresar resentimiento que me gustaría utilizar el material de que estaba saliendo a la superficie con el fin de ser más eficaz en mi función analítica, y esto revela que él era el psicótico paciente deprimido en el sofá. Yo interpreté que estaba envidioso de mí y molestaba mi visión y la capacidad de ayudarlo. Esta fue la razón por la que invirtió los papeles en el sueño - se convirtió en el analista y el paciente psicótico. Pensé que este sueño significaba que yo estaba empezando a despertar creciente envidia como en la madre transferencia representé a la creatividad madre que pudiera entender su enfermedad y buscar después de él. En otras palabras, estaba la guardia de la relación de objeto dependiente.

Adam reaccionó a mis interpretaciones con gran resentimiento. A la vez se quejó de que yo no estaba satisfecho con

su importante materia . Había hecho una gran cantidad de trabajo para producir este informe analítico para mí. Esta queja confirmó mi impresión de que era

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 76 -

representando la inversión del sueño . Al mismo tiempo, parecía que había un cierto atractivo para mí, ya que el padre , a reconocerlo en el papel femenino creativo. Sentí que en esta sesión el dominio abrumador y la idealización de su femenino psicótico auto fueron saliendo a la superficie. Esto significa que una parte femenina infantil engañado a sí misma que no era un bebé, pero un adulto mujer que tenía pechos y bebés . Todo el mundo, incluyendo el analista, debe reconocer estos engaños como la realidad . A pesar de todas sus protestas, traté de repetir mi interpretación , explicando que su auto engañada estaba negando su necesidad para mí. Yo era la alimentación de la madre quien negó de envidia , pero con la consecuencia de que no podía conseguir mi ayuda en el nivel en el que más me necesitaba. También hice hincapié en que parecía que su ser femenino iluso había dominado por completo, en la actualidad, esto depende de bebé infantil yo que me necesitaba y era capaz de tener una visión de lo que estaba pasando. Aparentemente no hubo respuesta a esta interpretación en esta sesión.

Al día siguiente, Adam primero reportó un sueño en el que él estaba mirando a través de una lista de números de teléfono para recoger una niña a tener relaciones con. En el segundo sueño , se produjo un importante libro o ensayo de Inglés que había sido traducido al italiano, pero cuando Adam leyó la traducción italiana se dio cuenta de que la mayor parte del valor del texto Inglés se había perdido en la traducción. La traducción Italian leer muy diferente, y él estaba muy enojado por eso. En otra parte del sueño , viajó a Italia con una maleta, pero había algo malo en ello, ya que parecía demasiado claro. Él sospechaba que alguien había robado algo de la caja. En el último momento, él pensó que tal vez él no había tenido suficiente con lo de Inglaterra. En la última parte del sueño , sintió que su pene estaba encogiéndose.

En sus asociaciones, Adam habló de su temor de que su pene se hace más pequeño y que estaba tratando de encontrar otra novia con quien tener relaciones sexuales, con el fin de tranquilizar a sí mismo. Dio una larga disertación acerca simbólicas transformaciones , pero esto parecía más bien intelectual y pseudo-científica. Adam menudo idealizado pensadores italianos en la literatura, en la filosofía , y también en su propia ciencia, y que a menudo insistió en que las italianas eran mucho más sexy que las inglesas. Fue sorprendente que él mismo no reconoció que este sueño representa una crítica de su constante idealización de Italia y su deseo de viajar al extranjero. Yo creía que la traducción del Inglés al italiano implicaba una erotización de la transferencia , cambiando la relación de una buena alimentación con el analista / madre en uno sexual, representado por Italia . Le interpreté que él sentía que la sesión del día anterior había sido muy valioso e importante, y era

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 77 -

representado en el sueño por el valioso ensayo de Inglés. Sin embargo, su traducción al italiano y al erotizar implicaba una alteración envidia de la sesión que tuvo el valor real y el significado de ella. A estas alturas ya se había convertido en irreconocible e insignificantes (claro). El primer sueño , en busca de una chica para tener relaciones sexuales con él, también podría entenderse como una alternativa a la sesión del día anterior. Viajar con una maleta que era demasiado ligero era un reconocimiento de que Adán, por actuar , ya sea por ir a Italia o cambiando la relación analítica en un uno erótico, estaba perdiendo el valor del análisis . Sin embargo, se sentía perseguido y robado por la parte envidiosos de él, que era la causa de su constante pérdida . Porque él se preguntaba si había tomado suficientemente lejos del análisis de la idea de último momento en el sueño le trajo más en contacto con la situación real.

Las angustias del sueño en relación con la importancia cambiante y cada vez menor de la situación analítica están en el extremo conectado con la reducción del pene . Su dificultad en tomar la ayuda del análisis (lo que representa el bien de mama en la situación de la alimentación) interfirió en última instancia, con su cada vez mayor de edad y el desarrollo de una potente masculinidad . Clínicamente esta interrelación fue particularmente importante en vista de la necesidad compulsiva del paciente para actuar sexualmente, algo que el sueño revela como un proceso de vaciado de salida que se manifiesta sólo en un hipocondríaco ansiedad : la reducción del pene . Sentí que esos sueños representaban una protesta de la parte más sana de la paciente personalidad contra las actividades destructivas y acting-out de las partes narcisistas psicóticos de él. En el momento de los sueños , no se ha registrado ningún conscientes cambios o insight en la necesidad de proteger el healthier de las partes psicóticos de la personalidad .

Durante las próximas semanas, las angustias hipocondríacas relacionadas con su pene apareció en la superficie con gran fuerza. Unos quince días después de la traducción italiana de ensueño , se quejó de que algunos herpes que se habían desarrollado en su pene estaba empeorando y temía que su pene se tornarse necrótico o gangrenoso y se caería. Se preguntó cómo podía vivir sin un pene . También se quejó de que el hongo, que afirmó que no se trata adecuadamente en Inglaterra. A su juicio, va a Italia a consultar a los médicos, porque nadie en Inglaterra parecía preocuparse por su salud

física. Pero, de nuevo, después de quejarse amargamente de que no había sido suficientemente reconocido por sus colegas como un maestro, admitió que la noche anterior había tenido alucinaciones nuevo y sintió que estaba siendo conducido a un estado psicótico. Después de esto se reportó un sueño acerca de un amigo suyo que dejó volar hace unos años porque tenía

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 78 -

se dio cuenta que no le convenía y le hizo sentir enfermo. Otro amigo fue también un volante y aconsejó a este amigo ya sea para ir a volar o ir con otra cosa que no se ha especificado en el sueño . Después de contarme el sueño , Adam inmediatamente siguió preocupándose por sus enfermedades. Estaba convencido de que tenía diabetes y que no reciben tratamiento adecuado. También se quejó de que no podía comer por sí mismo y se pregunta si su novia le podía alimentar.

Le interpreté que dejó en claro en el sueño de que una parte de él se dio cuenta hace años que volar lejos de otros países, lo que implicaba apartarse de mí para otros objetos, lo enfermó. Al mismo tiempo, parecía que había otra parte de él que le había sido persuadir a seguir actuando de volar a otros objetos o simplemente ignorando el análisis y la comprensión del sentido real de su enfermedad. Le dije que había venido presentando en esta parte de la personalidad , que le dio un mal consejo, por año. Esta era la parte que le impedía usar mi ayuda y las interpretaciones de manera que no pudo experimentar que estaba mejorando. También me relaciono esto a su queja de que necesitaba a alguien para darle de comer. Inmediatamente después de que mis interpretaciones, Adam tenía una fantasía de consultar a un médico en otro país. Cuando interpreté esto en términos similares, dijo que estaba pensando en tomar una novia para una comida. Así que rápidamente cambió su rol y se convirtió en la alimentación de la madre , el analista. Cuando esto fue interpretado, me dijo que estaba ocupado el pensamiento de presentar un documento a alguna aprendido la sociedad . Cada vez que hacía una interpretación , que parecía moverse en la dirección opuesta, así que conecté esta actuando durante la sesión a su constantemente volando y girando a otras situaciones y objetos. Yo interpreté que era este comportamiento que le hacía enfermar. También relacionado al sueño de una quincena antes de que el acting-out se experimenta como un ataque disminución en su pene .

Adam respondió que había estado leyendo que los pacientes esquizofrénicos se comportaron de esta manera y procedieron a darme una conferencia sobre el comportamiento de los pacientes esquizofrénicos. Cuando interpreté nuevo este como no querer reconocer que algo importante estaba siendo dada a él por mí, me dijo que tenía una fantasía de ser James Bond. Yo le respondí que él idealiza a sí mismo ahora como el James Bond que podría tratar omnipotente a todas las situaciones. Podía volar o nadar en cualquier lugar y puede seducir a todas las chicas. No tenía necesidad de mí como analista / madre que le podría dar las interpretaciones que representan los alimentos que necesita para mejorar. Con esto, la sesión terminó.

He presentado el anterior período de sesiones con cierto detalle para ilustrar en qué medida, a pesar de las muy interesantes sueños , la actitud psicótica omnipotentes se puede actuar en una manera extrema, y un negativo

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 79 -

reacción terapéutica no ha disminuido. La razón de la oposición contra el análisis parece estar en el intento de la parte psicótica omnipotente del paciente para mantener su poder mediante la prevención de las interpretaciones de llegar a la parte dependiente infantil de la personalidad . Quejas hipocondríacas de Adán fueron surgiendo bajo la presión de los aspectos narcisistas psicóticos de la personalidad . Esto logró mantener el control al tratar de persuadir y probablemente hipnotizar a la parte infantil de Adam para creer que volar al extranjero a Italia no fue la causa , pero la cura de su enfermedad.

Durante los próximos días Adam todavía se quejaba de su miedo a la gangrena o cáncer de pene . A menudo tenía alucinaciones y visiones distorsionadas durante la noche y reportó muchos sueños que ilustran con mayor detalle algunos de los aspectos que ya se han reportado. Sin embargo, un cambio en el énfasis comenzó a ser observado. Insistió en que la parte psicótica se consideró como un nazi, asesinar a una parte infantil de sí mismo que él consideraba como un hijo mío. Sintió que se trata de un ataque de daño particularmente destructiva dirigida contra mí, lo que supone que ambos padres.

A pesar de los avances que Adán había hecho aún había más reacciones terapéuticas negativas, aunque la calidad de los pensamientos hipocondríacos adquirió un tono más depresivo. Durante este tiempo, el paciente tuvo un sueño . Él estaba en la casa del analista. El analista estaba hablando en la cocina. El paciente padre estaba haciendo acrobacias, tira para arriba en el armario en el dormitorio, y estaba haciendo muy bien. El paciente sabía en el sueño que el padre había muerto (tenía, en realidad , murió hace algún tiempo). Se acordó de su funeral y le preguntó a su madre si podía ver a su padre también. En ese momento su padre se sentía muy molesto, y el paciente se despertó con un fuerte dolor en su corazón, y tenía miedo de morir. El paciente añadió que, en el sueño , el analista sabía que el padre . En sus asociaciones habló con admiración de lo fuerte y acrobático su padre había sido.

Me pareció que la importancia principal de este sueño fue la aparición del analista en el sueño representa la alimentación de la madre que lo ayudó a ponerse en contacto con la situación infantil que revivió su admiración y los celos del padre en la situación edípica. Pero en el sueño del padre, no el paciente, se le hace sentir pequeña y queda fuera. Este triunfo sobre el padre hace que el paciente se despierte del sueño con un dolor en el corazón y el miedo de que va a morir. Este sueño parece claramente un paso adelante desde el narcisista posición de dependencia, la situación edípica, y la posición depresiva.

Dos días más tarde, Adam estaba muy perturbado por el dolor severo en su

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 80 -

pecho y reportaron una pesadilla. En la pesadilla que estaba viviendo en un piso con su madre. Una muy paranoico, megalómano Indian insistió en que el piso era suyo y trató de abrirse paso y apoderarse de ella, amenazando con disparar a Adam en el pecho con un arco y una flecha. En primer Adán quería matarlo porque era muy peligroso, pero entonces sintió miedo de la India, que era mucho más joven, y por eso dio pulg. Él se despertó de nuevo con un dolor intenso en el pecho, temiendo que iba a morir. Él dice que su última novia de la India. Explicó que, si bien había admirado mucho por mucho tiempo, recientemente se había convertido en miedo de ella al darse cuenta de lo que era narcisista. Adam se le ocurría ninguna otra asociación a la India y se hizo hincapié en lo paranoico y engañado que parecía ser. Yo le había explicado previamente que su novia había estado por su femenino omnipotente yo, que recientemente había sido más claramente revelado en sueños como loco y engañado. Este ser femenino estaba ahora siendo simplemente descrito como un oscuro o paranoico y engañada anal hombre, en representación de su propia omnipotencia narcisista, que era un reconocimiento de que el femenino engaño había disminuido. En el sueño de este psicótico, parte loca (similar a la parte de lo representó en el 'Nazi' sueños se mencionó anteriormente) está haciendo una oferta pública de adquisición, alegando la posesión de la vivienda, que representa tanto su ego y su relación con la madre / analista, pero el padre está ausente. Sin embargo, el ataque no se dirige contra la madre, pero en contra de la, parte depende sano del paciente, que cuando se ven amenazados con la muerte cede a la parte narcisista omnipotente, lo que le permite recuperar el cargo de su ego y del análisis. Este sueño todavía fue seguido por un retroceso que se prolongó durante varias semanas y que ilustra una vez más la lucha que participan en la reacción terapéutica negativa. Es el omnipotente parte delirante narcisista del paciente, que se siente amenazado por el progreso y la visión. El progreso del análisis en la toma de contacto con la parte infantil de la paciente había movilizado envidia en un nivel infantil, particularmente envidia de la alimentación de mama. Esto amenazó con exponer el vacío e ilusorio calidad del narcisista estructura que empezaba a romperse en ese momento, por lo que la ansiedad depresiva, en particular en relación con el analista, se experimentaron con mayor frecuencia.

En otro sueño, tanto de Adán madre y padre tuvieron crisis nerviosas y se encontraban en el análisis. En otro sueño la misma noche, su padre era un analista, pero tenía cáncer. Adam consultó a varios médicos para él, pero no había ninguna esperanza, estaba demasiado enfermo. Adán despertó de estos sueños con un terrible dolor penetrante en su corazón. Pensé que estos sueños expresaban el comienzo de un cambio en su actitud. El ataque en mi salud mental, representado por la

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 81 -

pacientes, fue admitido claramente en los sueños, y parecía que había una fuerte ansiedad depresiva acerca tanto a los padres combinados y el analista / padre, que parecía representar a Adán no sólo la pareja de la madre en la situación edípica, pero la principal apoyo del analista / madre en la relación alimentación dependiente. El comienzo de la ansiedad depresiva También se indicó claramente en los dolores que pican hipocondríacos en su corazón lo que le despertó del sueño. Es una característica importante e interesante en el tratamiento de la hipocondría, informó hace muchos años por **Melanie Klein (1935)**, que el progreso en el tratamiento se muestra por primera vez por los cambios en la ansiedad contenido del hipocondríaco síntoma. A continuación, cada vez pierden su calidad persecutoria y adquieren un mayor contenido depresivo.

Durante las semanas siguientes, las partes infantiles de Adán, representado como los bebés o niños pequeños, a menudo apareció en sueños, mostrando que sus piezas infantiles dependientes, fundamentalmente vinculados con la parte sana de su personalidad, fueron creciendo gradualmente en la fuerza. Es interesante que la hipocondría del pene disminuyó gradualmente durante este período y fue sustituido unos meses más tarde por un miedo prolongado sobre el corazón, que había sido anunciada por el dolor en el corazón el sueño.

Resumen

Adán era un paciente con un omnipotente narcisista personaje estructura que con frecuencia trató de mejorar durante el análisis, tratando de tener más amor y aprecio las relaciones de objeto. Pero él se echó hacia atrás una y otra vez por la

parte omnipotente narcisista de su personalidad que abrumar a su parte más sana saludable. En esos momentos, los hipocondríacos síntomas estallaron. Fue particularmente sorprendente que los síntomas y problemas constantemente cambiaron, un proceso que podría ser rastreado claramente a la transferencia de experiencia. Él se ocupó de su intensa envidia, que fue estimulada en relación de dependencia y bueno para el analista, por la devaluación rápida y constante movimiento a diferentes relaciones de objeto e incluso diferentes países. Estos pacientes les resulta muy difícil soportar el dolor de la ambivalencia normal, por lo que son lentos para aprender a aceptar tanto su amor y envidia en una celebración de la relación que les ayuda a soportar la angustia depresiva y poco a poco conduce a una disminución de la potencia del narcisista la estructura y la hipocondría. Incluso en pacientes tratados con éxito, como en este caso, la mejora es muy gradual y lento y es constantemente

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 82 -

interrumpido por reacciones terapéuticas negativas que deben ser interpretados con cuidado.

Notas

¹ En el trato con los pacientes que sufren de severa hipocondría, tenemos que decidir si la hipocondría forma parte de un trastorno mental enfermedad senil, como la depresión o si se domina por completo la sintomatología y tiene que ser considerada como una entidad patológica. Cuando hemos diagnosticado que se trata de una entidad de la enfermedad hipocondríaca, tenemos que distinguir nuevamente entre dos formas de esta enfermedad son: primero, la hipocondría, que se caracteriza por ideas delirantes extrañas relacionadas con el estado y el funcionamiento de las del cuerpo y órganos corporales, un enfermedad que pertenece a la esquizofrénica grupo y es muy difícil de tratar por el psicoanálisis. En la segunda forma de graves hipocondría, ideas delirantes extrañas son relativamente raras, pero el paciente está casi constantemente preocupados por los temores de sufrir ciertas enfermedades físicas como el cáncer, la tuberculosis o las enfermedades del corazón. La mayoría de estos pacientes están preocupados principalmente con una enfermedad en cualquier momento. Sin embargo, cuando la ansiedad en relación con una enfermedad comienza a desvanecerse, temores hipocondríacos sobre una enfermedad totalmente diferente que afecta a otro órgano pronto aparecerán. Esta crónica hipocondría ha sido considerado por la mayoría de los psiquiatras como una psicosis de un tipo no determinante. A veces se combina con un físico enfermedad que puede ser pasado por alto fácilmente, como la hipocondría está generalmente en el primer plano.

En mi libro *estados psicóticos* (Rosenfeld 1965), he descrito la psicopatología de la hipocondría con cierto detalle. Yo argumenté que grave hipocondría era a menudo una defensa contra una enfermedad esquizofrénica o paranoide. En el paciente que se describirá el estado psicótico que subyace a los graves ansiedades hipocondríacos crónicas a menudo era claramente perceptible. Las ansiedades hipocondríacas de este paciente no deben considerarse simplemente como una conversión del estado psicótico en física síntomas, y a que, como trataré de mostrar, siempre que el análisis o experiencias externas que se hacen un impacto en el estado psicótico narcisista y amenazaron su rígido control, las angustias hipocondríacas aumentaron. La hipocondría debe por lo tanto más bien ser descrita como una expresión del conflicto entre la parte no psicótica más normal de la personalidad y de la organización psicótica narcisista que trataba de dominar toda la personalidad, y esto fue lo que causó la reacción negativa constante y con esto un aumento de la hipocondriasis.

² El incidente de la capa de Harrods y el sueño de forzar a sí mismo en la familia del escudo de decisiones, lo que demostró que quería ser parte de mi

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 83 -

familia y que mi nombre, 'HARO (DS)', parecen exteriormente idéntica a la ilusión de que el paciente hebefrénica, Maria, del Dr. N., que tenía la larga persistencia de la ilusión de ser la hija del analista y que lleva su nombre (véase el capítulo 12). Pero la psicopatología es totalmente diferente. En el caso de María la falsa ilusión de que lleva el nombre del analista que parece ser una unidad idealizada y la cercanía con el analista de negar sus sentimientos agresivos confusos con los que ella teme que ni ella ni el analista podía hacer frente. Sin embargo, en el caso de Adán la cercanía y el calor de la ropa, la necesidad de cercanía conmigo, fueron estropeadas por él al tener que darse cuenta de que no era yo, que no podía adquirir mi nombre, lo que significaba para él no sólo la calidad, sino fama e importancia. Así que el narcisista de identificación, el deseo de asumir mi identidad, era todavía más fuerte que su necesidad de cercanía. Sin embargo, en el incidente de ser invitado a la comunidad científica la sociedad reconoció que había rechazado las personas que lo valoran y quería estar cerca de él porque era bastante superior y había mirado hacia ellos y les devaluado, que comenzó a lamentar.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 84 -

5. Los pacientes narcisistas con reacciones terapéuticas negativas

Las reacciones negativas al tratamiento psicoanalítico fueron descritos por primera vez por **Freud (1916)**, cuando se refirió a la historia de una joven aventurera mujer que se había rebelado contra sus padres y huir de casa. Después de muchas dificultades que se reconcilió con su familia y se encontró a un joven artista que quería casarse con ella. A partir de entonces comenzó a descuidar la casa, imaginó perseguidos por la familia de su amante, obstaculizado su amante en su trabajo y la vida social, y luego sucumbió a un psíquico incurable enfermedad. Freud se dio cuenta de que el comportamiento paradójico de esta mujer que fue causado por la culpa que se había puesto en movimiento los deseos peligrosos y prohibidos. En otras palabras, se considera esta reacción está provocada por la conciencia. Dos años más tarde, **Freud (1918: 69)** escribió sobre "El Hombre Lobo 'que tenía el hábito de producir transitorios "reacciones negativas" cada vez que algo había sido aprobado definitivamente en el análisis. Freud consideró esta reacción relacionada con la forma en que los niños responden a la prohibición antes de que se adhieran a ellos. Por lo general, repiten el acto prohibido una vez más y sólo entonces detenerlo. De esta manera, Freud sentía, crean la impresión de que cambien de actitud está bajo su control y así mantener un cierto grado de omnipotencia. En 1923 Freud introdujo el término "reacción terapéutica negativa" ¹ y en los escritos posteriores vinculados con trastornos en super-ego de desarrollo y con su teoría de la pulsión de muerte (**Freud, 1923, 1924**).

Desde Freud, muchos analistas han descrito crónica resistencia al análisis y han desarrollado sus propias teorías al respecto - muy a menudo después de Freud en llamar la atención a los problemas relacionados con la culpa, superyó formación y omnipotencia. Entre ellos **Abraham (1919)**

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 85 -

mencionó la importancia de la actitud de superioridad del paciente y la influencia de la envidia y el narcisismo ² - una opinión compartida por **Horney (1936)** ³ y **Klein (1957)**. Abraham también hizo hincapié en la forma oculta en la que reacciones terapéuticas negativas parecen ocurrir.

En cuanto a los problemas técnicos de manejo de los pacientes con una negativa terapéutica reacción **Riviere (1936)**, ⁴ entre otros - por ejemplo, **Klein (1957)** ⁵ - ha hecho hincapié en la necesidad de prestar atención directa al mundo interno del paciente de phantasized relaciones de objeto y, especialmente, a los deseos agresivos en el mismo. Hizo hincapié en la necesidad de ser cautelosos acerca de los aspectos positivos de fomento de un paciente narcisismo y la exageración de la interpretación de los impulsos agresivos. Ambas tendencias, sintió, podrían agravar o incluso crear reacciones terapéuticas negativas.

Entre los colaboradores más recientes a la literatura sobre este tema, Olinick (**1964, 1970**) ha hecho hincapié en la importancia que tiene para el psicoanálisis exitoso de algunos pacientes, por lo que las reacciones terapéuticas negativas para el desarrollo. Su énfasis está en cómo algunos pacientes necesitan repetir experiencias pasadas en sentido inverso con el fin de recuperar el control sobre ellos. En esta situación, el peligro es que el analista no podrá tener la experiencia de ser hecho un fallo en su contra- transferencia y establecer una relación sado-masoquista colusión con su paciente. ⁶ **Asch (1976)** tiene una visión bastante similar a Olinick, haciendo hincapié en la fundamental causa del fenómeno en defectuoso superyó desarrollo. ⁷

Siempre he estado interesado en las reacciones terapéuticas negativas y, al igual que los autores que he mencionado, también destacar el papel de la envidia, actitudes de superioridad, y la destructividad. En este capítulo quiero presentar algunas opiniones acerca de la reacción terapéutica negativa en relación a mis ideas sobre omnipotentes narcisistas relaciones de objeto.

La primera vez que expongo mis ideas sobre narcisistas relaciones de objeto, uno de los puntos clave que tenía en mente era que se trataba de una forma de ser que se defendió contra los sentimientos de agresión causada por la dependencia, la frustración y la envidia. Se refiere particularmente a este último de que el paciente sea narcisista mantiene sus sentimientos de superioridad por la devaluación del analista, o cuando se beneficia por el análisis, se da todo el crédito para él (**Rosenfeld 1964b**). Es por proyectiva omnipotente identificación que el paciente toma más de la capacidad del analista y se siente muy concretamente que él está dentro de la analista y capaz de controlar, de modo que toda la del analista de la creatividad y la comprensión se pueden atribuir a yo del paciente.

Más tarde, como he descrito en el capítulo 1, formulé el concepto de destructor narcisismo, en relación con el concepto freudiano de la pulsión de muerte y también particularmente pertinente a la reacción terapéutica negativa

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 86 -

(**Rosenfeld 1971**). Hice hincapié en la forma en que las partes omnipotentes destructivas de uno mismo pueden ser idealizadas, pero siguen siendo encubierta o en silencio y se separó por lo que su existencia se oscurece. En estos casos, uno se da cuenta sólo de una aparente falta de cualquier relación con el mundo exterior. De hecho, por supuesto, los modos de relación de este tipo tienen un efecto muy poderoso en la prevención dependen las relaciones de objeto y mantener los

objetos externos devaluados de forma permanente, con graves consecuencias para la terapia psicoanalítica.

Desde 1971 me he dado cuenta de que la estructura de la omnipotencia narcisista varía considerablemente. Fantasías omnipotentes pueden estimularse durante todas las fases de la infancia a la edad adulta. No obstante hay que recordar que las fantasías omnipotentes se originaron en la infancia en un momento en que el individuo se sentía impotente, pequeña e incapaz de hacer frente a la realidad de ser nacido y todos los problemas relacionados con ella. Desde el nacimiento, no sólo construye una fantasía de un ser omnipotente, sino también omnipotente creó objetos (en un primer momento objetos parciales), que siempre estarán presentes para cumplir sus deseos. En esta situación de separación, indulgencia excesiva, o, en particular, la falta de una explotación agrícola y que contiene medio ambiente aumenta el desarrollo y persistencia de las estructuras narcisistas.

Como he ilustrado en la descripción de Adán análisis en el capítulo 4, una vez que una forma narcisista firme de la vida se ha establecido más allá de la infancia, las relaciones con uno mismo y el objeto será controlado con el fin de tratar de mantener el omnipotente delirante creencia. Cualquier contacto con la realidad o de la observación de sí, inevitablemente, pone en peligro este estado de cosas y se siente como muy peligroso. En mi experiencia de un cuidadoso examen permite detectar el hecho de que esta forma omnipotente de existir se experimenta e incluso personificada como un buen amigo o un gurú que utiliza sugerencias de gran alcance y la propaganda para mantener el status quo, un proceso que suele ser silenciosa y muchas veces crea confusión. Cualquier objeto, en particular el analista, que ayuda al paciente a enfrentar la realidad de su necesidad y de dependencia se experimenta como peligroso por este buen amigo, que tiene miedo de ser expuesto como un fantasma. Cualquier cosa que pudiera permitir al paciente tomar conciencia de cuán completamente dominado y encarcelado por su omnipotencia es, está en silencio criticado, menospreciado, devaluado y distorsionada. Cuando la capacidad del paciente para la auto-observación de mejora y se vuelve consciente de este proceso y trata de liberarse a sí mismo de ser controlado, el carácter persuasivo y seductor de los omnipotentes estructura cambia, se vuelve sádico y pone en peligro al paciente a la muerte. Sólo así se llega a ser consciente de que oculta en el omnipotente estructura existe un muy primitivo ego súper que se menosprecia y ataca a las capacidades del paciente, observaciones, y en particular su intento de

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 87 -

aceptar su necesidad de los objetos reales. El elemento más confuso en este proceso es el disfraz con éxito de la omnipotente estructura de la relación y de la envidia destructiva superyó como figuras benevolentes; este disfraz hace que el paciente se sienta culpable y desagradecido hacia ellos cuando se trata de mejorar. Es el sentido particular de culpabilidad creado de esta manera que es un factor importante en la producción de reacciones terapéuticas negativas.

El proceso que he observado clínicamente se asemeja **(1923) de Freud** explicación psicológica de la reacción terapéutica negativa, cuando argumentó que se debía a un inconsciente sentimiento de culpa, que era un fenómeno oculto (dumb) relacionado con el instinto de muerte, la fuerza que saca al paciente fuera de la vida, de las relaciones de objeto y de la recuperación. De hecho, en 1971 escribí: "Freud debió darse cuenta de lo evidente relación entre el narcisismo, la retirada narcisista y el instinto de muerte pero no resolverlo en detalle ni teórica ni clínicamente" (**Rosenfeld, 1971: 170**). Él cree que la resistencia al análisis relacionado con la oposición silenciosa de la pulsión de muerte no podía ser analizada a menos que surgió como una negativa abierta transferencia y que las interpretaciones no pudo hacer nada para activarlo (**1971: 170**).⁸

Dada la naturaleza del objeto en relación narcisista omnipotente, no es sorprendente que sea después de una sesión en la que el paciente admite abiertamente que se siente mejor, y se da cuenta de que el análisis le ha ayudado, que las reacciones terapéuticas negativas son más probable que ocurra. En estas circunstancias, el paciente puede llegar tarde, olvidar por completo lo que sucedió en la última sesión, y parecen tan completamente fuera de contacto como si ha ocurrido algo que ha acabado por completo la experiencia del día anterior. No se trata sólo de la buena experiencia con el analista que ha desaparecido. Esa parte de la paciente, que recibió ayuda también parece haberse perdido. Por lo tanto, cuando el paciente es capaz de hablar en tales situaciones, se queja de sentirse aislado y encarcelados. A veces se describe la sensación de estar completamente dominado, o dice que algo ha sido asesinado o se pierde. Por lo general no es capaz de dar ninguna información sobre la razón de este estado, lo que le parece venir completamente fuera de la nada. Durante el análisis de la paciente se queda sólo gradualmente más capaz de informar y observar el detalle de su reacción. Voy a ilustrar este fenómeno con el caso de material de dos pacientes.

Peter

Uno de mis pacientes, Peter, tuvo un episodio psicótico hace muchos años

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 88 -

y en su análisis desarrollado muchas reacciones terapéuticas negativas que dejó en varias ocasiones que se sintiera incapaz de pensar y observar lo que estaba sucediendo en su interior. Se sentiría paralizada y con sueño durante varios días. Poco a poco fue capaz de describir cómo, en estos tiempos particularmente, una parte de su personalidad era arrogante y superior. A menudo hace discursos para criticarlo el análisis y arrojando dudas sobre mis interpretaciones. Cuando su confianza y la cooperación en el análisis aumentaron y se dejó ayudar por mí la parte omnipotente lo criticó por ser débil e inferior y lo menospreciado con tanta violencia que llegó a la siguiente sesión sensación sorprendido, maltratadas, y casi rompió en pedazos . Él temer que iba a romper por completo, ya que no podía ponerse de pie frente a estos ataques. Se quejó: "¿Qué es lo bueno de hacer ningún progreso si estoy destrozado después? Él era particularmente consciente de que su capacidad de pensar fue atacado en esos períodos y que todo lo que había ganado desde el análisis estaba en peligro.

La vida de Peter se había dirigido a las prostitutas tienen una o dos veces al día durante muchos años. El análisis lo había ayudado poco a poco a entender el significado de esta obligación , que él había utilizado para evacuar cualquier inquietud o preocupación , y también había impedido cualquier relación de dependencia amorosa. Durante el tiempo en que empezó a resistirse a ir a las prostitutas durante varias semanas los ataques internos se hicieron particularmente violento, y al mismo tiempo una voz seductora le dijeron que sería bueno para él tener una prostituta y que todo iba a estar bien otra vez si siguió la sugerencia . La relación con las prostitutas relacionadas con fantasías de poder y control sobre las mujeres con las que sentía que podía hacer lo que quisiera despiadada de Pedro. Se dio cuenta de que estaba siendo chantajado por una parte de sí mismo a creer que si él renunció a todo progreso, sobre todo una relación significativa con el analista, y permitiría su parte narcisista omnipotente para recuperar el control para que pueda disfrutar de los placeres de masturbación sin control y sin ninguna cuidar de sus objetos, que iba a estar bien otra vez. Sin embargo, cuando el análisis progresó a pesar de las reacciones terapéuticas negativas, rabias muerte contra personas en el mundo exterior parecía que dio lugar a constantes preocupaciones obsesivos sobre haber matado a alguien involuntariamente. Finalmente, cuando hemos sido capaces de rastrear el origen de sus sentimientos homicidas, admitió que siempre se produjeron cuando comenzó a compararse con otras personas. Fue particularmente cuando sintió que alguien era superior a lo que estos sentimientos asesinos llegaron a la superficie - en otras palabras que el asesino, omnipotente envidia que estaba escondido detrás de su control omnipotente narcisista había podido surgir.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 89 -

El caso de Pedro ilustra el hecho de que las reacciones terapéuticas negativas pueden ser al principio silenciosa o muda, como Freud ha descrito. Fue entonces cuando Pedro recuperó su capacidad de auto-observación de que fue capaz de describir su propia omnipotencia y sus ataques violentos y castigos dirigidos contra esa parte de sí mismo que había cooperado con el análisis y quería ser ayudado por ella. También fue capaz de reportar el disfraz seductor del ser omnipotente, que trató de atraer a él de nuevo en su adicción a las prostitutas por las falsas promesas y el chantaje.

En mi experiencia, hay varias cuestiones técnicas importantes si el silencio la resistencia de la reacción terapéutica negativa es que hay que superar. Uno tiene que entender primero que el paciente se siente impotente y completamente inconsciente de lo que está pasando, por lo que no hay *ningún punto* de insistir en que *el paciente* es resistente o quiere retener información. Por otra parte, las interpretaciones que pueden hacer consciente al paciente de que hay *una fuerza* en el trabajo dentro de él, que es fuertemente sugestiva y le impide pensar y observar lo que está pasando, se experimentan como útil y el ego-apoyo. Este enfoque moviliza progresivamente auto-observación. Pero la mayoría de los pacientes necesitan una gran cantidad de ayuda para comprender y superar este proceso de debilitamiento en silencio, ya que es muy aterrador y confuso. Lo que es particularmente confuso es la existencia de un yo escindido o un objeto en el interior del paciente que por la persuasión y sugestión ejerce una poderosa influencia sobre él y asume el papel de un asesor. En otras circunstancias, esta cifra se vuelve extremadamente amenazante y crítica. También puede ser culpa estimulante y actuar *como si* se tratara del paciente conciencia . El punto debe ser respetado, por supuesto, es que este asesor o conciencia opera de manera fraudulenta y que tiene como función principal el objetivo de mantener forma delirante narcisista del paciente de estar en el poder. Cualquier buena relación de dependencia que el paciente está desarrollando poco a poco, como la que el analista, por lo tanto, es atacada y menospreciada. La investigación detallada de esta manera de relacionarse revela que es intensamente destructivo para el paciente y sus importantes relaciones de objeto . En estas circunstancias, creo que es bastante confuso para hablar de las estructuras internas que representan esta forma de relacionarse como " super-yo ". Ciertamente, si se diagnostica esta estructura como una primitiva super-ego , uno tiene que ser consciente de su violencia y su omnipotencia , pero esto tiene poco que ver con el super-ego , ya que normalmente se concibió. Sería mejor llamarlo un omnipotente narcisista estructura . Es en efecto a menudo crean la culpa , pero se trata de una falsa sensación de culpabilidad muy diferente de la emoción que es la auto-conservación.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 90 -

Michael

Michael, un hombre de unos cuarenta años, llegó desde el sur de Europa a Inglaterra para un análisis. Estaba casado y tenía dos hijos. Había tenido bastante éxito en su labor profesional en el campo social, pero casi todos los días tendría que retirarse de su esposa e hijos durante varias horas a leer poesía y escuchar música. Estaba tan absorbido por su preocupación de que casi en su totalidad perdió el contacto con su familia. Se sentía muy superiores entrar en este estado retirado y miró hacia abajo y menospreciado a su esposa, a quien se dio cuenta era más alegre y normal que él. En una terapia previa en su país había llegado poco a poco a darse cuenta de que estaba viviendo en su totalidad en un mundo falso aislado que había muy idealizada y estaba empezando a deprimirse. Se dio cuenta de que necesitaba más análisis que se sentía mal y sin valor y por eso vino a mí.

Michael tenía fantasías muy grandioso acerca de sí mismo que a su vez conectados a su conocimiento y su obsesión acerca de ser tan rico que pueda cumplir todos sus deseos. Durante sus primeras semanas en Londres se sentía más deprimido, porque tuvo que reducir su nivel de vida, y por lo tanto se sentía resentida contra mí, su analista, y humillado de que había sido obligado por su enfermedad a renunciar a una vida muy cómoda y trabajo profesional que no podía continuar en su forma más lucrativa en Inglaterra. Después de que el resentimiento inicial y dificultad, empezó a funcionar un poco mejor. Le gustaba el análisis y su nueva comprensión. Pero el estado de auto-absorción y auto-idealización continuó, porque empezó a leer vorazmente, y su esposa y sus hijos comenzaron a quejarse de él. Se dio cuenta de que tenía que superar este problema, ya que ahora, más que antes, era consciente de cuánto le falta a su esposa e hijos, y lo mucho que le había estado privando a través de su comportamiento. Pero también señaló la fuerte resistencia contra el logro de cualquier cambio en su comportamiento.

Cada vez que Michael tuvo éxito en ser un poco mejor y más capaz de relacionarse con su familia y para resistirse a su tendencia a retirarse, al principio se sentía feliz y satisfecho. Pero entonces, de pronto sería superado por una gran ansiedad acerca de su capacidad de permanecer en Inglaterra. Él había invertido dinero para cumplir su sueño de ser rico en el futuro, pero se convertiría en miedo de que al hacerlo se había echado a perder su deseo y su necesidad de permanecer en Inglaterra. La ansiedad acerca de esta inversión equivocada y grandioso estaba justificada, y que realmente necesitaba tomar correctivos de acción al respecto. Pero esto nunca podría hacer. Su ansiedad

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 91 -

que también aparecen cada vez que se hicieron algunos progresos y darse cuenta de lo mucho que necesitaba tratamiento.

Durante estos estados de depresión o ansiedad vendría muy tarde y aunque pierda las sesiones y tuvo gran dificultad en decir nada en el análisis. Cuando habló, insistió que no tenía nada que decir y que no tenía sentido esperar. El único pensamiento que parecía obligar a sí mismo en su mente era una insistencia que tuvo que regresar a su país. Esta idea también fue acompañado por una discusión interna que estaba pasando que era imposible para él para mejorar y superar cualquiera de los errores que había cometido. Poco a poco se hizo posible para ayudarlo a convertirse en consciente de que todo esto fue producto de una figura interior que insistió en que el análisis era inútil. Sin duda, terminaría en un fracaso porque sus problemas no podrían ser superados. Él era un tonto para quedarme aquí más tiempo y debe volver a su país tan pronto como sea posible. Cuando Michael fue capaz de informar de su experiencia para mí, me di cuenta de que lo que él estaba describiendo no era un simple diálogo con una figura interna. Más bien, parecía hipnotizado por completo y dominado por estos ataques internos contra el análisis que también se hizo contra sí mismo y su capacidad de pensar. Esto es característico de lo que sucede en una reacción terapéutica negativa. En esos momentos, los pacientes son incapaces de pensar en los problemas que son más inquietante para ellos y que les llevó en busca de ayuda. Bajo estas circunstancias, el paciente es generalmente totalmente dependiente de la analista.

Siempre tuve éxito en ayudar a Michael a expresar algunos de los pensamientos que iban en su interior, o cuando me imaginé lo que estaba pasando dentro de él, que por lo general era capaz de ponerse de acuerdo con lo que estaba diciendo y ser relevado. Al final de la sesión sería más la esperanza de que esta situación repetitiva pero aterradora podría entenderse.

Para ilustrar la dificultad con más detalle que quiero discutir un problema que preocupa Michael y yo durante los tres primeros meses del análisis. Michael había oído que su padre estaba muy enfermo y probablemente morir y que quería verlo con mucha urgencia. Pero este deseo de su padre y su muerte que amenaza no despertó interés en Michael. En su lugar se sentía un enorme odio, el desprecio y el abuso. En esta situación se expresó con mucha libertad y en su odio sintió que su padre era una basura absoluta y que sólo sirven para ser desechado. A pesar de la urgencia de la situación resentido la actitud del paciente, casi increíblemente vulgar hacia su padre continuó durante algunas semanas.

Su padre había sido un gran éxito profesional y había sido

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 92 -

amable con Michael cuando él era pequeño y lo apoyó en ir a los mejores colegios, pero su padre favorito 's había sido la hermana de Michael. Michael sentía que ella era amada, porque ella era hermosa y amable. Se esperaba que trabajar duro en la escuela y estar activo , mientras que su hermana no estaba del todo bien en la escuela, tal vez ni siquiera inteligente. Sin embargo, esto no parece preocupar a su padre . La amaba de la misma manera. Cuando tenía unos diecinueve años, de repente murió y su padre tenía el corazón destrozado y se deprimió mucho. Con el tiempo dejó de trabajar. Michael recuerda que él fue brevemente preocupado por su padre después de la muerte de su hermana, pero, cuando su padre no respondió a él de inmediato, se puso muy frío y se retiró de él. Michael era intensamente amargo y celoso de su padre 's amor por su hermana y en su frialdad, expresó su venganza. Era evidente que no había perdonado a su padre y se negó a darle amor después de la muerte de su hermana.

Al escuchar a los abusos de Michael contra su padre Intenté hacerle consciente de que detrás de este abuso son los sentimientos de afecto y amor por él: los sentimientos que trató de destruir, porque él no quería darse cuenta de lo doloroso que fue para él entender que su padre ahora estaba muriendo. Él también se sentía culpable de que él había descuidado por mucho tiempo. También le mostré que siempre había negado su amor por su padre y su propio deseo de ser su padre, la hija predilecta 's. Al convertirse en frío y cada vez más masculino y competitivo que había negado no sólo su amor por su padre, pero sus propios deseos y sentimientos femeninos. De hecho quería ser cálido y amable al igual que su hermana. Poco a poco, su frialdad se rompió y su amor por su padre apareció. Luego fue a ver a su padre y se quedó con él durante quince días. Mientras estuvo allí, se las arregló para ayudar a su padre a superar su grave depresión por ser capaz de tratarlo con cariño por primera vez en muchos años.

Michael estaba muy feliz al regresar de su visita a su padre y él también reconoció que algo muy importante se había abierto a él. A continuación, tuvo un sueño en el que no sólo tenía un pene , sino también una vagina. En la siguiente sesión fue capaz de reconocer que él también tenía una parte femenina en sí mismo que iba a expresar, mostrando mayor afecto a sus hijos y su esposa. También se las arregló para encontrar un trabajo. Él parecía estar mejorando. Sin embargo, una típica reacción terapéutica negativa iba a seguir.

Tras una particularmente fructífera sesión de un jueves, después de haber sido capaz de expresarse mejor y mostró mucho más aprecio por mí, Cuarenta negras minutos tarde el viernes. Fue vencido por la sorpresa y el disgusto consigo mismo. Él admitió que había estado bebiendo mucho en el jueves por la noche. Tenía

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 93 -

dormía profundamente y no podía recordar nada de jueves. Tenía también la mayor dificultad para levantarse. Se sentía bloqueado y no se le ocurrió, pero se sentía muy culpable que había echado a perder todo. No podía entender lo que le había obligado a comportarse de esta manera. ¿Cómo podría hacer algo como esto, tanto que alguien que amaba y que él mismo? Como no podía pensar, no podía dedicarse a lo que había estado ocurriendo en su mente antes de empezar a beber. Lo único que se sentía mal que la bebida había afectado y estropeado su mente, una mente que se sentía muy orgulloso.

El lunes siguiente fue en un primer momento también incapaz de pensar o recordar nada de lo que había estado pasando el jueves. Pero en medio de la sesión de pronto recordó un sueño que había tenido la noche anterior. En ella tuvo una sesión terapéutica con una mujer , una trabajadora social que conocía. Él admiraba mucho su actitud y la atmósfera que rodeaba esta mujer en el sueño . Sintió que era cálido y comprensivo y habló de una manera muy directa y clara. Ella le dijo en el sueño : "Tú eres el egoísta, persona más narcisista que he conocido en mi vida." En el sueño de Michael sentía que esta mujer tenía toda la razón y él reaccionó dentro de sí mismo con un dolor tan intenso que sentía que era casi insoportable . Pero él no tenía ningún deseo de excusarse o defenderse porque sentía que la atmósfera que la mujer que había creado era tan comprensiva. También sintió que estaba completamente dedicado a la verdad y había transmitido esto a él. Sintió que ella se preocupaba por él sólo como un paciente, y sintió que tenía que ser firme con el fin de ayudar a que se mejore. Destacó varias veces que nunca había tenido una experiencia en toda su vida. A veces había acordado con su terapeuta anterior, conmigo, y su esposa que era terriblemente egoísta y preocupado de sí mismo, pero que nunca había sido capaz de responder a cualquier interpretación , toda la verdad , con tanta fuerza. Se sentía profundamente agradecido a la mujer en el sueño para él tocar a través de su forma de hablar con él. La mujer en el sueño recordó a Michael de una mujer que trabajó con quien admiraba.

Pensé que la mujer en el sueño parecía ser una versión muy idealizada de mí, pero ¿por qué me presenté en el sueño como una mujer ? ¿Era esto un ataque oculto en mí como un hombre? ¿Y cuál fue la relación del sueño con la reacción terapéutica negativa , la creación de este repentino ataque y la compulsión de beber? Parecía claro tanto en el sueño como en Michael asociación que lo que le había impresionado la mayoría no era la interpretación , que era, en cualquier caso, simplemente una confrontación, pero el ambiente terapéutico. Esta relacionada con la necesidad de Michael para ser más conscientes de la parte femenina de su personalidad , que se dio cuenta podría ayudar a que se convierta en menos

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 94 -

narcisista. Sentí que el sueño terapeuta supo transmitir su problema con él sin parecer superior y narcisista, y esto fue lo que Michael sentía que necesitaba. Pero también envidiaba profundamente el terapeuta de comportamiento que le hubiera gustado ser capaz de sí mismo. En el sueño de Michael podía permitirse sentir el dolor de la verdad a pesar de que le dolía. Se dio cuenta de la magnitud de su egoísmo y narcisismo. En las reacciones terapéuticas negativas que siempre había atacado a su conciencia de sí mismo, la admiración y la respuesta agradecida a análisis. Deduje que, al mismo tiempo que su progreso en el análisis y la ruptura a través de la fuerza afectiva, admirando sentimientos, debe de haber sido abrumado por una respuesta intensa envidia que, como tantas otras veces, había permanecido en silencio. Yo no interpreto una gran parte del sueño, pero le transmití a Michael que él sentía que estaba respondiendo a la terapia conmigo y me sentí profundamente conmovido. Podía expresar esto en el sueño. Me di cuenta de que había sentimientos que surgieron al mismo tiempo que había atacado esta buena experiencia.

En la próxima sesión de Michael me dijo que poco después de la última sesión fue repentinamente superado por un intenso sentimiento de envidia de mí y mi actitud servicial con él durante las sesiones que lo asustó. Él quería ser como yo y que es capaz de tratar a sus propios clientes en la forma en que lo estaba tratando. Sentía que era casi insoportable pensar que tenía que esperar tanto tiempo y necesita más tratamiento. Tenía miedo de que nunca podría llegar a ser como yo y la mujer en el sueño. Ahora era claro para mí que esta última reacción negativa grave debe haber sido causada por una abrumadora respuesta positiva a la sesión del jueves. No había sido capaz de hacer frente a ella, y se había despertado en él una casi insoportable sentimiento de envidia. Evitó la dolorosa experiencia por la bebida, lo que parecía en un principio para acabar con toda la experiencia por completo, pero después de unos días, el sueño sobre la sesión de 'maravillosa' le ayudó a recordar y expresar algunos de los sentimientos que habían sido tan insoportable.

En el caso de Michael las reacciones terapéuticas negativas pueden ser consideradas como una forma de actuar tanto sentimientos positivos y negativos que eran demasiado doloroso de soportar para él. Lo interesante de él es que la abrumadora reacción terapéutica negativa, lo que lleva a la borrachera, no duró mucho tiempo. A pesar de los sentimientos de Michael de la desesperación y el miedo de haber echado a perder todo lo que el sueño no se hizo hincapié en la reacción negativa que la positiva evolución que sentía que había hecho. Este es un aspecto muy importante de la reacción terapéutica negativa a considerar.⁹

Después del sueño, Michael deseo de ser inmediatamente como yo hice

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 95 -

tema principal en el análisis. Era, por supuesto, el deseo de una narcisista de identificación, y se podía ver que ahora habría muchos problemas sobre Michael sensación de que estaba avanzado y había llegado a un perfecto estado. Si bien esto ocurrió, hubo a partir de entonces sólo reacciones terapéuticas negativas ocasionales.

Discusión

Los ejemplos que he dado ponen de manifiesto que la comprensión y el análisis de la envidia, en el contexto de omnipotentes narcisistas relaciones de objeto, son un elemento importante en la comprensión de la reacción terapéutica negativa. Así que es una comprensión de la culpa y de la destructividad oculta. He mencionado al principio del capítulo que tanto Olinick y Ashe han llamado la atención sobre la similitud entre los pacientes depresivos y los que sufren de reacciones terapéuticas negativas frecuentes, así como la importancia de superyó formación. Estoy de acuerdo con ellos en que el super-ego es un factor importante en la mayoría de las reacciones terapéuticas negativas. No obstante, es difícil diferenciar el ataque por el super-ego en el ego de los ataques violentos derivados de la organización narcisista omnipotente que se vuelve contra la parte infantil de sí mismo. El super-ego en la reacción terapéutica negativa es extremadamente primitiva estructura estrechamente relacionada con la narcisista del paciente omnipotencia. No es de fácil acceso para dirigir la interpretación, como **Freud (1923: 50)** señala. Parece sobre todo tener un persecutoria carácter y contiene muchos componentes envidiosos que le dan a regañadientes, delirante, y echar a perder personaje que trata de destruir todo el éxito y el progreso en el tratamiento. También es importante darse cuenta de que esta primitiva superyó es, probablemente, siempre disfrazado muy seductora y persuasiva ideales figura. Es sólo a través del detallado análisis de la destructividad y la envidia en la analítica transferencia relación, y de las ansiedades persecutorias relacionadas proyectadas sobre el analista, que la primitiva superyó y la reacción terapéutica negativa se vuelven más accesibles para el análisis.

Notas

¹ **Freud (1923: SE 19:49)** explica el fenómeno de que los pacientes empeoran durante el tratamiento de la siguiente forma:

"Al final, llegamos a ver que se trata de lo que podríamos llamar

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 96 -

un factor de "moral", un sentido de culpabilidad , que está encontrando su satisfacción en la enfermedad y se niega a renunciar a la pena o sufrimiento. Vamos a estar en lo cierto al considerar que esta explicación tan desalentador final. Pero en lo que se refiere al paciente a su sentido de culpa es mudo que no le dice que él es culpable, él no se siente culpable, se siente enfermo. Este sentido de culpabilidad se expresa sólo como una resistencia a la recuperación que es extremadamente difícil de superar. '

En su ponencia sobre "**El problema económico del masoquismo**" (1924), Freud volvió a la discusión de la reacción terapéutica negativa . Se habla aquí de la dificultad de los pacientes conscientes del sentimiento inconsciente de culpa y se pregunta si no sería mejor hablar en lugar de la necesidad de castigo. También señaló que el sadismo del superyó y el masoquismo del complemento ego entre sí, dando lugar a una sensación grave de culpabilidad o de la conciencia , tanto el sadismo y el masoquismo se deriva del instinto de destrucción o de muerte. En su artículo "**Análisis terminable e interminable**" (1937), que confirma que él consideraba la reacción terapéutica negativa en relación con la pulsión de muerte.

Al describir la reacción terapéutica negativa Freud aparentemente quería aportar pruebas de la utilidad del concepto de superyó (**Spillius 1980**). Pero al describir los mudos inconsciente estructura que resistió el análisis y no podía hacerse consciente , es comprensible que Freud trató de vincular este fenómeno con la experiencia clínica de las respuestas silenciosas que creía que no podría ser activado y que se relaciona con la influencia silenciosa de el instinto de muerte (1937).

Me parece importante tratar de entender los factores ocultos descritos por Freud con más detalle porque nuestros resultados terapéuticos en el tratamiento de reacciones terapéuticas negativas pueden depender de la correcta activación de los factores destructivos esquivos, y esto a su vez haría que el superyó más accesible a la investigación.

2

Ya en 1919 Abraham descrito resistencias crónicas de análisis que se oculta. Se encontró que estos pacientes envidian el analista cualquier observación que se refiere a los progresos de la análisis ; Freud mencionó en la descripción de las observaciones idénticas en 1923 el comportamiento de los pacientes que desarrollaron reacciones terapéuticas negativas. Abraham también hizo hincapié en que se encuentra la necesidad de ser superior en estos pacientes, un punto que Freud se refirió brevemente, pero considera que es demasiado superficial. Abraham hizo hincapié en que estos pacientes no quieren libre -asociado o para permitir que el analista sea el más listo uno. En realidad lo que quieren hacer el análisis por sí mismos y hacerlo mejor. Abraham no llegó a describir una clara reacción terapéutica negativa en sus pacientes, ya que cuando se hizo ningún progreso en el análisis se hicieron capaces de verbalizar su resentimiento y envidia del analista. No aclara si recayeron. Relató la

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 97 -

actitud del paciente a la envidia y anal erotismo y subrayó que el paciente se siente el " análisis es un ataque a su narcisismo , es decir, en que la fuerza instintiva en que nuestros esfuerzos terapéuticos son más fáciles de naufragar "(1919: 310). Abraham le da una serie de ejemplos clínicos de este trabajo, y creo que debe ser considerado como una importante contribución a la reacción terapéutica negativa , sus observaciones siguen siendo de actualidad. Por ejemplo, se vincula claramente el narcisismo y la envidia para explicar esta reacción terapéutica negativa . Su descripción de la actitud hacia el exterior deseos de su paciente para el análisis sugiere que gran parte de la envidia permanecido oculto (silencio) y fue defendido en contra. En realidad, fue el trabajo analítico de Abraham, que trajo la oculta envidia a la superficie. Abraham se refiere a la envidia en este trabajo principalmente como anal carácter de rasgo, sino en el trabajo posterior '**La influencia del erotismo oral sobre la formación del carácter**' (1924a) , subrayó el origen de la envidia en el sadismo oral de fase .

3

Horney en su ponencia sobre "**El problema de la reacción terapéutica negativa**" (1936) hizo una serie de importantes observaciones clínicas y ofreció sugerencias técnicas sobre la forma de manejar este difícil problema. Se observó que la reacción terapéutica negativa se presenta con mayor frecuencia después de una particularmente buena interpretación , que es experimentado por el paciente como un signo de superioridad del analista y gran inteligencia, a la que el paciente reacciona con resentimiento, desprecio y menosprecio, dando lugar a intentos de valer su superioridad sobre el analista. Como segundo punto, subraya el narcisismo del paciente, su necesidad de ser perfecto, sin defectos, y más allá de cualquier reproche. Como una buena interpretación expone cierta debilidad en el paciente, lo experimenta como un golpe narcisista severo y se siente humillada. Horney cree que es la eficacia del analista que pone en peligro la creencia del paciente en su supremacía absoluta, y él toma represalias por tratar de humillar al analista y hacerle sentir insignificantes e ineficaces. En tercer lugar, se hace hincapié en el miedo de la mejora a través de la ayuda del analista del paciente ya que tanto éxito está siempre relacionada en su mente para 'aplantar a otros y maliciosamente

triunfar sobre los enemigos aplastados "(1936: 37), una actitud necesariamente lleva a un miedo a las represalias y fracaso. El miedo al éxito puede ser expresada de la siguiente manera. "Si puedo alcanzar el éxito que incurrirá en la misma clase de rabia y envidia que siento hacia el éxito de otras personas." Horney ve similitudes entre la opinión de Freud y la suya propia. Freud, sin embargo, hace hincapié en las culpas sentimientos en este tipo de pacientes, mientras que Horney destaca el miedo a las represalias envidioso, un persecutoria ansiedad situación, lo que enlazar con Melanie Klein observaciones 's en un envidioso superyó . Horney se abstiene deliberadamente de relacionar los problemas relacionados con la reacción terapéutica negativa a la primera infancia , pero hace hincapié en que "seleccione fuera de la materia que ofrece al paciente las partes que me identifico con su reacción al analista, e interpretar los único "(1936: 43).

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 98 -

4

Riviere (1936) se ocupa de investigar la cuestión de por qué la reacción terapéutica negativa debe ser considerado como imposible de analizar más que cualquier otro obstáculo al tratamiento. Ella sostiene que Freud consideraba psicóticos y los pacientes narcisistas como igualmente inaccesible para el tratamiento. Ella implica que la reacción terapéutica negativa puede ser una reacción no a una buena interpretación sino a una entidad correctos que debe llevar al analista a buscar las causas profundas de este problema.

Riviere propone que, en casos especialmente refractarios del tipo narcisista, debemos prestar más atención al análisis del mundo interior del paciente de las relaciones de objeto , que es una parte integral de su narcisismo , y que no debemos dejamos engañar por los aspectos positivos del narcisismo, sino que debe mirar más profundo de la depresión que se encuentra a la base de ella. Se da una descripción detallada de la manía de defensa contra la depresión , omnipotente del paciente negación de la realidad psíquica, y la negación de los afectos , en particular respecto del ego relaciones de objeto y su dependencia de ellos. También destaca maníaco desprecio y la depreciación de los objetos y el control y el dominio sobre los que, en su opinión, explican el paciente narcisista negación del valor de todo lo que el analista dice. Riviere enfatiza la necesidad del paciente narcisista para mantener el status quo de su control omnipotente, ya que la disminución de la omnipotente maníaco defensa lleva con él cara a cara con su desesperanza en relación con la ansiedad depresiva, que teme se convertirá en realidad para él. Ella cree que lo que hace que la reacción terapéutica negativa tan terca es el inconsciente el amor y la ansiedad para la destrucción o morir objetos internos , produciendo un insoportable sentimiento de culpa y el dolor. El paciente tiene que sacrificar su propia vida por los demás que representan estos objetos internos , por lo que se enfrenta a la muerte o el suicidio . Afirma que esta situación no es idéntica a la de Freud inconsciente sentimiento de culpa . Ella relata la reacción terapéutica negativa a la sensación del paciente de que no merece la ayuda del analista y no es digno de él hasta que él ha ayudado a restaurar y curar a sus objetos internos . También sugiere que el control omnipotente es específicamente relacionada con la reacción terapéutica negativa , si el estado del paciente comienza a cambiar, pierde el control y por lo que rápidamente tiene que restablecer la situación anterior, que ha demostrado ser soportable. Su trabajo está lleno de detalles técnicos y clínicos en cuanto a cómo hacer frente a este problema clínico difícil.

Riviere específicamente advierte al analista *no excederse en el análisis de los impulsos agresivos*, porque se siente que nada más seguro que conducir a una reacción terapéutica negativa que el fracaso del analista de reconocer cualquier cosa menos agresividad . Se dice, por ejemplo, que *no todas las reacciones negativas a tratamiento deben ser consideradas como intentos de la paciente para derrotar el análisis* . Sentimiento de obligación previa para rescatar dañado del paciente objetos internos puede tener prioridad sobre la libertad de aceptar ayuda para sí mismo.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 99 -

5

En su libro ***Envidia y Gratitud (1957: 13, 11)*** Klein describe cómo " la envidia y las defensas contra ella juegan un papel importante en la reacción terapéutica negativa , además de los factores descubiertos por Freud y desarrollado por Joan Riviere '. Ella afirma que "con algunos pacientes ... lo han encontrado útil la interpretación pronto puede convertirse en objeto de crítica destructiva. Es entonces ya no sentí que algo bueno [que han] recibido y [han] tenido como un enriquecimiento. Ella explica que los rencores paciente envidiosos del analista el éxito de su trabajo, y la interpretación que se ha dado se echa a perder y devaluados por la crítica envidia del paciente. Este interefers con la aceptación de las interpretaciones. El paciente puede también envidia, de culpabilidad sobre la devaluación de la ayuda del analista, sentir que es indigno del

beneficio por el psicoanálisis. (Este sentimiento de culpabilidad está claramente relacionado con la opinión de Freud sobre la importancia del sentido de culpabilidad en la reacción terapéutica negativa.) Melanie Klein observaciones de 's la envidia se despierta por las buenas interpretaciones es casi idéntica a **Horney (1936)** Descripción de la competitividad paciente que devalúa el analista y la interpretación. Horney se refiere a la reacción terapéutica negativa, sin embargo, sólo en términos de temor del paciente envidia de otras personas que le impide alcanzar el éxito.

Klein insiste en el peligro de éxito cuando la envidia es estimulada. El paciente maniaco triunfa sobre el analista, lo que representa el objeto bueno y lo desvaloriza. Esto lleva a graves culpa y sentimientos de depresión. En esta situación, es evidente que la reacción terapéutica negativa no se produce como resultado de la ruptura de la maniaco defensa, como **Riviere (1936)** observó, pero es en sí misma causada por el elemento destructivo en manía representado por envidia. La depresión después de un ataque de envidia contiene no sólo culpa sentimientos pero ansiedades persecutorias severas. El temor de persecución relacionada con el miedo de ser envidia atacado tanto por los objetos externos, así como por los objetos internos, representados por un envidioso superyó, que se experimenta como la devaluación y desprecio y rencor que el ego ninguna bondad y éxito. Cuando la envidia se encuentra en el super-ego se convierte en una parte importante de la reacción terapéutica negativa. A medida que la envidia superyó es particularmente difícil de soportar, que conduce a la negación y división (esto sería enlazar con los comentarios de Freud sobre el sadismo del superyó y la dificultad de lo que es consciente). Horney da la impresión de su documento que la competencia, la rivalidad o la envidia aparece en el análisis de los pacientes que presentan reacciones terapéuticas negativas de una manera muy disimulada. No obstante, es evidente a partir del estudio de la obra de Klein que se producen las más poderosas reacciones terapéuticas negativas cuando la envidia permanece oculto o silencioso, debido a la creación de poderosas defensas contra la envidia. Defensas contra la envidia incluyen la división, la idealización, la confusión, el vuelo del objeto original que conduce a la dispersión de los sentimientos, la devaluación de los objetos y el yo, la posesividad violenta y

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 100 -

reversión de la situación de envidia al remover la envidia de los demás a través del éxito y las posesiones. Algunas de estas defensas, particularmente idealización y división, son idénticos a los que Klein y previamente descritos como los muy primeros defensas del ego que pertenece a la posición esquizoide paranoide, que se dirige principalmente contra el instinto de destrucción o muerte.

Esto está en línea con su punto de vista respecto oral precoz envidia como un derivado o la expresión de la pulsión de muerte y destacando su existencia desde el principio de la vida. Klein dio una descripción detallada de la importancia de la escisión envidia, que se observa con frecuencia clínicamente como una incapacidad para aceptar con gratitud las interpretaciones que de alguna parte de la mente del paciente fueron reconocidos como útil. La división de despegue y proyección de envidia hacia el analista son un obstáculo importante en la situación analítica porque el analista está en constante desconfianza ya que es inconsciente y otra vez se convirtió en una figura peligrosa y vengativa. Cuando a través del análisis de los aspectos escindidos de la envidia se fortalece el ego, y cuando el sentido de la responsabilidad se vuelve más fuerte y la culpa y la depresión están más plenamente experimentado, la proyección sobre el analista disminuye por lo que el analista a su vez le resulta más fácil para ayudar al paciente hacia una mayor integración. Es decir, la reacción terapéutica negativa está perdiendo su fuerza (**Klein 1957**: 75-6). Se desprende de esta descripción que la envidia y las defensas contra ella impiden la integración del yo, que es necesario para alcanzar la posición depresiva. Por lo tanto, a menudo es notable que los pacientes que muestran reacciones terapéuticas negativas a largo dibujado-hacia fuera tienden a ser bastante más esquizoide de depresivo, y es sólo cuando la envidia se ha convertido en consciente y se ha trabajado a través de en el análisis que las ansiedades depresivas pueden ser totalmente vivido y trabajado a través. Las reacciones negativas terapéuticas que se describen Riviere - es decir, la manía de defensa contra las depresiones - suelen ser menos graves y de difícil solución, pero hay excepciones a esto, como cuando, por ejemplo, el exceso de la envidia se ha convertido en parte del sistema de manic del paciente.

6

Olinick (**1964**, **1970**) examina la reacción terapéutica negativa (NTR) como un tipo especial de negativismo. Hace hincapié en que este síndrome en sí constituye el núcleo de las defensas del paciente. Estas defensas son altamente investidos dispositivos narcisista originalmente evocados en la fase de necesidad durante la infancia y la niñez, los cuales se reinvoked en la genética y la dinámica de regresión de la infancia. Esto implicaría que algunos pacientes inevitablemente experimentarán reacciones terapéuticas negativas en un exitoso análisis. Él también tiene la impresión de que las personas que muestran la reacción terapéutica negativa, dotados como están de nacimiento con más de agresividad media oralidad y analidad, que a su vez

hace la maternidad relación más estresante, las madres tienen que hacer frente a

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 101 -

estos niños magistrales, una situación que se repite en el análisis. Desde su descripción, sin embargo, es claro que se refiere a la NTR sobre todo como una normal de fase de la resistencia a la transferencia en algunos pacientes. Él ve el negativismo como parte de la reacción terapéutica negativa, una defensa contra una pérdida del yo inherente a la relación ambivalente con un pre-edípica materna deprimida amor objeto, con la que el paciente tiende a fusionarse.

Olinick se refiere a la reacción terapéutica negativa como una resistencia a la transferencia que se produce en algunos pacientes con anal-sádicas tendencias como una repetición de su comportamiento a sus madres. Subraya que la reacción negativa muy prolongado en el análisis sólo se produce cuando el analista conspira en ser empujado a una sadomasoquista constante relación con el paciente, lo que implica contra-transferenciales problemas en el analista. Estoy de acuerdo con Olinick que es muy importante para evitar una colusión masoquista con el paciente y que esto provoca un estancamiento en el análisis, pero esto es un artefacto creado por el problema del analista en lugar de por el paciente.

7

Stuart Asch (1976) considera que, si bien el concepto de la de Freud reacción terapéutica negativa limita su etiología a la sensación de culpa o necesidad de castigo, él mismo la ha encontrado útil clínicamente para añadir las siguientes etiologías de la teoría de la NTR: (1) un yo masoquista responder a una psicopatología especial del ideal del yo, (2) la defensa contra la regresión de retirada de simbiosis con el objeto edípico deprimida, y (3) la ampliación de la categoría de Freud de la culpa inconsciente para incluir principios de pre ansiedades edípicas y fantasías como haber castrado a la madre. Estas tres raíces del NTR se dilucidan en el análisis en términos de deformaciones estructurales tanto del yo y el superyó, debido a introyección patológicos relacionados con las primeras experiencias con la maternidad objeto. Asch está de acuerdo con Olinick en la necesidad de comprender y analizar la transferencia de proyección en el NTR, el núcleo de la transferencia es la proyección del sadismo del superyó a la representación del analista, seguido de un intento de provocar el analista en un respuesta punitiva sádica. Counter-transferenciales problemas son la respuesta a la sádica encubierta componente en el paciente masoquismo, que menosprecia constantemente el trabajo analítico. sadismo también se pone de manifiesto a través de la encubierta omnipotencia, los arrogantes narcisismo.

Es interesante que mientras **Olinick (1964)** y **Asch (1976)** se refieren a los problemas narcisistas en la NTR sólo de pasada, **Olinick (1970: 671-72)**, al resumir el Simposio sobre la reacción terapéutica negativa en Nueva York, lanza el pregunta: "Si se acepta que la reacción terapéutica negativa se encuentra entre la neurosis o trastornos narcisista, ¿cómo es esto relevante para superyó desarrollo y para la clasificación de la reacción terapéutica negativa como un superyó resistencia? En el Simposio hubo acuerdo general en que el super-ego de los cuales

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 102 -

todos los participantes hablaban era arcaica o primitiva, que consiste en precursores que no estaban estructurados de lo que generalmente se llama madura superyó. Considero que la observación de Stuart Asch que la reacción terapéutica negativa puede ser una defensa contra un pull-back regresiva de simbiosis con el objeto edípico deprimida tan importante pero he encontrado esto sólo en raras ocasiones, mientras que la reacción terapéutica negativa en pacientes narcisistas es sumamente común.

8

Es oportuno citar aquí también los detalles de la importante contribución de Loewald a la teoría de la reacción terapéutica negativa (**1970, 1972**). Basa su formulación de la psicopatología de la NTR sobre la definición de Freud como se discutió en 1923 pero se desarrolló más en detalle en 1937, y llega a la conclusión de que Freud finalmente pensó que el NTR se basa en la prevalencia de la pulsión de muerte en la economía de la vida psíquica. El sentimiento de culpabilidad representa el funcionamiento de la parte de la pulsión de muerte que está físicamente limitado por el superyó. La persona con un intratable inconsciente sentimiento de culpa en el sentido de Freud se resiste a mejorar. Mejoras para él es un signo de una disminución de la auto-castigo que requiere. En el último análisis de acuerdo con Freud mejora representa para él el abandono de la lucha a vida o muerte en su interior en la que el instinto de muerte siempre tiene que mantener la ventaja. A menudo el

acento parece estar en el auto-castigo, una indicación de la importancia de narcisista omnipotencia incluyendo la omnipotencia de la bisexualidad y su relación con la pulsión de muerte. Los primeros disturbios Edipo en la infancia, donde las fuerzas destructivas fue de las manos y afectaron la fibra misma de la persona son un factor importante en las reacciones terapéuticas negativas. Al hablar de la primera madre - hijo relación Loewald dice que la intensidad de las tendencias destructivas y de su arraigo narcisista en el NTR dependería principalmente en las interacciones tempranas (entre la madre y el bebé) que favorecen una organización distorsionada tanto destructivas y libidinales y destructivos y creativos unidades. En esta situación primitiva interpretación en términos de culpabilidad, la conciencia y la necesidad de castigo no podría ser eficaz. Loewald considera que cuando se trata de intercambios psíquicos primeros Freud subestima la importancia crucial de la persona psíquica de desarrollo y en su opinión no hace hincapié en la importancia de la lucha contra el menudo injustas y primitivamente estructurada transferencia problemas para algunos fracasos terapéuticos. Loewald es uno de los pocos analistas que han tratado de aplicar la muerte de Freud teoría de los instintos y reconoció la importancia clínica de Freud destacando el trabajo de la pulsión de muerte como un factor importante en la reacción terapéutica negativa. Es lamentable que Loewald en su interesante trabajo no ofrece ninguna clínico detallado material de lo que haría su contribución mucho más viva y útil a sus colegas que quieran utilizar su experiencia. Asch y Olinick describen los mecanismos que

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 103 -

consideran clínicamente importante en los casos de reacción terapéutica negativa con algún detalle, pero no dan ningún caso el material, lo que sería muy útil para aquellos que quieren estudiar sus experiencias con más detalle. En la obra de ambos Asch y Olinick uno no siente que en su discusión se están centrando en la actual reacción terapéutica negativa, como ocurre en la situación clínica, parecen en cambio totalmente preocupados por impasse terapéutico y no con un temporal de reacción terapéutica negativa. Ellos parecen concentrarse en la transferencia / contra- transferencia de los problemas que pueden ocurrir durante la reacción terapéutica negativa y hacer el trabajo a través de ella en algunos casos bastante difíciles. Estoy de acuerdo con Asch y Olinick que si hay una transferencia / contra- transferencia de la confusión y la colusión se produce entre paciente y analista reacciones terapéuticas negativas que provocan un impasse. Quisiera, sin embargo, de acuerdo con **Robert Lang (1976)** que los de transferencia resistencias que conducen a la colusión entre el paciente y el analista no deben ser llamados reacciones terapéuticas negativas. Una gran parte de la confusión se podría crear si nuestra comprensión de la patología de la reacción terapéutica negativa fueron a confundirse con la transferencia / contra- transferencia reacciones, que tienen obviamente más que ver con la patología de la terapeuta que con el paciente.

⁹ **Limentani (1981)** llegó a conclusiones similares en sus casos. Sin embargo, en mi experiencia estas reacciones terapéuticas negativas, que actúan como una especie de shock y ayudar al paciente a lograr avances positivos, son relativamente raros.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 104 -

6. El narcisismo destructivo y el instinto de muerte

La experiencia de analizar las transferencia relaciones de los pacientes cuya psicopatología está dominado por los omnipotentes narcisistas relaciones de objeto y las reacciones terapéuticas negativas consiguientes (como los de los pacientes tratados en los dos últimos capítulos) ha llamado la atención sobre el importante papel de reconocer y analizar la agresión y la destructividad y las maneras especiales en que éstas se incorporan en la vida del individuo narcisista. Al estudiar el narcisismo con algún detalle que me pareció fundamental diferenciar entre los aspectos libidinales y destructivos.

Al considerar el aspecto libidinal del narcisismo se puede ver que la sobrevaloración de uno mismo juega un papel central, basado principalmente en la idealización de uno mismo. Auto-idealización es mantenida por las identificaciones introyectivos y proyectiva omnipotentes con ideales objetos y sus cualidades. De esta manera, el narcisista se siente que todo lo que es valioso en relación con los objetos externos y el mundo exterior es parte de él o se controla omnipotentemente por él. Las consecuencias negativas de tales procesos son obvias, y narcisismo se discutió en general por **Freud (1914)** en relación a la distribución de la libido en el ego y sus consecuencias patológicas. En la creencia de Freud no estaba en condiciones narcisistas una pérdida de todos los objetos catexia y la ausencia de una transferencia (indiferencia a los objetos). Pero Freud también describió el narcisismo en relación a la narcisista amor de su auto, y en relación a la autoestima. Destacó, por ejemplo, que "todo lo que una persona posee o alcanza, todo vestigio de la primitiva sensación de omnipotencia, que se experimenta como confirmó ayuda a aumentar la auto-sentido" (1914: SE 14: 98). En mi opinión, este tipo de narcisismo a menudo actúa como un protector esencial de uno mismo, y algunos pacientes

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 105 -

convertido en extremadamente vulnerables cuando a través de frustraciones y humillaciones se fractura la protección narcisista y desarrolla agujeros. Esto hace que sea esencial para diferenciar el lado positivo de auto-idealización de su lado negativo. Quiero hacer hincapié, por lo tanto, junto con mi enfoque en las consecuencias negativas del narcisismo procesos, que yo también soy cuidadosa para examinar los efectos positivos. El análisis de todos los fenómenos narcisista de la misma manera puede ser desastroso terapéuticamente.

Al considerar el narcisismo del aspecto destructivo, nos encontramos con que la auto-idealización de nuevo juega un papel central, pero ahora es las partes destructivas omnipotentes de uno mismo que se idealiza. Ellos se dirigen tanto contra cualquier relación de objeto libidinal positiva y cualquier parte libidinal de la auto que experimenta la necesidad de un objeto y el deseo de contar con él. ¹ Las partes omnipotentes destructivas de la auto menudo permanecen disfrazados o pueden estar en silencio y división off, que oscurece su existencia y le da la impresión de que no tienen ninguna relación con el mundo externo. De hecho, tienen un efecto muy poderoso en la prevención dependen de las relaciones de objeto y de acuerdo objetos externos devaluados de forma permanente, lo que explica la aparente indiferencia del individuo narcisista hacia los objetos externos y el mundo.

La experiencia indica que, en los estados narcisistas en la que predominan los aspectos libidinales, destructividad abierta se manifiesta en la relación analítica, tan pronto como el paciente omnipotente auto-idealización se ve amenazada por el contacto con un objeto que es percibido como algo separado de sí mismo (como en El caso de Adam, el capítulo 4). Estos pacientes se sienten humillados y derrotados por la revelación de que es el objeto externo, que en realidad, contiene las cualidades valiosas que habían atribuido a sus propios poderes creativos. Un principal función del estado narcisista ha sido la de ocultar cualquier conocimiento de la envidia y la destructividad y de sobra al paciente estos sentimientos. Sin embargo, como el análisis aporta la existencia de tales deseos a la notificación de la paciente, sus sentimientos de resentimiento y venganza al ser despojado de su omnipotente narcisismo disminuyen. Envy puede entonces experimenta conscientemente, y el analista gradualmente pueden ser reconocidos como una valiosa persona externa que puede ayudar.

Por el contrario, cuando los aspectos destructivos de narcisismo predominan la dificultad es que esta destrucción es mucho más difícil de llevar a la luz pública. envidia suele ser más violenta y más difícil de enfrentar. Hay un deseo abrumador de destruir el analista, que se convierte a través de la transferencia *del* objeto y *la* fuente de la vida y de la bondad. El paciente puede llegar a ser muy asustada de lo destructivo que es revelado a él por el trabajo analítico. Este

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 106 -

desarrollo está por lo tanto, a menudo acompañado por la aparición de impulsos autodestructivos violentos. En cuanto a la situación infantil, tales pacientes narcisistas están decididos a creer que han dado la vida a sí mismos y son capaces de alimentar y buscar por sí mismos sin ayuda. Por lo tanto, cuando se enfrentan a la realidad de ser dependiente del analista (de pie para los padres, especialmente la madre), parece que prefieren morir a ser inexistente, de negar el hecho de su nacimiento, y para destruir cualquier progreso y analítica y personal visión (en representación del niño en sí mismos que sienten que el analista, que representa a los padres, ha creado). En este punto, estos pacientes con frecuencia desean abandonar el análisis pero más a menudo actuar de otras formas autodestructivas por estropear su éxito profesional y las relaciones personales. Algunos de estos pacientes se vuelven muy deprimida y suicida, y el deseo de morir, desaparecer en el olvido, se expresa abiertamente. La muerte es idealizado como una solución a todos los problemas. Para entender más sobre la forma tan destructiva narcisismo opera y cómo prevenir y tratar las reacciones terapéuticas negativas que resultan cuando se trata de tratarlos es el propósito principal de este capítulo.

El instinto de muerte

En los últimos diez años he hecho observaciones más detalladas y he cambiado mis puntos de vista en lo que yo creo que existe alguna fuerza letal dentro del paciente, se asemeja a la descripción de Freud del instinto de muerte, y puede ser observado clínicamente. En algunos pacientes esta fuerza destructiva se manifiesta como una crónica paralizante resistencia con capacidad de análisis durante muchos años. En otros, toma la forma de una fuerza mortal, pero oculta que mantiene al paciente lejos de estar y en ocasiones provoca ansiedades severas acerca de ser abrumado y asesinados. Es esta fuerza mortal que más se acerca la descripción de Freud de un instinto de muerte que permanece mudo y oculto, pero se opone a la paciente el deseo de vivir y de mejorar. El mismo Freud no creía que sería posible activar los impulsos destructivos escondidos en las unidades de la muerte de silencio. Pero nuestra moderna técnica de análisis de frecuencia puede ayudar al paciente a ser más consciente de algo mortal dentro de sí mismo. Sus sueños y fantasías pueden revelar la existencia de una fuerza asesina en su interior. La fuerza tiende a ser más amenazante cuando el paciente intenta dar vuelta más hacia la vida y a confiar más en la ayuda del análisis. A veces la fuerza letal amenaza interior tanto para el paciente y su

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 107 -

objetos externos de asesinato, sobre todo cuando los pacientes se sienten abrumados por una "explosión" destructivo mortal.

Cuando **Freud (1920)** presentó su teoría dualista de los instintos de vida y muerte que él instigó una nueva era en la comprensión psicoanalítica de fenómenos destructivos en la vida mental. Hizo hincapié en que había una pulsión de muerte que fue en silencio llevando al individuo a la muerte ya que sólo a través de la actividad de la vida instinto que esta muerte-como la fuerza se proyecta hacia el exterior en forma de impulsos destructivos dirigidos contra los objetos del mundo exterior. En 1920 (SE 18: 258), Freud escribió que los "eróticas (vida), los instintos y el instinto de muerte estarían presentes en los seres en mezclas regulares o fusiones de vivir, pero "defusions" también sería probable que se produzca.

En 1933 (SE 22: 105) Freud regresó a la discusión de la fusión de lo erótico y el instinto de muerte. Añadió que "las fusiones también pueden venir aparte y podemos esperar que el funcionamiento será más gravemente afectada por defusions de tal naturaleza. Pero estas concepciones son todavía demasiado nuevo, nadie ha tratado de aplicar en nuestro trabajo '. Sostuvo que en general los instintos de vida y muerte se mezclan o se funden en diversos grados, y que ni el instinto era probable que se observa en una "forma pura". Muchos analistas se opusieron a la teoría de la pulsión de muerte y fueron tentados para descartarlo como puramente especulativo y teórico. Sin embargo, el propio Freud, junto con otros como Melanie Klein, ² pronto argumentó que era de enorme importancia clínica - que emplea a entender el masoquismo, el sentimiento inconsciente de culpa, reacciones terapéuticas negativas, y la resistencia al tratamiento. ³

Al analizar este enfoque psicoanalítico de neurosis narcisista **Freud (1916)** hizo hincapié en la pared de piedra impenetrable que se encontraba. Sin embargo, cuando en 1937 que describe las resistencias profundas para el tratamiento analítico, que no se refieren explícitamente las resistencias en condiciones narcisista a las resistencias en los estados de la inercia y en las reacciones terapéuticas negativas, ambos de los cuales se atribuyó a la pulsión de muerte. No obstante existe una evidente relación entre el narcisismo, la retirada narcisista, y el instinto de muerte en su obra. ⁴ El niño debe desarrollar un yo o ego, los medios para hacer frente a los impulsos y las ansiedades derivadas de la vida y el instinto de muerte y encontrar una manera de relacionarse con los objetos y de expresar el amor y el odio. En este contexto, la teoría de Freud de la fusión y defusion de la vida y el instinto de muerte parece crucial. Sostuvo que el desarrollo de la estructura psíquica interna implica 'vinculantes derivados "de los instintos de vida y muerte para que no abrumar a la persona. Mientras que en normales de desarrollo de los impulsos instintivos

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 108 -

experimenta en las relaciones de objeto se reconocen y dirigida hacia los objetos externos apropiados (como poco a poco la agresión, amor, odio, destrucción, etc), en situaciones patológicas, donde hay graves defusion, una organización narcisista destructivo tiende a desarrollarse. Estas formas generalmente omnipotentes de organización ejercen una poderosa influencia destructiva a veces abierta, pero más a menudo forma oculta, sino que se dirigen contra la vida y destruyen los vínculos entre los objetos y el yo al atacar o matar partes de uno mismo, pero también son destructivas para los buenos objetos por tratar de devaluar y eliminarlos tan importante.

Considero que el desarrollo y perpetuación en la edad adulta de los omnipotentes narcisistas relaciones de objeto se encuentran comúnmente en los pacientes que son muy resistentes al tratamiento analítico. A menudo responden a análisis por la profunda y persistente autodestrucción. En estos pacientes los impulsos destructivos han convertido desactivado (no unido) de manera que dominan activamente toda la personalidad y todas las relaciones que un paciente tiene. En el análisis de estos pacientes expresan sus sentimientos de una forma ligeramente disfrazada por devaluar el trabajo del analista a través persistente indiferencia, conducta repetitiva difícil, y menosprecio a veces abierta. De esta manera, afirmar su superioridad sobre el analista (que representa la vida y la creatividad) por desgaste o destrucción de su trabajo, la comprensión y la satisfacción. Se sienten superiores en ser capaz de controlar y retener aquellas partes de sí mismos que quieren depender del analista como una persona útil. Se comportan como si la pérdida de cualquier amor objeto incluyendo el analista dejaría frío e incluso estimular un sentimiento de triunfo. Estos pacientes ocasionalmente experimentan vergüenza y algunos persecutoria ansiedad, pero sólo una mínima culpa, porque muy poco de su propia libidinal se mantiene viva a sentir preocupación. Parece ser que estos pacientes se han ocupado de la lucha entre sus impulsos destructivos y libidinales, tratando de deshacerse de su preocupación y amor por sus objetos por matar a su auto dependiente y amoroso identificarse casi exclusivamente con la parte narcisista destructiva de sí mismo que proporciona con un sentido de superioridad y auto-admiración. Al analizar clínicos los síntomas, tales como el deseo de morir o retirarse a un estado de la nada o de falta de vida, que a primera vista podría pensarse como manifestaciones de la pulsión de muerte, descrita por Freud como principal unidad a la muerte, tengo general, en una investigación más detallada, descubrió que algunos activos destructividad está involucrada que fue dirigida por el mismo, no sólo contra los objetos sino en contra de partes de uno mismo. En 1971 me llamó a este "destructor narcisismo", con lo cual quiero decir que los aspectos

destruictivos de la auto son idealizadas y sometidos a; captan y atrapan el

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 109 -

aspectos positivos que dependen de uno mismo (**Rosenfeld 1971**). Se oponen a cualquier relación libidinal entre el paciente y el analista.

Un paciente narcisista que me encontré, Simon, ilustra este fenómeno. Durante mucho tiempo se las arregló para mantener todas sus relaciones con los objetos externos y el analista muerta y vacía al matar constantemente cualquier parte de su ser que trató las relaciones de objeto . En una ocasión se ilustra esto a través de un sueño . En él, un niño estaba en un estado de coma, muerte de algún tipo de intoxicación . Estaba acostado en una cama en un patio y estaba en peligro por el sol del mediodía caliente que comenzaba a brillar en él. Simon estaba de pie cerca del niño, pero no hizo nada para mover o protegerlo. Sólo sentía crítico y superior a la médico que atiende al niño , ya que fue él quien debería haber visto que el niño fue trasladado a la sombra. Comportamiento y las asociaciones anteriores de Simon dejó en claro que el chico estaba muriendo por su propia libidinal depende que guardaba en una condición moribunda, impidiéndole obtener ayuda y alimento de mí, el analista. Le mostré que, aun cuando él estuvo a punto de darse cuenta de la gravedad de su estado mental, se experimenta como una condición moribunda, que no levantó un dedo para evitarlo o para que me ayude a hacer un movimiento hacia salvarlo, porque él estaba usando la muerte de su ser depende infantil para triunfar sobre mí y me aparece como un fracaso. El sueño muestra que el estado de narcisismo destructivo se mantiene en el poder, manteniendo el yo infantil libidinal en un callejón constante o morir condición. Sin embargo, después de mucho trabajo a veces es posible encontrar esa parte de Simón, que no se siente autosuficiente y muertos, y de comunicarse con él de una manera tal que se sentía más vivo. Él entonces admitir que le gustaría mejorar, pero pronto se sentiría su mente a la deriva lejos de la sala de consulta. Él llegaría a ser tan independiente y con sueño que apenas podía mantenerse despierto. Esta fue una enorme resistencia , casi como un muro de piedra, lo que impidió cualquier análisis de la situación. Poco a poco lo hizo emerger de que Simon se sintió alejado de cualquier contacto más cercano conmigo, porque tan pronto como se sintió ayudado no sólo había el peligro de que podría experimentar una mayor necesidad de mí, sino también el temor de que me iba a atacar con burlándose y menosprecio pensamientos. ⁵

El caso de Simón ilustra mi argumento de que el contacto con la ayuda se experimenta como un debilitamiento narcisista superioridad omnipotente del paciente y exponerlo a conciencia los sentimientos de inmensa envidia que fueron estrictamente evitados por su destacamento anterior. También ilustra la vista he desarrollado en los últimos años: a saber, la necesidad de reconocer claramente y para distinguir entre la operación de una enfermedad crónica y altamente organizada activa organización defensiva narcisista

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 110 -

y una fuerza mortal más encubierta y oculta que puede ser paralizante crónica resistencia sostiene el análisis durante muchos años. Este último, que opera de una manera muy semejante a la forma en Freud describe el funcionamiento de la pulsión de muerte como una fuerza de silencio y oculto oponerse a todo progreso, y que (como el instinto de muerte) implica una preocupación profunda con la muerte y la destrucción, a menudo que hay detrás de la organización de defensa narcisista y lo apoya. Se caracteriza por la criminalidad asesina abrumadora y una sensación de estar muerto o mortal, oculta en la que a menudo hay preocupación por las consecuencias. El paciente siente que está muerto o que el analista está muerto o que se conviertan en lo que si se admite la fuerza letal. Esto asusta el paciente, como en el caso de Simon, en una medida tal que tiene que ser mantenido oculto. El paciente a menudo secretamente cree que ha destruido su propio cuidado, su amor , para siempre y que no hay nada que se pueda hacer para cambiar la situación. Nuestra moderna técnica de análisis , sin embargo, incluyendo la observación cuidadosa del paciente, los sueños y el comportamiento de la transferencia , nos permite ayudar al paciente a ser consciente de esta creencia y la fuerza que le dio origen y para tomar conciencia de la ayuda de la creencia da a la forma omnipotente destructiva de la vida para la que se ha instalado. Frecuente interpretación y firme confrontación de pensamientos destructivos y el comportamiento narcisista de Simón, a mi completa sorpresa, provocaron un cambio considerable en la paciente la personalidad y la actitud de otras personas. Parecía ayuda de mi comprensión y la interpretación de que una parte de sí mismo, sobre todo su yo infantil, se había puesto de acuerdo masoquista y aceptado este estado mortal paralizante sometiendo a tortura antes que admitir la necesidad y el hambre de vida. Cuando se suspende el tratamiento era mejor aunque podía admitir lo mejor fue sólo después de algún tiempo, cuando sus síntomas habían desaparecido. Más tarde, tuvo una exitosa carrera en la que tuvo que lidiar con mucha gente y fue muy apreciada.

La forma omnipotente destructiva de vida de los pacientes como Simon menudo parece muy organizado, como si se tratara de una poderosa banda dominado por un líder, que controla todos los miembros de la banda para ver que se apoyan mutuamente para hacer el trabajo destructivo penal más eficaz y potente. Sin embargo, la organización narcisista no sólo aumenta la resistencia de la destructiva narcisismo y la fuerza mortal relacionado con él, pero tiene una función defensiva

para mantenerse en el poder y para mantener el status quo. El principal objetivo parece ser el de prevenir el debilitamiento de la organización y el control de los miembros de la banda por lo que no van a abandonar la organización destructiva y unir las partes positivas de uno mismo o traicionar los secretos de la banda de la policía, el protector

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 111 -

super-yo , de pie para el analista útil, que podría ser capaz de salvar al paciente. Con frecuencia, cuando un paciente de este tipo hace que los avances en el análisis y la quiere cambiar, él sueña de ser atacado por miembros de la Mafia o de delinquentes adolescentes, y una reacción terapéutica negativa establece pulg Esta organización narcisista es, en mi experiencia no primordialmente a la culpa y la ansiedad , pero parece que tiene el propósito de mantener la idealización y el poder superior de la destructiva narcisismo . Para cambiar, para recibir ayuda, implica debilidad y se experimenta como algo malo o como un fracaso por la organización narcisista destructiva que proporciona al paciente con su sentido de superioridad. En casos de este tipo hay una crónica más decidida resistencia al análisis , y sólo la exposición muy detallada del sistema permite el análisis para hacer algún progreso. ⁶

En algunos pacientes narcisistas las partes narcisistas destructivos de la auto están vinculados a un psicópata estructura u organización que se separó del resto de la personalidad . Este psicótico estructura es como un mundo delirante o un objeto, en qué partes de la propia tienden a retirarse (Meltzer 1963, personal de comunicación). Parece ser dominado por un ser omnipotente y omnisciente, parte extremadamente despiadada del ser , lo que crea la idea de que dentro del objeto delirante no es completa ausencia de dolor y también la libertad de disfrutar de cualquier sádica actividad . Toda la estructura se ha comprometido a narcisista autosuficiencia y está estrictamente dirigido contra toda relación de objeto. Los impulsos destructivos dentro de este mundo delirante a veces aparecen abiertamente de un paciente inconsciente materiales tan abrumadoramente cruel, amenazando al resto del yo con la muerte para afirmar su poder, pero más frecuentemente aparecen disfrazados de omnipotentemente benevolente o para salvar vidas, con la promesa de ofrecer la paciente, rápidos ideales soluciones a todos sus problemas. Estas promesas falsas tienen el efecto de hacer que el estado normal de la persona a cargo del paciente o en adictos a su propia omnipotencia, y para atraer a las partes sanas normales en este delirante estructura con el fin de encarcelarlos. Cuando los pacientes narcisistas de este tipo empiezan a hacer algunos progresos y formar alguna relación de dependencia con el análisis , las reacciones terapéuticas negativas graves ocurren como parte psicótica narcisista del yo ejerce su poder y superioridad sobre la vida y el analista, de pie en la realidad , por tratando de atraer a la auto dependiente en un psicótico omnipotente sueño estado que se traduce en que el paciente perdió su sentido de la realidad y su capacidad para el pensamiento . De hecho, existe el peligro de un estado psicótico agudo si la pieza depende del paciente, que es la parte más sana de su personalidad , está convencido de que dar la espalda al mundo exterior y entregarse por completo a la dominación de los delirios psicóticos estructura . ⁷

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 112 -

Clínicamente, en estos casos, es esencial para ayudar al paciente a encontrar y rescatar la parte sana depende de uno mismo a partir de su atrapada posición dentro del narcisista psicótico estructura , ya que es esta parte que es la esencial relación con la relación de objeto positivo el analista y el mundo. En segundo lugar, es importante que poco a poco para ayudar al paciente a ser plenamente consciente de las partes omnipotentes destructivas escindidos de sí mismo que controlan la organización psicótica, ya que esto puede seguir siendo omnipotente solamente en el aislamiento . Cuando este proceso se revela plenamente queda claro que contiene los impulsos destructivos envidiosos de uno mismo que se han hecho aislado, y luego la omnipotencia que tiene un efecto hipnótico sobre todo el ser queda desinflada, y la naturaleza infantil de la omnipotencia pueden estar expuestos. En otras palabras, el paciente se vuelve gradualmente consciente de que está dominado por una parte infantil omnipotente de sí mismo que no sólo él se aleja hacia la muerte, pero infantiliza y le impide crecer, manteniéndolo lejos de objetos que podrían ayudarle a lograr el crecimiento y el desarrollo .

Robert

El primer caso quiero denunciar, entre Robert, que tenía una enfermedad crónica resistencia al análisis , se pretende ilustrar cómo un aspecto destructivo omnipotente escindido del funcionamiento de un paciente puede hacerse visible en el análisis , con buenos resultados. El paciente había tenido muchos años de análisis en otro país, pero su analista finalmente concluyó que su masoquista personaje estructura no era analizable.

Robert era un hombre casado y con tres hijos. Era un científico, y muchas ganas de tener más análisis y para superar sus problemas. De su historia , es significativo que escuchó de su madre que cuando desarrolló dientes cuando era un bebé empezó a morder sus senos con regularidad y con tanta saña que siempre sangraban después de la alimentación y sus pechos se hicieron cicatrices. Su madre no retiró a su mama cuando ella lo mordió y pareció resignarse a sufrir. Pensó que era mama -alimentado por más de un año y medio. Robert también recordaba con enemas muy dolorosas desde muy temprana infancia en adelante. También es importante entender que su madre gobernaba el hogar y se trata a su marido

como una muy inferior ser que tuvo que vivir en un sótano bodega-like. Robert cooperó en un principio en el análisis bastante bien e hizo un buen progreso. Pero en el cuarto año de análisis de su progreso más lento. Era muy difícil y socavado repetidamente el esfuerzo terapéutico. Robert tuvo que abandonar

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 113 -

Londres ocasionalmente para viajes profesionales a corto y volvía a menudo demasiado tarde los lunes y así se perdió una parte o en la totalidad de su período de sesiones. Con frecuencia las mujeres se reunió durante estos viajes y llevado a un análisis que muchos de los problemas que surgieron con ellos. Estaba claro desde el principio que algunos actuando estaba teniendo lugar, pero sólo cuando se presentó regularmente actividades asesinas de sus sueños después de esos fines de semana llegó a ser evidente que los ataques con violencia destructiva contra el análisis y el analista se ocultaban en la conducta acting-out. Robert era al principio renuente a aceptar que el actuar del fin de semana estaba matando, y el bloqueo de la marcha del análisis , pero poco a poco cambió su comportamiento, el análisis se hizo más efectiva, e informó una mejoría considerable en algunas de sus relaciones personales y sus actividades profesionales. Al mismo tiempo, comenzó a quejarse de que su sueño se perturba con frecuencia y que se despertó durante la noche con palpitaciones violentas y picazón de su ano que mantuvieron despierto durante varias horas. Durante estos ansiedad ataques sintió que sus manos no le pertenecen: ellos parecían violentamente destructiva como si quisieran destruir algo. Se rascó el ano violentamente hasta que sangró profusamente, y sus manos eran demasiado poderosos para que él controle, por lo que tuvo que ceder ante ellos.

Entonces soñaba con un hombre arrogante muy poderoso que tenía nueve metros de altura y que insistió en que tenía que ser obedecido absolutamente. Sus asociaciones dejaron claro que este hombre representaba una parte de sí mismo y en relación con los sentimientos abrumadores destructivas en sus manos, que no pudo resistir. Le interpreté que él consideraba la parte destructiva omnipotente de sí mismo como un superhombre que tenía nueve pies de alto y demasiado poderoso para él a desobedecer. Había renegado de esta auto omnipotente, relacionada con anal masturbación , lo que explica el alejamiento de sus manos durante los ataques nocturnos. Le expliqué más este auto escisión como parte omnipotente infantil de sí mismo que alegó que no era un niño, pero más fuerte y más poderoso que todos los adultos, en especial a su madre y padre, y ahora el analista. Su yo adulto fue tan completamente admitida y por lo tanto debilitado por esta afirmación omnipotente que se sentía impotente para luchar contra los impulsos destructivos en la noche.

Robert reaccionó a la interpretación , con sorpresa y alivio e informó después de algunos días que se sentía más capaz de controlar sus manos por la noche. Se convirtió gradualmente más consciente de que los impulsos destructivos en la noche tenían alguna relación con el análisis , ya que se incrementaron después de cualquier éxito que pueda atribuirse a la misma. Esto se vio como un deseo de romper y destruir una parte de sí mismo que dependía del analista y lo valora. Simultáneamente, el agresivo

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 114 -

impulsos narcisistas que habían sido escindidos se hicieron más consciente durante las sesiones analíticas, y se burlaban, diciendo: "Aquí hay que sentarse todo el día perdiendo el tiempo." Sentía que él era la persona importante y que debe ser libre de hacer lo que quería hacer, por cruel y perjudicando esto podría ser a los demás ya sí mismo. Él estaba particularmente furioso por el conocimiento y la comprensión que el análisis le dio. Dio a entender que su ira estaba relacionado con ganas de echarme en cara por ayudarlo, porque interfería con su omnipotente conducta acting-out.

A continuación, informó de un sueño , en el que corría una carrera de larga distancia y estaba trabajando muy duro en ello. Sin embargo, había una joven mujer que no cree en nada de lo que estaba haciendo. Ella era sin principios y desagradable y lo hizo todo para interferir y engañar él. Hubo una referencia a la mujer del hermano de s, que se llamaba 'Mundy'. Él era mucho más agresivo que su hermana y él apareció en el sueño gruñendo como un animal salvaje, incluso a ella. Se informó en el sueño de que este hermano ha tenido la tarea de todo el mundo engañosa durante el año anterior. Robert cree que el nombre 'Mundy' se refirió a la falta de la frecuencia de las sesiones Lunes de un año antes. Se dio cuenta de que la violencia incontrolada agresividad relacionada con el mismo, pero él sentía que la joven mujer también era él mismo. Durante el último año se había insistido a menudo en sus sesiones analíticas que sentía que era una mujer , y era muy despectivo y superior a la analista. Últimamente, sin embargo, de vez en cuando soñaba con una pequeña niña que fue receptivo y agradecido de sus profesores, que yo había interpretado como una parte de él que quería mostrar una mayor apreciación del analista, pero se le impidió entrar en la apertura de su omnipotencia . En el sueño el paciente admite que la parte agresiva omnipotente de sí mismo, representado como varón, que había dominado el acting out hasta hace un año, ahora se ha vuelto muy consciente . Su identificación con el analista se manifiesta en el sueño como una determinación de trabajar duro en su análisis . El sueño , sin embargo, también fue una advertencia de que iba a continuar su agresivo actuando en el análisis al afirmar de manera engañosa que pudiera presentarse omnipotente como adulto mujer en lugar de permitir a sí mismo para responder a la labor del análisis con sentimientos receptivos en relación con una parte infantil más

positiva de sí mismo. De hecho, Robert se estaba moviendo en el análisis hacia un fortalecimiento de su positiva la dependencia, lo que le permitió exponer abiertamente a la oposición de las partes omnipotentes narcisistas agresivos de su personalidad, en otras palabras, severa instintiva del paciente defusión fue desarrollando poco a poco en lo normal de fusión.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 115 -

Jill

Mi segundo caso, Jill, ilustra las dificultades que surgen cuando la fuerza letal que he mencionado anteriormente combina y apoya de manera narcisista destructiva de la vida.

Cuando destructiva de un paciente narcisismo se fusiona con su psicótico omnipotente estructura no puede creer que no hay nadie que pueda oponerse a sus ataques abrumadores destructivos. Esto aumenta la emoción y la división fuera de los sentimientos positivos. La exposición detallada de la narcisista destructiva estructura durante el análisis disminuye la fuerza de los sentimientos omnipotentes, y así poco a poco la separación entre los impulsos destructivos y positiva disminuye. Los impulsos positivos que han sido previamente completamente dominado y controlado por el poder destructivo entonces pueden comenzar a volver a la vida por lo que la observación del paciente y la cooperación en el análisis pueden mejorar.

Por supuesto, es siempre esencial para estudiar el caso de la historia de nuestros pacientes en detalle con el fin de reconocer las relaciones interpersonales específicas y experiencias traumáticas que existían en el pasado y ha contribuido a la construcción de las estructuras narcisistas. Incluso los pacientes que parecen estar completamente identificado con el narcisista estructura son de vez en cuando, conscientes de que están atrapados y atrapadas, pero no saben cómo escapar de esta prisión. Con Jill, me gustaría ilustrar lo difícil que es determinar la naturaleza de la oposición secreto oculto a la vida y el progreso. Poco a poco, en el análisis de un narcisista destructiva estructura fue expuesto. Era posible para ayudar a Jill a reconocer lo abrumador que encontró la fuerza para alejarse de la vida porque ella confunde esto con su deseo de alcanzar un estado infantil de fusión con su madre. Cuando Jill comenzó gradualmente a su vez más a la vida que era interesante ver cómo muy pronto que estaba amenazado de muerte en sus sueños. Esto marcó la aparición en la conciencia de una organización narcisista destructiva, siempre referido como "ellos", que fue fusionada con una fuerza mortal confuso.

Jill había recibido psicoterapia psicoanalítica en otro país durante muchos años. A principios de este tratamiento tuvo un violento impulso de cortar sus muñecas y cuando lo consiguió, al hacerlo, fue hospitalizada por su terapeuta durante más de tres años. Aquí el personal trató con simpatía para entender su comportamiento psicótico y pensamiento. Se sentía feliz de estar en el hospital, porque por primera vez en su vida la enfermedad, como ella lo llamaba, estaba siendo tomada en serio. Sintió que sus padres no podían soportar su ser enfermo y por lo tanto no se creen lo enferma que estaba. Su psicótico manifiesta

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 116 -

estado fue un intento de ser más abierto acerca de sus sentimientos. Anteriormente se había sentido tan encerrada por su rigidez psicótico que para hacer su flujo de sangre no se sentía ni un deseo de morir, sino como un intento de ser más vivo. Por otra parte, en el hospital privado que sentía que era una maravilla de pertenecer a un grupo de pacientes que rompieron ventanas y destruyeron muebles y rompieron todas las reglas del hospital. Cualquier suavidad o la necesidad fue ridiculizado por ella y consideran ser "santurrón".

Incluso más que diez años más tarde, durante el tratamiento conmigo, a menudo anhelaba los días en el hospital donde ella podía hacer lo que quería y se sentía vivo. Pero, de hecho, cada vez que estaba un poco más de éxito en su vida se convirtió en abrumado por una fuerza desconocida que llamó "ellos" contra la que no podía hacer nada y que la obligó a retirarse a la cama. Se puso todos los calentadores en su dormitorio para crear un ambiente caliente sofocante, bebió alcohol, y leer novelas de detectives, que le ayudaron a vaciar su mente de todo pensamiento significativo. Sintió este comportamiento era necesario para apaciguar a "ellos" (es decir, las fuerzas destructivas), que la amenazó cuando trató de cobrar vida.

En el momento en que empezaba a desarrollar una visión en sus problemas que tenía un sueño que había sido secuestrado en sí misma, pero los secuestradores le permitió caminar con libertad bajo palabra obligado por una promesa que no iba a escapar. En realidad, al principio parecía como si estuviera atrapado en su enfermedad para siempre. Sólo muy gradualmente qué se entiende que la idealización de su destructividad no le dio la libertad, y que se trataba de una trampa en la que había caído por el poder hipnótico de la auto destructiva que se hizo pasar por un salvador y amigo que pretendía tomar el cuidado de ella y darle todo el calor y la comida que ella quería para que ella no tendría que sentirse solo. Fue esta situación la que se ha actuado durante el síndrome de abstinencia. De hecho, sin embargo, este supuesto amigo intentó echar a perder todo contacto que estaba tratando de hacer en relación con el trabajo y con la gente. Durante el análisis se

convirtió poco a poco conciencia de que este amigo excesivamente tiránico y posesivo era un ser omnipotente parte muy destructiva de sí misma, haciéndose pasar por un amigo, que llegó a ser muy peligrosa si se trató de continuar la cooperación en el análisis o ningún progreso en su vida. Durante mucho tiempo se sentía demasiado asustada como para desafiar a esta fuerza agresiva y cada vez que se enfrentó a esta barrera se identificó con el yo narcisista agresivo y se puso agresivo y abusivo hacia mí. A veces me parecía representar a su madre ya otras veces su yo infantil, que se proyecta en mí. Sin embargo, la razón principal de sus ataques violentos relacionados con mi desafiar la dominación de su agresiva narcisista

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 117 -

estado, mi atrevimiento de querer ayudarla o incluso curarla, y ella demostró que estaba decidida a hacer todo lo posible para derrotarme. Pero después de unos días de estos ataques también sentí que había una secreta esperanza de que yo, y he incluido aquí también el auto que fue dirigida hacia la vida, para ganar al final. También me di cuenta de que la única alternativa a su violento ataque contra mí fue la admisión de que ella realmente quería así, y esto la expuesta al peligro de ser asesinado por la parte destructiva omnipotente de sí misma. Después de haber trabajado en esta situación desde hace muchos meses, el paciente tenía un sueño que se confirmó y se ilustra este problema.

En el sueño el paciente se encontraba en una sala subterránea, o pasaje. Ella decidió que quería irse, pero ella tuvo que pasar por un torniquete para salir. El torniquete fue obstruida por dos personas que estaban de pie allí, pero cuando el paciente se investigó se encontró que ambos estaban muertos y en el sueño, decidió que habían sido asesinados recientemente. Se dio cuenta de que el asesino era todavía alrededor y tuvo que actuar rápidamente para salvarse a sí misma. En las cercanías había una oficina de un detective, y ella corrió sin avisar, pero tuvo que esperar en la sala de espera por un momento. Incluso mientras esperaba el asesino apareció y amenazó con matarla porque no quería que nadie supiera lo que estaba haciendo, y lo que había hecho, y existía el peligro de que el paciente, le daría de inmediato. Estaba aterrorizada y estalló en la habitación del detective y así se salvó. El asesino escapó, y temía que, si bien temporalmente fue salvada se repetiría la situación. Sin embargo, el detective parecía capaz de seguir el rastro del asesino, y él fue capturado, para su alivio casi increíble.

Jill se dio cuenta inmediatamente de que el detective representaba a mí mismo, pero el resto del sueño fue toda una sorpresa. Nunca se había permitido pensar lo asustada que estaba de ser asesinados si fuera a confiar en mí y vienen en busca de ayuda y me da toda la información y la cooperación que ella era capaz de hacer, en especial la información sobre la naturaleza de su propio ser asesina. De hecho, las dos personas muertas en el sueño le recordaron los intentos fallidos anteriores de mejorar. En el sueño al analista como un detective era, por supuesto, muy idealizado como la persona que no sólo protegerla de su propia locura y asesina y sus impulsos destructivos, sino también libre de ella de esos miedos para siempre. Tomé el sueño en el sentido de que una parte de ella había decidido hacerse bien y salir del estado narcisista psicótico que fue equiparada por ella con la muerte. Pero entonces el poder se convirtió en mortal activamente asesina debido a esta decisión. Es interesante que, desde este sueño que el paciente ha convertido, de hecho, más a la vida, y su miedo a la muerte ha disminuido gradualmente. Teóricamente y

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 118 -

clínicamente el trabajo con este paciente parece confirmar la importancia de los aspectos destructivos de narcisismo, que en el psicótico declara completamente dominar y abrumar al objeto indicado, parte libidinal, sano de uno mismo y tratar de encarcelar a él.

La forma Jill fue una y otra vez se alejó de la vida en un estado retirado paranoicos ilustra la forma en que la fuerza letal que mencioné anteriormente trabaja silenciosamente para apoyar de manera narcisista destructivo de ser. Violencia asesina estaba escondido detrás de esta pulsión de muerte en silencio por un largo tiempo antes de que fuera revelada por el sueño. Después de que el asesino había aparecido en el sueño el análisis podría hacer un mejor progreso y las reacciones terapéuticas negativas definitivamente disminuido. Esto fue posible en parte debido a la mejora gradual de Jill y el surgimiento de una parte mucho más amoroso y cálido de su personalidad.

Claude

Los pacientes como Jill nunca se sabe si son ellos los que son asesinos, o si tienen una fuerza letal dentro de sí mismos. A menudo se sienten que necesitan mucha fuerza para mantener el miedo a la muerte y de ser un asesino en secreto. Claude, un paciente informado por el Dr. W. en uno de mis seminarios, ilustra esto muy gráficamente. Tenía un temor grave de la muerte entre las edades de cuatro y siete, así como posteriores. Este terror se produjo cuando sus padres estaban cerca, pero él insistió en que nunca supieron nada al respecto, aun cuando se sentía a punto de morir. Total independencia de sus padres parecía la única manera de protegerse de su miedo. También recordó que en ocasiones tenía

sentimientos asesinos secretos contra su madre , sobre todo cuando ella era tranquilizador. Una vez se perdió una sesión analítica porque se encontró con el parabrisas de su coche destrozado. Creía que lo había hecho a sí mismo en un estado de ensueño para prevenir a sí mismo de llegar a su reunión. Se sintió una fuerte necesidad de mantener los sentimientos destructivos contra el análisis de secreto, incluso de sí mismo. En una ocasión pasó unas vacaciones de esquí con una amiga durante el análisis . Mencionó este día de fiesta con el Dr. W. el día anterior. Esperaba sentirme mejor por estar lejos de análisis , pero en realidad se sintió tan perturbado con esta novia que tuvo que retirarse de ella para protegerla de sí mismo, y también tuvo que abandonar el esquí, que le encantó. Pasó la mayor parte del tiempo leyendo un libro de la escritora mística Carlos Castaneda. Cuando regresó al análisis que sólo gradualmente reveló que él estaba muy paralizado y enormemente agotado durante las vacaciones y se dio cuenta de que no

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 119 -

Había algo en él que amenazaba con apoderarse de él y, probablemente, podría tirar de él hasta la muerte. En su opinión, el libro de Castaneda trajo un poco de ayuda para él. Es por eso que él se aferró a ella. Castaneda explica en su libro su propio terror a la muerte, pero él aconseja a todos a hacer de la muerte de su único amigo con el fin de apaciguar a él, porque la muerte es terriblemente posesivo. Parecía claro que Claude temía que si hacía el analista y el análisis de importante, la muerte pasó de ser un amigo en un enemigo mortal celoso. En Claude los sentimientos asesinos relacionados con la muerte fueron dirigidas más hacia sí mismo que los demás. La pulsión de muerte parecía a aparecer en una forma casi disimulada tras un largo período de tener que ocultar su miedo a la muerte, un secreto que es típico de todos los problemas relacionados con la pulsión de muerte. Claude trató de ver la muerte como una muy buena figura y evitar todos los peligros de dejarse dominar por completo la muerte. Con la ayuda del libro de Castaneda trató de hacerlo, pero el intento un poco difícil de hacer de la muerte su amigo falló, y él creyó que estaba a punto de morir durante el llamado día de fiesta.

Richard

Mi cuarto caso, Richard, ilustra la existencia de una forma narcisista destructiva oculta de ser que fue idealizado para que el paciente dependía en gran medida de funcionar de esta manera y se sometió a la misma como la forma más deseable de vida imaginables. Psicopatología de Richard es un ejemplo de la forma narcisista relaciones de objeto invadir todos los aspectos de un paciente la personalidad y la forma patológica de fusión puede ser creado. Por encima de todo lo que estaba intensamente confundido acerca de lo que era bueno y malo para él, y esto a menudo condujo a una profunda decepción. A menudo se calculó mal las situaciones y entonces se deja llevar por su aparente entusiasmo por lo que no podía reconocer su error. Luego se convertiría en dogmática, superior y arrogante, de vez en cuando con graves consecuencias para su situación de vida.

El paciente era el más joven hijo en su familia, parecía siempre han sido tratados con una gran cantidad de indulgencia por sus hermanos y hermanas. Tenía uno de los primeros traumas porque cuando tenía tres meses de edad que fue repentinamente separado de su madre , que tenía que ir al hospital por varios meses debido a una pierna rota. Tenía recuerdos de un período posterior de su ser a veces seductora e indulgente, pero que a menudo era muy estricto y de reproche, que se encontraba confuso. El padre era fiable y

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 120 -

de apoyo, pero la madre tiende a mirar hacia abajo en él, y en la vida anterior fue aparentemente profundamente influido por ella. En la infancia Richard estaba muy unida a un perro a quien trata como un objeto con el que podía hacer lo que quisiera, lo que implicaba que el perro no sólo era amada, sino también a menudo grandemente descuidada por él. Al principio del análisis soñaba con una nutria que vivía bajo su casa y era muy manso y le seguía a todas partes. En sus asociaciones que pensaba de su perro y también de la ubre de una vaca. El sueño sugiere que Richard se había formado al principio de su vida muy posesiva objeto parcial relación con su madre 's de mama , situación que continuó con su perro y otros objetos. Recordaba un poco de chica con la que jugaba juegos sexuales cuando tenía alrededor de cuatro a seis años de edad. Ella trató de detener a los juegos cuando se hacían mayores. Pero estaba tan enfurecido por su decisión de abandonar la asociación sexual que él mató a su más querido objeto, su gato. Así que su posesivo amor resultó fácil a la crueldad asesina cuando se frustró.

La dificultad de Richard análisis , como en su vida, fue la facilidad con la que se alejó de los objetos internos y externos, y parecía seguir los impulsos que se presentaron a él de una manera muy seductora, que por lo general le engañó. Parecía dispuesto a venir para el análisis , pero a menudo se idealiza su propia contribución al análisis . En el tercer año de tratamiento tuvo el siguiente sueño , que nos dio una pista para una mejor comprensión de algunos de los problemas con los que estaba luchando.

En el sueño había un fin de semana, y de repente se dio cuenta de que no tenía leche en su casa, pensó que podría ser

una tienda abierta donde podría conseguir un poco de leche, pero se quedó indeciso y no sabía qué hacer para conseguir un poco de ordeñar rápidamente. Entonces pensó en su vecino, a quien había convertido a menudo en busca de ayuda, que él también lo hizo en esta ocasión. El vecino le dijo que él podía darle un poco de leche, pero confirmó que, de hecho, una tienda de productos lácteos cierto estaba abierto los domingos y que lo acompañaría a la tienda. Cuando Richard llegó a la tienda había una larga cola, pero él aceptó que iba a tener que esperar. Dos criadas lácteos vestidos de blanco estaban cuidando los clientes. Antes de entrar en la tienda de la vecina había mostrado al paciente una moneda de cinco peniques acorralado. El vecino no se había unido a la cola y ahora de repente apareció, rápidamente se acercó al efectivo registro, y cambiaron la moneda pequeña para un gran fajo de billetes de £ 10. Él desapareció tan rápido como había llegado sin ser visto por las lecheras. Richard se quedó estupefacto. Él pensó en un primer momento de informar a las dos mujeres sobre este robo despiadado arrogante, pero entonces recordó que su responsabilidad era

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 121 -

principalmente para protegerse a sí mismo y no interferir o entrometerse en las empresas lecheras ", que era su responsabilidad, pero la verdadera razón era que temía por su vida. Pensó que las mujeres en la tienda no sería capaz de protegerlo contra el hombre despiadado, que, una vez que Richard estaba fuera de la tienda, que, sin duda, tomar represalias. ¿Por qué debería poner en peligro su vida a causa de este tipo de robo y por el hecho de que las mujeres no se preocupan por su dinero, dejando al descubierto hasta? Cuando el vecino salió corriendo con el dinero que el paciente comenzó a sentirse muy culpable por el hecho de que él no había dicho nada, y de esa manera se había puesto de acuerdo con el vecino. Luego salió de la tienda antes de su turno había llegado, sintiéndose muy culpable y egoísta, sabiendo que no era correcto que guardar silencio, se sentía muy débil moralmente. El sueño continúa. En el siguiente momento en que el paciente se encontraba en un callejón, patio trasero oscuro vestido con trapos viejos sucios, completamente sola. Era un "down-and-out", el más bajo de la sociedad, todo apático, totalmente paralizado por la desesperación y la impotencia debido a la culpa. Sentía que no había nada bueno en él y que él mismo era un ladrón despiadado. Él era un cobarde sin piedad lastimosa que no pudo siquiera para informar sobre el robo, por no hablar de detenerlo. Sirvió su derecho a ser miserable y olvidado por todos. Sentía que iba a morir y que estaría bien. A continuación, su primera novia se acercó y le acarició la mejilla con suavidad con la calidez y simpatía. Estaba sorprendido y contento y lleno de un poco de calor en el interior. Entonces empezó a pensar que ella debe ser enfermo y ciego a sí misma de alguna manera de mostrarle que era un inútil, miserable como espinas de un hombre, un poco de calor. Estaba inconsciente connivencia con él? Luego, su actual esposa se acercó y le mostró un poco de calor también. En su opinión, los dos estaban en un peligro de que sus vidas destruidas por asociarse con él.

El contenido manifiesto de la primera parte del sueño es la más sorprendente, porque Richard revela aquí tan claramente su dependencia en el vecino idealizada y la completa negación de la crueldad de los vecinos, la codicia y la crueldad. En el sueño de los vecinos no sólo es cruel, sino también criminal, ya que si se enteró de que Richard sabía lo que es un criminal despiadado que era lo mataría. Esto es de nuevo la típica personalidad estructura de los pacientes que son controlados por un aspecto narcisista destructiva de sí mismos, que se hace pasar por un ideal de amigo y ayudante. En el sueño de la idealización se rompe, y el paciente se da cuenta de su connivencia con la parte destructiva de sí mismo que representa el vecino. Se da cuenta de que ha sido completamente unprotective y pasiva hacia las ordeñadoras cuidan, que están principalmente para la buena relación con su madre en la situación de la alimentación, y por su dependencia de la

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 122 -

analista. Este problema había desempeñado un papel muy importante en el análisis. Con frecuencia, cuando el paciente actuó a través de la irreflexión y la crueldad que me culpaba por ello y afirmó que debería haber sabido de antemano y le advirtió del problema. En el sueño de Richard corrige esta actitud porque admite que es su connivencia con la parte destructiva de sí mismo, el vecino, que lo que un paciente como hace difícil en el análisis porque no dejaba de información importante acerca de sí mismo de mí.

En la segunda parte del sueño de Richard tiene ahora toda la responsabilidad de la parte morosa destructiva de sí mismo, que en su estado de vigilia se encontró prácticamente imposible de hacer por temor, ya que los sueños muestra, no sólo de que él mismo fue amenazado y asesinado por una parte destructiva de sí mismo, pero que en realidad ser completamente malo. Tenía miedo de que no hay Dios podría existir en él, porque él había sido falsa. En el sueño, admite que necesita ser amado, pero no puede aceptar el amor, porque él siente que no se lo merece, se lo merece sólo para morir. Así, en la primera parte del sueño de Richard tiene miedo de ser asesinado por una mala parte destructiva de sí mismo, pero en la segunda parte se convierte en miedo de ser asesinado por su conciencia, su super-ego, que lo condenarán a muerte. Este problema se centra sobre todo en la falsa naturaleza de su idealización de su vecino, porque Richard ahora parece poner en duda la base de toda la admiración y el amor y el temor de que todo amor es falsa y que, obviamente, debe ser del todo malo. Esta es también la razón por la que desconfía de todo el que lo ama, teme que todo el que lo ama debe

connivencia con su maldad , y por lo tanto, todo el mundo es falso.

Es porque reconoció su falsa admiración de los vecinos que Richard se sentía ahora muy difícil confiar en nadie, incluyéndome a mí mismo en el análisis cada vez que hacía cualquier tipo de positivo interpretación . Sin embargo, si se interpreta sólo intenciones destructivas a un paciente como éste, el analista, por supuesto, ser identificado con el muy destructivo superyó , que sólo ve la destructividad en él y no le da ningún crédito para querer recuperarse de su mal estado. Clínicamente es muy importante distinguir la falsa idealización del yo narcisista destructiva (que desempeña un papel tan importante en las adicciones a las drogas y el alcohol, fumando un cigarrillo, etc) de la idealización de un básicamente buena experiencia con buenos objetos en el pasado o presente. No es tanto un clínico y un peligro teórico si todos los aspectos 'narcisista' de la personalidad , incluyendo aquellos que han sido descritos por muchos autores como componentes saludables o normal de la personalidad , son considerados como destructiva.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 123 -

De Richard sueños eran muy útiles porque hacen evidente que su falsa idealización de un auto destructiva, haciéndose pasar por un buen y objeto ideal , ha contribuido considerablemente a una confusión de los aspectos positivos y negativos de su personalidad , con el peligro de que todos los aspectos positivos de la auto podría convertirse equiparado con o abrumado por las malas. Es esencial distinguir entre las fuerzas de la vida y de las fuerzas de la muerte. Se oponen básicamente entre sí, cuando las partes buenas y malas de uno mismo se juntan existe el peligro de que las partes buenas y malas de uno mismo y también buenos y malos objetos llegarán a ser tan confuso que el buen auto se siente abrumado y perdido temporalmente en la confusión. Esto tiende a ocurrir cuando las partes destructivas de la auto predominan. Este es el proceso que yo llamo patológica fusión . En fusiones normales de las fuerzas agresivas de sí mismo se ven mitigados por las partes libidinal del yo . Esta función sintética es absolutamente necesario para la vida - tanto para la supervivencia de uno mismo , lo que implica el desarrollo del ego, y por la fuerza y constancia de las relaciones de objeto , para el normal narcisismo , y la capacidad de luchar por la protección de los bienes y para uno mismo. También quiero subrayar aquí las fusiones patológicos o fijación del paciente en los primeros niveles esquizoparanoide de desarrollo . Fusiones normales son necesarios para trabajar a través de la posición depresiva, un proceso que Melanie Klein considera esencial para cualquier normal de desarrollo . Sin embargo, para establecer fusiones normales es clínica y teórica necesaria para descubrir con firmeza y claridad las confusiones de objetos buenos y malos y los aspectos positivos y negativos de uno mismo , porque nada positivo o sonido puede desarrollarse a partir de las confusiones, y existe el peligro de que un yo permanente débil y frágil resultará.

El sueño de la vecina explicó gran parte del comportamiento repetitivo del paciente en el análisis . Durante muchos años el paciente no había podido informarme cualquier auto-observación o conflicto que se había llevado a su comportamiento omnipotente, que siempre pareció salir de la nada. Yo podría mostrar a través del sueño de los vecinos que cada vez que se encontraba en dificultades o sentido frustrado que no recordaba que yo le podía ayudar y mirar detrás de él, porque entonces tendría que esperar para mí y reconocer su dependencia de mí. En su frustración y la impaciencia se omite su memoria de mí y se dirigió a una parte omnipotente y delincuentes de sí mismo que actuó despiadadamente el impulso , devaluó el análisis , que fue descrito como una mera pieza Fivepenny, y rápidamente agarró lo que quisiera. Ni siquiera se había dado cuenta hasta qué punto su auto narcisista destructiva y delincuentes, que inconscientemente había estado orgulloso de, ya que podría salirse con la suya tan rápidamente sin ser visto, había mantenido su auto depende completamente bajo control

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 124 -

amenazas de muerte por lo que se sentía incapaz de cooperar en el análisis . En el sueño se dejó en claro que él también sentía que existía una connivencia entre su auto dependiente y su omnipotente codiciosos auto narcisista, ya que repudió cualquier responsabilidad de tener que informar de sus observaciones sobre el vecino de las lecheras. Por otra parte, como ya he mencionado, había encontrado a menudo que cuando lo presenta el sueño o que haya cursado las asociaciones que dio todo el crédito por el progreso para sí mismo. Esto es, por supuesto, un problema típico en el análisis de los pacientes narcisistas que insisten en que el analista, como el pecho de la madre , es propiedad de ellos. Terapéuticamente era esencial para exponer en este paciente la dominación de todo su ser por su omnipotente autodestructiva narcisista, porque esta habilitado Richard gradualmente a utilizar el análisis mejor, por lo que un resultado terapéutico satisfactorio podría lograrse.

Notas

¹ **André Green (1984)** (véase el capítulo 1, nota 6) también ha hecho de este punto de una manera bastante diferente.

² Abraham fue mucho más allá de Freud en el estudio de la negativa oculta transferencia y en el esclarecimiento de la naturaleza de

los impulsos destructivos que él encontró en su trabajo clínico con pacientes narcisistas. En los pacientes narcisistas psicóticos subrayó la superioridad altiva y alejamiento del narcisista e interpretado la actitud agresiva negativa en la transferencia. Ya en 1919 se había contribuido al análisis de la negativa oculta transferencia mediante la descripción de una forma particular de neurótica resistencia contra el método analítico. Se encuentra en estos pacientes una más pronunciada narcisismo, y subrayó la hostilidad y el desafío oculto detrás de un aparente afán de cooperar. Describió cómo la actitud narcisista se adhirió a la transferencia y cómo estos pacientes depreciar y devaluar el analista y lo rencor el rol analítico que representa el padre. Ellos invierten la posición del paciente y el analista para mostrar su superioridad sobre él. Hizo hincapié en que el elemento de la envidia era inconfundible en el comportamiento de estos pacientes y de esta forma clínica y teórica que conecta el narcisismo y agresividad. Es interesante, sin embargo, que Abraham no trató de vincular sus resultados con la teoría de los instintos de vida y muerte de Freud.

³ **Reich (1933)** se opuso a la teoría del instinto de muerte de Freud. Él, sin embargo, hacen aportes fundamentales al análisis del narcisismo y el negativo latente de transferencia. También destacó, al contrario de Freud, que las actitudes y latentes narcisistas del paciente

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 125 -

conflictos, que incluyen sentimientos negativos, podrían activarse y llevados a la superficie en el análisis y luego trabajó a través. Pensó que "todos los casos sin excepción se inicia el análisis con una actitud más o menos explícita de la desconfianza y la crítica que, por regla general, permanece oculto" (1933: 30).

Reich considera que el analista tiene constantemente para señalar lo que está oculto y no debe ser inducido a error por un positivo aparente transferencia hacia el analista. Él estudió en detalle el carácter de la armadura que el narcisista defensa encuentra su expresión concreta crónica. Al describir el paciente narcisista destacó su actitud de superioridad, burlona, y envidiosos, así como su comportamiento despectivo. Un paciente que estaba constantemente preocupada con pensamientos de muerte se quejó en todas las sesiones que el análisis no lo tocó y fue completamente inútil. El paciente también admitió su infinita envidia, no del analista, sino de otros hombres, hacia el cual se sentía inferior. Poco a poco se dio cuenta de Reich y fue capaz de demostrar al paciente su triunfo sobre el analista y sus intentos de hacer que se sienta inútil, inferior e impotente para poder lograr nada. El paciente fue capaz de admitir que no podía tolerar la superioridad de nadie y siempre trató de destruir a la gente. Estados Reich (1933: 58): Hay entonces era suprimida del paciente agresión, la manifestación más extrema de la que había sido hasta el momento sus deseos de muerte'.

Descubrimientos de Reich en relación con latente agresión, la envidia y el narcisismo tiene muchas similitudes con la descripción de Abraham del narcisista resistencia en 1919.

Hay una serie de analistas serios además de Freud, que hacen hincapié en la importancia de la pulsión de muerte y se han relacionado con detalle de su trabajo clínico y la experiencia. **Federn (1932: 148)**, en un artículo llamado "La Realidad de la pulsión de muerte" - en alemán 'Die Wirklichkeit des Todestrieb' - hace hincapié en que la unidad hacia la muerte se puede observar en su forma más pura en las melancolías, donde los impulsos destructivos son bastante defused de los sentimientos libidinales:

"Es un espectáculo horrible de ver cómo el melancólico en el que la muerte, el instinto es en el trabajo sin ninguna relación con Eros pronuncia constantemente el odio y perpetuamente intenta destruir todas las posibilidades de la buena fortuna en el mundo exterior de una manera más cruel. Death- instinto en él lucha Eros sin.

Federn también relató la pulsión de muerte en gran detalle a las culpas sentimientos de los melancólicos.

Eduardo Weiss en un artículo publicado en 1935 en *Imago* en "Todestrieb und Masochismus" describió cómo secundaria narcisismo se relaciona no sólo con la libido volviéndose hacia uno mismo, sino también a la agresión, al que llamó 'destruido', que se comportó de una manera idéntica. Desafortunadamente

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 126 -

Este documento, que contiene muchas ideas interesantes, está escrito en un alemán bastante oscura.

De todos los analistas probablemente Melanie Klein, quien aceptó la importancia de la teoría de la interacción entre la vida y el instinto de muerte de Freud y lo utilizó teórica y clínica, hecho las contribuciones más notables al análisis de lo negativo transferencia. Ella encontró que la envidia, sobre todo en su forma escindida, fue un factor importante en la producción de las actitudes negativas crónicas en el análisis, incluyendo reacciones terapéuticas negativas. Describió los mecanismos infantiles tempranas de separación de los objetos y el ego, que permiten al yo infantil para mantener el amor y el odio a pedazos. En sus contribuciones al narcisismo, enfatizó más los aspectos libidinales y sugirió que el narcisismo es, de hecho, un fenómeno secundario que se basa en una relación con un interior bien o el objeto ideal, que en la fantasía forma parte del ser amado cuerpo y el yo. Pensó que en los estados narcisistas una retirada de las relaciones exteriores a una identificación con una idealizada objeto interno se lleva a cabo.

Melanie Klein escribió en 1958 que ella observa en su trabajo analítico con niños pequeños una lucha constante entre el impulso

irrefrenable de destruir sus objetos y un deseo de preservarlos. Sintió que el descubrimiento de los instintos de vida y de la muerte de Freud fue un gran avance en la comprensión de esta lucha. Ella cree que la ansiedad surge de la "operación del instinto de muerte dentro del organismo, que se experimenta como un miedo a la aniquilación" (1958: 84). Vemos, pues, que concibió por obra del instinto de muerte como principal ansiedad en el niño en relación con el miedo a la muerte, aunque en general Freud negó que la principal temor de la muerte estaba en existencia. La única situación clínica en la que ve la pulsión de muerte aterrizando el yo o el ego del paciente es descrita por él en 1923. El autor analiza aquí la extraordinaria intensidad de la sensación de culpa en la melancolía y sugiere que la destrucción de componentes, una pura cultura de la pulsión de muerte, se ha atrincherado en el super-ego y se volvió en contra del ego. Explica aquí el miedo a la muerte en la melancolía al decir que el ego en sí se da por vencido y muere porque se siente odiado y perseguido por el super-ego en vez de ser amado. Esta situación Freud se refiere tanto a la primaria del estado de ansiedad en el nacimiento y la tarde la ansiedad de separación de la protección de la madre.

En Melanie Klein 's vista, con el fin de defenderse contra esta ansiedad del yo primitivo utiliza dos procesos: "Parte de la pulsión de muerte se proyecta en el objeto, convirtiéndose así en un perseguidor, mientras que una parte de la pulsión de muerte, que es retenida en el ego hace que la agresión se volvió contra ese objeto persecutorio" (Klein 1958: 85).

La vida instinto también se proyecta en los objetos externos, que luego se sintieron al ser amoroso o idealizado. Melanie Klein señala que es característico de principios de desarrollo que el idealizado y lo malo

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 127 -

objetos perseguidores se dividen y se mantienen abiertas, lo que implicaría que los instintos de vida y muerte se mantienen en un estado de defusión. Simultáneamente con la separación de los objetos de la división de la auto en partes buenas y malas se lleva a cabo. Estos procesos de ego división también mantener los instintos en estado de defusión. Casi simultáneamente con las proyectivas procesos de otro proceso primario, introyección, comienza, "en gran medida al servicio de la vida instinto, sino que combate la pulsión de muerte, ya que conduce al ego tomando en algo que da vida (empezando por los alimentos) y por lo tanto vinculante el instinto de muerte" (1958: 85). Este proceso es esencial en la iniciación de la fusión de la vida y la muerte instintos.

Como los procesos de escisión del objeto y el auto y por lo tanto los estados de desmezcla de los instintos se originan a principios de la infancia en una fase que Melanie Klein describe como la posición esquizoide paranoide, uno puede esperar que los estados más completas de desmezcla de instintos en los condiciones clínicas en las que predominan los mecanismos esquizoides paranoicos. Podemos encontramos con estos estados en pacientes que nunca han superado por completo esta temprana fase de desarrollo o que han regresado a ella. Melanie Klein destacó que los mecanismos infantiles tempranas y las relaciones de objeto se unen a la transferencia, y de esta manera los procesos de división del yo y objetos, que promueven la defusión de los instintos, pueden ser investigados y modificados en el análisis. También destacó que a través de la investigación de estos primeros procesos de la transferencia se convenció de que el análisis de lo negativo transferencia era una condición previa para el análisis de las capas más profundas de la mente. Fue sobre todo a través de la investigación de los aspectos negativos de la temprana infantil transferencia que Melanie Klein se enfrentó primitiva envidia, que ella considera como un derivado directo de la pulsión de muerte. Ella pensó que la envidia aparece como una fuerza hostil que destruye la vida en la relación del niño con su madre y está particularmente dirigida contra la buena alimentación de la madre, ya que ella no sólo es necesario para el bebé, pero envidiado por que contiene todo lo que el niño quiere apoderarse. En la transferencia esto se manifiesta en la necesidad del paciente de devaluar el trabajo analítico que se ha encontrado útil. Parece que la envidia destructiva que representa casi completamente desactivado la energía es particularmente insopportable para el ego infantil y temprano en la vida se convierte separado del resto del ego. Melanie Klein destacó que escindido, inconsciente envidia menudo permanecido sin expresar en el análisis, pero sin embargo, ejercido una influencia molesta y poderosa en la prevención de los avances en el análisis, que en última instancia sólo puede ser eficaz si se logra la integración y se ocupa de toda la personalidad. En otras palabras, la desmezcla de los instintos tiene poco a poco para cambiar a la fusión en el éxito de cualquier análisis.

3

1. En los escritos de Freud después de su enfoque más especulativa en ***Más allá del principio del placer (1920)***, se hizo evidente que él utilizó la teoría de la vida

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 128 -

y el instinto de muerte para explicar los fenómenos clínicos. Por ejemplo, en ***"El problema económico del masoquismo" (1924: SE 19: 170)***, dijo: "Por lo tanto el masoquismo moral se convierte en una pieza clásica de la evidencia para la existencia de la fusión del instinto. El peligro reside en el hecho de que procede de la pulsión de muerte y corresponde a la parte de ese instinto que se ha escapado de ser girados hacia el exterior como un instinto de destrucción". En ***Malestar en la Cultura (1930: SE 21:122)***, Freud se concentra más en el agresivo instinto. Él dice: «agresiva natural del hombre el instinto, la hostilidad de todos contra todos y todos contra uno, se opone a este programa de la civilización. Este agresivo instinto es el derivado y la principal representante de la pulsión de muerte que hemos encontrado al lado de Eros'. Más adelante añade

(p. 122): "Este problema debe presentar la lucha entre Eros y la muerte entre el instinto de vida y el instinto de destrucción, ya que funciona por sí solo en la especie humana. "

Aquí Freud no distingue claramente en la discusión entre el instinto de muerte y el instinto de destrucción, ya que quiere explicar que hay una fuerza que él llama el instinto de muerte o el instinto de destrucción que está en constante lucha con la vida instinto , el deseo de vivir.

En las **Nuevas conferencias de introducción (1933: SE 22, 105)** se discutió la fusión de Eros y agresividad y trató de animar a los analistas utilizar esta teoría clínica, argumentando:

"Esta hipótesis se abre una posibilidad para nosotros de las investigaciones que podrían algún día ser de gran importancia para la comprensión de los patológicos procesos . Para fusiones también pueden romperse, y podemos esperar que el funcionamiento será más gravemente afectada por defusions de tal naturaleza. Pero estas concepciones son todavía demasiado nuevo, nadie ha tratado de aplicar en nuestro trabajo '.

También dijo que:

"En algún momento remoto ... un instinto debe haber surgido la cual se encargó de acabar con la vida Si reconocemos en este instinto de la auto -destrucción de nuestra hipótesis, se puede considerar que el auto -destrucción como expresión de un "instinto de muerte" que no puede dejar de estar presente en todos los procesos vitales.

'El instinto de muerte se convierte en el instinto destructivo cuando, con la ayuda de órganos especiales, que se dirige hacia el exterior a los objetos. El organismo mantiene su propia vida, por así decirlo, por la destrucción de una extraña uno. Una parte de la pulsión de muerte, sin embargo, continúa en vigor en el organismo y que han tratado de rastrear un gran número de fenómenos normales y patológicos de esta interiorización de la pulsión destructiva. (1933: SE 22: 107, 211)

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 129 -

En este trabajo Freud enfatiza particularmente los auto sentimientos destructivos como una expresión directa de la pulsión de muerte y él insiste en que hay órganos especiales a través del cual la pulsión de muerte convierte en destructividad y se dirige hacia el exterior de los objetos. En esta descripción de las ideas de Freud son en cierta medida similares a Melanie Klein ideas "s expresadas en una fecha posterior. Ella sostiene que es el yo primitivo que proyecta algunos aspectos de la pulsión de muerte en objetos externos, que de esta manera se convierten en perseguidores, mientras que el resto de la pulsión de muerte se convirtió en directo agresión que ataca a los perseguidores.

Sólo cuatro años después, en **"Análisis terminable e interminable" (1937: SE 23: 242)**, Freud volvió a la aplicación clínica de su teoría de la pulsión de muerte para la comprensión de las resistencias profundas contra el tratamiento analítico, diciendo:

"Aquí estamos tratando con las últimas cosas que la investigación psicológica puede aprender sobre: el comportamiento de los dos primarios instintos , su distribución, mezcla y desmezcla . No impresión más fuerte proviene de las resistencias en el trabajo de análisis que de allí es una fuerza que se defiende por todos los medios contra la recuperación y que está absolutamente decidido a aferrarse a la enfermedad y el sufrimiento. "

Se vincula esto con su teoría anterior del reacción terapéutica negativa , que había relacionado con un inconsciente sentimiento de culpa y la necesidad de castigo, ahora (1937: SE 23: 243) y agregó:

"Estos fenómenos son impresiones inconfundibles del poder en la vida mental que llamamos instinto de agresión o de la destrucción de acuerdo a sus objetivos y que se remontan a la pulsión de muerte original de la materia viva Sólo por el concurrente u oponerse mutuamente la acción de los dos primitivos instintos - Eros y el instinto de muerte - nunca por una u otra solo, podemos explicar la rica multiplicidad de los fenómenos de la vida '.

Más tarde, en el mismo periódico sugirió que tal vez tengamos que examinar todos los casos de trastornos mentales conflicto desde el punto de vista de la lucha entre los impulsos libidinales y destructivos.

⁴ Una de las principales razones de esta omisión puede ser que la teoría de Freud narcisismo originalmente se había basado en la idea de una primaria narcisismo , en la que una persona dirige su libido hacia el yo , y otro secundario narcisismo , en la que se retira la libido de objetos de nuevo a sí mismo (**Freud, 1914: 74**). Fue sólo después de haber aclarado sus ideas sobre el placer y el principio del principio de realidad en 1911, y llevó esas ideas en relación con el amor y el odio en **"instintos y sus destinos "(1915)**, que comenzó a escribir acerca de una importante conexión entre una placentera

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 130 -

narcisista etapa y el odio o la destructividad hacia el objeto externo , cuando el objeto comienza a afectar a la persona. Por ejemplo, en 1915 (SE 14: 136) afirma: "Cuando durante la etapa de primaria narcisismo el objeto hace su aparición, la segunda opuesta a amar, a saber, odio, también alcanza su desarrollo . ' En el mismo documento se hace hincapié en la principal importancia de la agresión : " Odio , como una relación de los objetos, es más antigua que el amor . Se deriva de repudio primordial del yo narcisista del mundo externo con su efusión de estímulos "(p. 139).

Algo de la misma línea de pensamiento se puede ver en la opinión de Freud del principio de nirvana , que él ve como una retirada o la regresión de primaria narcisismo bajo el dominio de la pulsión de muerte - donde la paz, un estado inanimado, y ceder a la muerte son equiparado.

Hartmann, Kris y Loewenstein (1949: 22) parece haber tenido una impresión similar de las ideas de Freud sobre la relación de la agresión al narcisismo cuando escribieron: "Freud se utilizó para la comparación de la relación entre el narcisismo y el objeto del amor a la existente entre auto- la destrucción y la destrucción del objeto. Esta analogía puede haber contribuido a su asunción de la autodestrucción como la principal forma de agresión al ser comparado con primaria narcisismo " .

⁵ La historia de esta paciente fue significativa. Simon me dijo que había oído decir a su madre que era un excepcionalmente difícil niño para alimentarse de los tres primeros meses en adelante. Cuando tenía un año y medio parecía ser un experto en tirar toda la comida que se le dio a él por una cuchara o que se le permitió comer de su propio plato, que sería un buen lío en el suelo y mirar triunfalmente a su madre , que sería más bien ansioso. Estas escenas se produjeron una y otra vez. Su padre criticó a su madre como ineficaces para el cuidado de él, pero él no hizo nada para apoyar a ella o tratar con él. Con el tiempo se ha utilizado una enfermera experta. Después de un año la enfermera le dijo a su madre que tenía que admitir que su trabajo con el niño fue un completo fracaso. Ella nunca había tenido un hijo antes que con tanta persistencia y claridad, pero con evidente satisfacción , negó todos sus intentos de alimentar y mirar detrás de él. Ella renunció, dejando a la madre para luchar en ella.

Los llamativos síntomas de este paciente fueron la impotencia y bastante oscura perversión . Él era muy esquizoide y distante y tenía dificultades en relación con otras personas. Yo era segundo analista del paciente.

⁶ En muchos de estos pacientes los impulsos destructivos están vinculados con perversiones. En esta situación la aparente fusión de los instintos no conduce a una disminución de la potencia de los destructivos instintos , por el contrario, el poder y la violencia se incrementan en gran medida a través de la erotización de la agresiva instinto . Creo que está confundiendo a seguir Freud en la discusión de las perversiones como fusiones entre los instintos de vida y muerte, porque en estos casos la parte destructiva de sí mismo tiene

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 131 -

tomado el control de la totalidad de los aspectos de la libido del paciente personalidad y por lo tanto es capaz de abusar de ellos. Estos casos son en realidad casos patológicos de fusión similares a los estados de confusión , donde las impluses destructivos abruma los libidinales.

⁷ Este proceso tiene similitudes con **(1914) de Freud** descripción de la forma en que en las investiduras de objeto narcisista se dan y la libido se retira en el ego. La situación que describo en realidad implica la retirada de la auto lejos de objetos libidinales investidura en un estado narcisista que se asemeja primaria narcisismo . El paciente parece estar retirado del mundo, no es capaz de pensar, y con frecuencia se siente drogado. Puede perder su interés por el mundo exterior y quiere quedarse en la cama y olvidarse de lo que se ha discutido en las sesiones anteriores. Si se las arregla para venir a la sesión, puede quejarse de que algo incomprensible ha sucedido a él y que se siente atrapado, claustrofóbico, y sin poder salir de este estado. A menudo es consciente de que ha perdido algo importante, pero no está seguro de lo que es. La pérdida puede ser sentido en términos concretos como la pérdida de las llaves o la cartera, pero a veces se da cuenta que su ansiedad y la sensación de pérdida se refieren a haber perdido una parte importante de sí mismo, es decir, el yo depende cuerdo que está relacionado con la capacidad de pensamiento . A veces, el paciente desarrolla un miedo hipocondríaco aguda y abrumadora de la muerte. Uno tiene aquí la impresión de ser capaz de observar el instinto de muerte en su forma más pura, como un poder que se las arregla para sacar toda el auto lejos de la vida en una condición semejante a la muerte por las falsas promesas de un estado de nirvana-como, lo que implicaría un completo defusion de los básicos instintos . Sin embargo, la investigación detallada del proceso sugiere que se trata no con un estado de defusion pero con una patológica fusión similar al proceso que describí en las perversiones. En este estado de abstinencia narcisista la parte dependiente sana del paciente entra en el objeto delirante, y proyectiva identificación tiene lugar en el cual el yo sano pierde su identidad y se convierte en completamente dominado por el proceso destructivo omnipotente, no tiene poder para oponerse o mitigar el mientras que este último patológica fusión dura, por el contrario, el poder del proceso destructivo se incrementa en gran medida en esta situación.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 132 -

7. El problema del Impasse en el tratamiento psicoanalítico

Siempre he estado interesado en los pacientes que eran difíciles de tratar y en averiguar por qué algunos análisis

terminaron en un callejón sin salida o el fracaso. En el capítulo 6 ilustré cómo a veces una fuerza mortal silencio causado constantemente reacciones terapéuticas negativas de mi paciente, Jill. Sólo después de un tiempo muy largo, ya que ella parecía sentirse más capaz de girar hacia la vida, no un asesino aparece en sus sueños que estaba tratando de matarla. En otros casos, el aspecto abierto del homicida, ya que se dirige contra el analista o en contra de las personas en la vida exterior, es un problema grave, sobre todo si el paciente trata de poner este homicida o criminalidad en la acción. Estos pacientes parecen sentir ningún respeto por la vida y no tienen preocupación acerca de su homicida, por lo que el análisis muy difícil.

Recuerdo que uno de estos pacientes, Sheila, quien fue visto al parecer con éxito durante cuatro años antes de desarrollar un impasse grave. Ella había mejorado durante el análisis, pero no había logrado alcanzar el perfecto estado de salud y el rendimiento a lo que ella sentía con derecho. Como resultado, ella empezó a sentirse muy decepcionado y engañado por el análisis que decidió vengarse de su analista. Él fue acusado de negar el tratamiento perfecto de ella. Por consiguiente, comenzó a planear cómo lo mató de una manera tan perfecta que no podía defenderse de su intención. El problema de analizar este tipo de pacientes se relaciona con el hecho de que ella puso todo su orgullo y sentido de progreso en su planificación de este crimen perfecto, evitando que el analista de la movilización de sus sentimientos o la conciencia que podría debilitar su determinación positiva. En tales situaciones, hay un peligro real de que el analista tendrá que dejar de trabajar con un paciente, por lo que el análisis tendrá que terminar en un

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 133 -

callejón sin salida. Sheila es por lo tanto uno de los ejemplos más claros de lo que puede suceder si narcisista destructiva omnipotencia es resueltamente y sin descanso idealizado.

Caroline

Uno de mis pacientes, un médico de medicina general con una cita psiquiátrica a tiempo parcial, a quien llamaré Caroline, ilustra otro impasse provocado por las dificultades de tratar a alguien en quien un modo narcisista destructivo de relación es dominante, pero se separó. Caroline, a quien traté hace más de veinte años, tuvo un papel destructivo y asesino y criminal en su personalidad, que era a la vez tan completamente se separó y, con el tiempo, tan poderoso y tan grave que llegué a saber de él (junto con su marido y, de hecho, en algunos aspectos, Caroline ella) sólo a través de un artículo periodístico y la intervención de la policía.

Caroline se acercó a mí para el análisis porque quería aprender más sobre sí misma. Ella era un poco maníaco y se diagnostica a sí misma como un esquizoide de personalidad, pero al parecer felizmente casado y tiene un hijo. Informó nada preocupante o inusual en su infancia experiencias y ella parecía tener una muy buena relación con ambos padres, hacia quien sentía un gran apoyo.

Durante el análisis sólo hubo un incidente que me preocupó mucho. Después de aproximadamente un año y medio de trabajo analítico se informó de que, de repente, se había dismised de su trabajo a tiempo parcial en la clínica psiquiátrica. Ella dijo que no se dio razón a ella sobre este despido. A su juicio, debe haber implicado algún malentendido o tergiversación acerca de ella, y ella quiso protestar. Le señalé a Caroline en varias ocasiones la importancia de que sería en estas circunstancias para ponerse en contacto con su jefe en la clínica y preguntarle qué había pasado, a menos que ella lo hizo toda la situación quedaría como algo muy misterioso y es perjudicial. Se informó más tarde que ella había escrito a su jefe, pero no recibió respuesta. El único otro incidente que jamás me mencionó que era posiblemente relacionado con este incidente de que se trate en una ocasión en que había sido desconcertada porque, cuando estaba en el lavabo de la clínica, algunas de las enfermeras a veces se veía a través de los tabiques a ella en un manera que se sentía era bastante extraordinaria. Pensó que deben haber sospechado que las drogas adicción, que era ridículo ya que nunca consumió drogas a sí misma a pesar de que había cuidado de algunos adictos a las drogas en la clínica. Caroline estaba tan angustiado e indignado por su

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 134 -

despido que me sentí un error se debe haber hecho, pero sigue siendo muy desconcertado.

Después de este incidente Caroline reportó un incremento en su interés en el tratamiento de adictos a las drogas y tratar de ayudarlos y, finalmente, que había sido nombrado por el Servicio Nacional de Salud como director de una clínica especial para los adictos. Esto era exactamente lo que quería lograr, y que estaba encantada. En la clínica también tenía un ayudante. Durante los siguientes meses Caroline se volvió cada vez más interesados en su clínica y que sentía que tenía mucho éxito en el tratamiento de los adictos a las drogas. Sólo de vez en cuando tenía que informar algún problema con un adicto a las drogas que ella estaba tratando de dejar de depender de las drogas.

En ese momento me di cuenta de que ella parecía estar cada vez más preocupado por la clínica y por lo señalado a ella

en qué medida parecía todo su interés para ser dibujado en esta dirección, mientras que, por el contrario, todos los otros aspectos de nuestra analítica trabajo obtuvo el segundo lugar. Ella defendió lo que estaba sucediendo al decir que había una serie de inquietudes que se agitan en ella por trabajar tan intensamente con los drogadictos. Necesitaba el análisis más que nunca para hacer frente a sus problemas.

La evidencia directa de que algo inusual estaba sucediendo me llamó la atención sólo cuando Caroline me dijo que la policía había interrogado sobre el criminal de drogas de prescripción después de un artículo de periódico que ella describió como muy venenosa. Ella reportó esto a mí de inmediato se produjo y fue muy molesto. Ella cree que alguna persona muy envidioso estaba tratando de difamar a ella y afirmó que ella era completamente inocente. Sin embargo, la policía insistió en llevarla en custodia y no iba a permitir la libertad bajo fianza, por lo que no pudo asistir a sus sesiones. Después de algún tiempo recibí la visita de la abogada Caroline, quien me dijo que había investigado todas las denuncias de la policía y se había encontrado por desgracia eran ciertas. Caroline había vendido las recetas a los toxicómanos por grandes sumas de dinero. Su abogado pensó que probablemente era esquizofrénica y me pidió que cooperen con él diciendo a los tribunales que había estado tratando a ella por la esquizofrenia. Esto me puso en una difícil posición porque al mismo tiempo Caroline estaba escribiendo muchas cartas a mí desde la cárcel protestar su inocencia. Ella insistió en que debía decirle al abogado y los tribunales que ella era a la vez sana e inocente.

Caroline fue enviado para la observación de un importante hospital psiquiátrico de Londres durante más de una semana, pero el profesor se diagnostica sólo un estado de hipomanía, al no encontrar signos de un trastorno mental grave enfermedad, tales como la esquizofrenia. La división de Caroline personalidad era tan grave que ni su marido, sus amigos, ni yo teníamos la menor

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 135 -

noción acerca de sus actividades delictivas. Sin embargo, éstos eran tan extremas que mientras estaba en prisión en espera de su juicio trató con una gran cantidad de dinero para contratar a alguien para asesinar a su asistente. Él fue Caroline acusado de haberla metido en esta terrible situación. Los tribunales tomaron muy en serio y trajo un cargo adicional en su contra por intento de asesinato. Caroline fue encontrado culpable, pero al poco tiempo se hizo tan perseguidos y perturbados que las autoridades se dieron cuenta de que la esquizofrenia se había desarrollado. Fue detenida en el de Su Majestad el placer, lo que implicaba que ella se encontró que era poco sólido y tuvo que ser detenido por su propia protección como un criminal peligroso.

El resultado del tratamiento de Caroline fue un duro golpe para mí, aunque no me di cuenta de que había algo que podría haber hecho para evitarlo. Lo que parece tan increíble, incluso ahora es la extensión de la división entre la parte penal destructiva del paciente y de la parte con la que me contó. El primero representa todo lo contrario a la segunda. Conscientemente su ambición era ser un sanador especial cuidado y éxito que quería dedicar una gran parte de su tiempo para el bienestar de sus pacientes y hacerlos mejores. Los drogadictos son muy difíciles de tratar, y es evidente que durante los últimos seis meses de su tratamiento conmigo, cuando estaba tan preocupado por curar y ayudar a sus pacientes drogodependientes, fue obligada a subir más y más en connivencia con ellos y, probablemente, identificado con su destructiva narcisismo. Sin embargo, ella nunca expresó ninguna desilusión o sensación de fracaso en relación con el tratamiento de estos pacientes. Por el contrario, según ella, por lo que mi contacto con ella se refería, que tuvo mucho éxito. Fue a causa de su éxito con sus pacientes que había convertido en el director de la clínica. Uno podría preguntarse si la mentira patológica desempeñó un papel en el caso de Caroline, ya que los pacientes que sufren de *pseudología fantástica* comportan de manera similar en el tratamiento psicoanalítico, en la medida en que logran convencer a los analistas a creer que están haciendo un gran progreso, y hacer un buen trabajo cuando en realidad no hacen absolutamente nada y siguen siendo un completo fracaso en su consecución. La mentira en estos casos es tan completa que el analista se toma generalmente en y no sabe que está siendo mentido. Con Caroline nunca tuvo la sensación de que estaba mintiendo. Parecía haberse escindido su ser despiadado criminal y asesino completamente, de modo que cuando este fue actuada desastroso en la vida real era incontrolable.

Caroline tiene mucho en común con el paciente se acaba de mencionar, Sheila, que de repente se desarrolló intenciones homicidas contra su analista. Ambos tenían impulsos incontrolables en los que tenían la intención de actuar. Cuando aparecieron las intenciones asesinas,

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 136 -

Caroline parece haber escindido por completo su personalidad positiva, que anteriormente había colaborado con el analista y al parecer había hecho un gran progreso. Tal división es tan violenta que el analista tiene la impresión de que el paciente ya no parece consciente de que una parte positiva, cooperativa de sí mismo alguna vez existió. Afortunadamente, la división entre el homicida autodestructiva narcisista y la parte positiva de que el paciente no siempre es tan profunda y

persistente como en estos casos.

Pauline

Un segundo impasse quiero describir estaba con uno de mis pacientes, Paulina, a quien traté hace treinta años. De pronto se desarrolló ilusiones sobre mí después de seis años de análisis. En el momento que temía que un estado esquizofrénico latente ha sido activado por el análisis, ya que he podido ayudar a llegar ningún conocimiento en absoluto de ello. El análisis se rompió en un callejón sin salida.

Durante los seis años de su análisis Pauline se había hecho muy poco a poco cada vez más reticentes en hablar y muchas veces daba la impresión de que había tropezado con algún bloque, pero no pude averiguar de qué se trataba. A menudo creado en mí una sensación de que ella y yo nunca podría llevar el análisis a un final exitoso. En los primeros años del análisis que había sentido optimista sobre la evolución del paciente. Estaba bien calificado y muy interesado en convertirse en un analista de sí misma. Pero cuando las dificultades del paciente en hablar fue empeorando seriamente dudaba de que yo había estado en lo cierto en mi esperanza de que ella podría ser capaz de convertirse en un analista. Claramente, entonces, mis sentimientos hacia el paciente había estado cambiando.

Un día Pauline repente me dijo que ella entendía lo que estaba sosteniendo su espalda. Yo estaba en primera feliz y aliviado de que al parecer había decidido dejarse ir, pero tengo que confesar que estaba un poco sorprendido cuando me dijo que no estaba satisfecho con el color en todas las habitaciones de su casa. Ella había decidido pintar de color café oscuro, incluyendo la cocina y el baño. Marrón oscuro en una o dos habitaciones se puede, por supuesto, ser algo atractivo, pero me sentía nerviosa y poco tiempo después de que yo estaba horrorizado como un sistema delirante completa apareció. Ella había estado teniendo dificultades para concebir un hijo, pero finalmente tuvo éxito. Ella tenía un embarazo bastante normal y había entregado una niña sin demasiados problemas. Sin embargo, cuando este hijo era casi un año de edad, Paulina me dijo que ella sabía que yo siempre había sido bastante crítico sobre ella con un niño y tenía todo el tiempo se trata de producir un

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 137 -

aborto. También dijo que era obvio que estaba sexualmente interesado en ella y que estaba perturbado por mi constante deseo de seducirla. Quiero subrayar aquí que conscientemente no me atraía físicamente al paciente, pero, como ya he explicado, yo había tenido la esperanza de que un día podría convertirse en un analista de sí misma.

Cuando esta ilusión apareció Pauline perdió toda visión y se enojó de que no estaba de acuerdo con ella en que el análisis se concluye ahora con éxito. Ella insistió en que lo que ahora había aparecido en el análisis era su verdadero yo, y yo deberíamos estar contentos de ello. Ella dijo que su única reserva era cierto desacuerdo conmigo acerca de la teoría analítica y ella escribió un artículo que ella me dio a leer para demostrar su estado de salud y la cordura. El documento fue terriblemente confuso y pretencioso. Ella quería publicarlo, pero le convenció para mostrar por primera vez con alguien cuya opinión confiaba. Ella envió el documento a Ernest Jones, quien le pidió que venga a verlo. Él era muy discreto con ella, pero dijo que el documento era ni bueno ni lo suficientemente clara para ser publicado.

Jones escribió para decirme que lo sentía que tenía una experiencia tan alarmante y decepcionante con el paciente, y añadió que este tipo de erupciones repentinas psicóticas ocurrieron a veces. Mirando hacia atrás me doy cuenta de que cometí varios errores. En lugar de tratar de ayudar a Pauline a ganar algunos "real" visión en su estado delirante, que no era posible, debería haber tomado alguna responsabilidad en lo que estaba haciendo en su análisis. Debería, tal vez, le he explicado a ella que era obvio que ella había sentido crítico acerca de mí por algún tiempo y se preguntó si había una ocasión en que algo que había dicho o hecho podría haber lastimado. Eso podría haber permitido a Pauline que me dijera más de lo que había estado ocurriendo dentro de ella y lo que realmente sentía por mí. Recuerdo que una vez, cuando ella quería aplicar para una beca de investigación muy importante, por lo que ella quería una recomendación de mi parte, yo había dicho algo que la puso fuera que lo hizo la experiencia como un "menosprecio". De todos modos yo no había pensado que podría recomendarla.

Pauline detuvo el análisis de tres meses más tarde, quedando convencido que estaba bien. Ella me escribió una carta muy amable de varios años más tarde, explicando que para entonces había tenido un poco más de análisis y se dio cuenta de que había sido confundido cuando se interrumpió el análisis conmigo. Hoy en día Nos clasificamos un paciente como Pauline como un estado límite y estar en la mirada de espera de transferencia / contra- transferencia de problemas como una posible causa de la confusión y la transferencia de la psicosis. En estos casos, el tratamiento generalmente consiste en detener interpretaciones por un tiempo para poder pensar y explorar lo que la transferencia colusión podría estar operativo.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 138 -

Diagnóstico de Impasse

Counter- transferenciales problemas en un largo análisis de frecuencia se producen cuando el análisis no está progresando, y un callejón sin salida está amenazando. Impasses, sin embargo, son de diferentes tipos, y es importante tratar de diferenciarlos. Un tipo se produce durante las etapas finales de un análisis en que algunos de los pacientes los síntomas que a menudo han sido objeto de análisis antes de que aparezcan de nuevo en una forma exagerada. Tienen que trabajar a través de al menos una vez más. Estos impasses son una muy positiva evolución en el sentido de que proporcionan la oportunidad de reforzar la comprensión de los inquietantes procesos que han dominado el análisis .

Un segundo tipo de impasse se produce cuando un paciente ha avanzado particularmente pero de repente presenta una reacción negativa. Él llega tarde, o se olvida de venir al análisis , o no puede recordar lo que el trabajo que ha sucedido en las sesiones anteriores. En estas circunstancias, como he discutido en detalle en los capítulos anteriores, es probable que oculta la envidia se ha movilizó y está siendo actuado a través de una conducta destructiva dirigida contra el progreso analítico. Para hacer frente a esta situación, uno tiene que tener mucho cuidado para escudriñar el paciente sueños y asociaciones para el tipo de material de que he presentado en los capítulos 4 y 5.

Creo que es importante distinguir el tipo de impasse mencionados hasta ahora, y en particular para diferenciar la verdadera reacción terapéutica negativa que acabamos de mencionar, de un tipo diferente de impasse en el que las reacciones negativas graves para el análisis no siguen un progreso real y en las que no Por lo tanto, convendría hablar de sentimientos negativos son debido a la envidia de los avances terapéuticos. Si misdiagnoses analista esas reacciones negativas crónicas como reacción terapéutica negativa e interpreta la envidia y el triunfo sobre el analista en la transferencia situación, el impasse sólo empeorará. Si el paciente mantiene un resentimiento contra el analista o tiene críticas a lo que ha estado haciendo, como Sylvia (capítulos 2 y 3) o el paciente se acaba de mencionar, Pauline, la reiterada interpretación de la envidia (o una preocupación por los problemas "reales") implicará para el paciente que el analista está fuera de contacto con lo que está pasando en él. Se siente rechazado y aún más miedo de expresar sus críticas, porque siente que el analista no quiere escuchar. En estos casos, un grave deterioro de la relación entre el analista y el paciente y un gradual empeoramiento del estado mental y físico del paciente son una consecuencia invariable. De hecho, estas situaciones producen la forma más grave de impasse. Igualmente, invariablemente, una fuente importante de tal impasse cierta dificultad en la contra- transferencia .

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 139 -

Ahora voy a presentar el material a partir del análisis de una de mis pacientes, Eric, cuyo anterior análisis se había llegado a un callejón sin salida, y cuyo análisis conmigo también fue muy difícil.

Eric

Eric era de unos cuarenta años cuando él se acercó a mí para el análisis . Él era muy indeciso y asustado para hacerlo porque se sentía casi seguro de que iba a ser rechazada por mí. Después de unos quince años de psicoanálisis con un muy experimentado mujer analista, el Dr. U., se encontró en un estado mental chocante. Él experimentó la ansiedad durante todo el día y por la noche y también tenía miedo de comer, sobre todo por la mañana, ya que con frecuencia vomitó. Él me explicó que después de que él había estado en análisis durante unos ocho años hubo una sesión en la que el Dr. U. menciona el final del análisis . Poco después, fue pronto superado por fuertes sentimientos de desprecio para la audiencia a la que estaba en ese momento en una conferencia. Estos sentimientos eran tan fuertes que apenas era capaz de terminar la conferencia. Eric no sólo sintió que era desagradable para experimentar tal desprecio por su público, sino que también estaba profundamente avergonzado de su completa incapacidad para controlar estos sentimientos. Estaba muy impresionado por el incidente porque conferencia había sido una actividad que siempre disfrutó y que siempre había sentido que era una cosa que hizo bien. De repente, los logros de su vida parecía estar amenazada.

Eric me describió cómo su experiencia en la conferencia tuvo un enorme impacto en él y le hizo sentir una mayor necesidad mucho por ayuda y comprensión a través de su análisis . Dijo, sin embargo, que se sentía en un gran dilema porque el Dr. U. parecía tan sorprendido ya una pérdida ya que era lo que había pasado, lo que puede haber sido cierto. Sabía que muy mal necesita comprensión simpática y ayudar con su problema, pero dijo que no se sentía capaz de detectar cualquier sentimiento en ella. Esta impresión puede quizá haber sido influenciado por el hecho de que al parecer el Dr. U. había concentrado sus interpretaciones después del incidente conferencia casi por completo en el triunfo y el desprecio que ella creía que Eric estaba expresando hacia ella. Informó, por ejemplo, que ella dijo que quería envidia de destruir el éxito del análisis y hacer su mirada totalmente incompetente. Las interpretaciones de este tipo se hicieron sentir por Eric como observaciones airadas críticas que aumentó su desesperación y el aislamiento y la hacían sentirse incapaz de poner cualquier cosa en orden. ¹

La primera vez que vi a Eric, me dijo que se había sentido muy crítico

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 140 -

Dr. U. en ese momento. Sintió que ella parecía estar preocupados por el dolor, la depresión y la desesperanza que sentía. Él había querido tener una segunda opinión, especialmente después de que su condición se deterioró en los años siguientes. Sin embargo, esto fue aparentemente desalentado por el Dr. U., y estaba demasiado asustada como para llevar a cabo independientemente. Él describió cómo se sentía amenazado por su poder hostil si no obedecen completamente a ella. Finalmente, cuando Eric no respondió al tratamiento y se deterioró aún más (en otras palabras, cuando se ha llegado a un callejón sin salida), el Dr. U. redujo sus sesiones una vez por semana. Eric experimentó esta reducción tanto como una amenaza adicional y como una ilustración de la crueldad Dr. U. 's. Se las arregló para consultar a otro analista, a mí mismo, sólo cuando el Dr. U. finalmente se detuvo el tratamiento completo. ²

La primera vez que hablé con Eric estaba aterrorizado de que yo, también, lo rechazaría y estoy de acuerdo con la forma en que había sido tratado con anterioridad. Él esperaba que yo lo considero como un caso perdido que no merecen más lejos el análisis. En tal situación, es importante para tratar de evaluar la del paciente carácter estructura y algunos de la transferencia / contra- transferencia reacciones de la última terapia que dominan el paciente. También pensé que sería importante examinar si Eric había sido realmente mucho mejor cuando se produjo la reacción negativa, y si existen buenas razones para Dr. U. de interpretar el hecho de que sus sentimientos de envidia se habían ido fuera de control como resultado de su mejora. Me preguntaba si había otros factores que no han sido suficientemente analizados. De hecho, como lo describiré en breve, Eric había acumulado una enorme cantidad de críticas en contra de la forma en que había sido tratado en la infancia, así como por el Dr. U., y mucho de esto, repitiendo su historia, estaba plenamente justificada. Tenía que saber que durante su análisis con el Dr. U. una gran cantidad de críticas que había acumulado, que había permanecido sin expresar y que no habían sido analizados. Había pruebas de que Eric se sentía constantemente herido, lesionado, y menospreciado por el Dr. U., que creó una acumulación peligrosa de rabia narcisista y la venganza en su contra con la que Eric no sabía cómo hacer frente. De hecho, durante esta reacción larga negativa al tratamiento Eric experimentado que estaba siendo tirado del todo lejos de la vida, el éxito y la gente hacia la muerte y la soledad. En particular, la satisfacción y la alegría que había aprendido a obtener de su éxito trabajo desaparecieron, y él estaba en un constante estado de terror. Esto crea muy desagradables síntomas. Cuanto más se viaja desde su casa, más aterrorizado que se convirtió, por lo que a la larga no pudo viajar en absoluto. Tenía miedo de conocer gente. Él admitió que había sido muy arrogante y superior a una vez y estaba constantemente preocupado con fantasías narcisistas. Vería

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 141 -

sí mismo y tratar de imaginarse a sí mismo como una persona importante involucrado en muchas ocupaciones. Sin embargo, estos intentos de recuperar su confianza en sí mismo parecía empeorar las cosas. En el momento en que me vio que estaba al borde del colapso. Sintió un completo fracaso y devaluado.

Eric tuvo que esperar algún tiempo hasta que pudiera encontrar un lugar para él, pero al principio no respondió muy bien al tratamiento conmigo. Por supuesto, es muy fácil para cualquier analista hacerse cargo de un paciente de este tipo para comprender la necesidad de tener cuidado y que le permita recuperarse de la experiencia anterior. Por tanto, es fácil evitar el viejo patrón de un anterior análisis, y tener cuidado de repetir algunas de las interpretaciones que se habían acostumbrado a, y que estaba casi en el hábito de hacer para sí mismo. Creo que tomó sólo un mes más o menos para Eric se sienta más relajado para que él pudiera decir cosas sin sentir que de inmediato fue que se criticó.

Eric pronto me informó que su madre a menudo le había dicho que, cuando era un bebé, siempre estaba llorando. Ella insistió en que gritó, antes, durante y después de la mama materna y que había caído en la desesperación sobre esto y no sabía qué hacer. En un caso como éste es también esencial para examinar los detalles de principios del paciente historia para entender cuánto de eventos anteriores en su vida había repetido a sí mismos durante el análisis y enredado con la situación analítica. Pronto me di cuenta de ese enredo. Eric me dijo que durante los años de impasse su analista había interpretado a menudo que él se comportó de análisis tal y como su madre describió su comportamiento a ella como el bebé. Sin embargo, como los sentimientos de los comentarios de Eric es muy infeliz y no se siente cómodo en su relación con el Dr. U. no se analizaron suficientemente, comprendió observaciones Dr. U. 's sólo en el sentido de que ella sentía que era un bebé y paciente difícil y desagradecida, o que se sentía desesperada y no sabía qué hacer con él. Por lo tanto, se sintió profundamente rechazada.

Eric madre ella había trabajado con niños pequeños, y debe haber sentido muy herido que su propio bebé parecía rechazarla. Su madre, al parecer, estaba deprimido cuando él nació. En general, tuvo grandes dificultades para conseguir el placer de estar vivo, y Eric parece haber sido profundamente afectado por esto, especialmente en lo que se tiende a tirar de él en su propia manera de pensar. Informó, por ejemplo, que cuando quería divertirse solía decir, 'Esto no es para nosotros.' Para añadir a la gran experiencia de sentirse rechazado por sus padres, su padre, que era un maestro de escuela, considerado él como estúpido cuando tenía diez u once años. Sin embargo, a pesar de su pasado parecía haber sido ambicioso y muy dispuesto a tener éxito, y para obtener el reconocimiento. Era por lo tanto muy decepcionada cuando, más tarde, cuando se convirtió en éxito, ir a la universidad y empezar a

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que

escribir artículos e incluso libros, que su padre fue al parecer nunca dispuesto a decir que estaba contento con él.

Cuando empecé el análisis con Eric me dijo que constantemente sentía que había algo dentro de él que le restó importancia y le recorrió. No había duda de que era muy narcisista, pero ya no fue capaz de utilizar sus defensas narcisistas éxito o para sentirse confiado y superior. Parecía que su narcisismo se había roto, pero, al parecer, sin nada positivo que se creó en su lugar. Por otra parte, el anterior análisis parecía haber creado o movilizado una cantidad enorme de culpabilidad sobre su narcisismo sin enfrentarse a su tendencia a ser superior y triunfante - lo cual es evidente que aún existía, como se ilustra por el estallido de desprecio durante la conferencia. He mencionado que cuando Eric vino a mí tenía miedo de que su crítica del Dr. U. podría estar equivocado y por eso había reprimido durante mucho tiempo. Dado el contexto de una gran cantidad de daño y suprimido rabia narcisista no se expresa hacia el Dr. U. (no menos que la transferencia representante de los padres), se me ocurrió la idea de que el incidente conferencia no era una reacción terapéutica negativa. Parecía más bien un intento de llamar la atención el Dr. U. 's al hecho de que Eric se sentía lejos de estar bien, deprimidos y necesitados de ayuda. Si esto es así, una considerable confusión existente entre paciente y analista en el momento en que se puso peor, y esta confusión persistió como un callejón sin salida hasta el final del análisis.

Después de varios meses de análisis con Eric me sentía mucho mejor, pero todavía podría ser muy fácilmente molestos y desanimados cuando tuvo un retroceso leve. Él había sentido la esperanza de que pudiera hacer frente a la primera semana largo y también había permitido que su esposa lo dejó por un momento a la vez. Se decidió durante la fiesta que iba a comprarse un abrigo de piel. Siempre había querido uno y de pronto sintió que tenía la valentía de comprar uno. Cuando compró la chaqueta que estaba al principio muy contento con él. Sin embargo, se convirtió casi inmediatamente muy ansioso y deprimido. Durante algunos días se sintió abrumado por la depresión pero finalmente logró comprender por sí mismo que por la compra de la capa que sentía que había rechazado a su esposa y para mí. Mientras la capa de cuero era una buena piel protectora permanente que no era un sustituto. De hecho, cuando se dio cuenta de lo que había pasado en su interior comenzó a sentirse progresivamente mejor, y él vino a través de los días de fiesta bastante bien.

Eric ocasiones tuvo reacciones negativas. Después de un año de análisis, me dijo lo bien que se sentía lo entendí y lo comparé y me contrastaba tanto con su madre y su analista anterior. Sin embargo, poco después, cuando empezó a ser capaz de salir

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

su casa y se fue con su esposa a la sala, se sentía absolutamente terrible y tuve un shock de tal manera que comenzó a sudar y sentía que la vida no valía la pena vivir. Perdió por completo tanto cualquier deseo y el apetito, y temía que él había recaído más que nunca antes. No obstante, tales reveses no duró mucho tiempo.

La forma utilizada Eric sentimientos de triunfar sobre mí y su anterior análisis se hizo evidente sólo después de una sesión en la que se había sentido particularmente bien comprendido. De pronto experimentó una violenta cólera contra sus padres y una rabia aún más mortífero contra el Dr. U. Estos sentimientos fueron brotando en él y fuera de control, y tenía la fantasía de que estaba cumpliendo con uno de los pacientes Dr. U. 's y le dijo, o ella, lo que es una mala persona que era. Él nunca había tenido ninguna experiencia antes tan malo como con ella. Eric se dio cuenta de que en esta violenta fantasía se sentía muy triunfante, resentido y vengativo. También era consciente de que él creía que cuando fue tratado bien que no podía sentir que lo haría mejor. Más bien, se sentía secretamente se entregó por mí en este ataque destructor violento. Al día siguiente se sintió terrible y muy culpable. Trató de hacer las cosas a su mujer porque sentía que no le dio nada a nadie. Se dio cuenta de que en el anterior desglose sentía que no podía hacer nada mejor que quiere suicidarse. Sin embargo, al mismo tiempo, empezó a recordar que en realidad no siempre había sentido tan maltratado por su madre. Su madre a veces había sido feliz. Fue sólo cuando estaba triste de que no podía disfrutar de nada. Ahora recordaba que un día que había estado llorando, y le había dicho. 'No puedo gastar dinero. No puedo disfrutar de ella.' Ella le había dado £ 5 y dijo: "Utilizar el dinero porque no puedo utilizar yo mismo."

Después de esta memoria de Eric empezó a sentir pena por su madre, mientras que en el pasado se había sentido solo resentimiento. Se dio cuenta de que los sentimientos de compasión por ella habían estado perdiendo todo este tiempo. A estas alturas ya se había producido una mejora gradual, sin embargo, de Eric ansiedad por no ser capaz de ir de vacaciones persistió, y se sentía más deprimido e incurable al respecto. Al mismo tiempo me informó algunas cosas acerca de sí mismo y de su vida, que era muy llamativo, pero de la que había hace poco más conscientes. Dijo que era muy peculiar, ya que, a pesar de que su esposa había sido bastante agresivos con él durante algún tiempo y no había sido de gran ayuda, ahora estaba tratando de ayudar y había tratado de hacerle consciente de ciertos factores que nunca había observado en él antes de. Por ejemplo, se había dado cuenta de que cuando su ansiedad era muy fuerte que fue acompañado por un fuerte olor de tal manera que era casi insoportable para ella estar cerca de él mientras duró. Por otra parte, también informó que él no entendía por qué, cuando escribió algo para su publicación,

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 144 -

su esposa no estaba interesado en ella. Sólo veía el lado feo de él y nunca sus puntos buenos. Le recordé que él me había dicho algo similar sobre su analista anterior. Después de ocho años en el análisis que había estado tan harto de lo que le pareció que ella estaba interpretando sólo las partes destructivas y malas de él y ya no vio nada bueno. Él respondió que tendría que considerar si, tal vez, él tenía el poder de hacer que las personas pierdan su buena imagen de él como alguien que podría ser atractivo y valioso. Luego me describió en detalle su ansiedad cuando me fui de vacaciones. Normalmente, uno podría haber pensado en lo que decía como expresión de un miedo a la separación y de ser dejado solo. Sin embargo, a partir de la descripción que me pareció que era envidia de que yo era libre de ir, mientras que él no podía. Por otra parte, mientras seguía hablando conmigo dijo que su ansiedad se intensificó y se sentía una particular gran ansiedad crecía en su estómago. Dijo que pensaba que esto podría estar relacionado con su convicción de que podía crear en mí una mala imagen de sí mismo. Al final de la reunión, dijo que no se sentía mejor.

Al comienzo de la próxima sesión Eric me dijo inmediatamente que tan pronto como había llegado a casa después de la última sesión y estaba solo por sí mismo que había sentido relajado. Se sorprendió de que se sentía tan bien. Había pensado que yo todavía estaría preocupando por él y tal vez no pueda sacarlo de mi mente. Así que me di cuenta de que me quedé con la ansiedad y pude disfrutar a solas en su habitación una sensación muy buena. Era evidente que había una fuerte relación sádica que se promulgó en el análisis, que se relaciona con sus sentimientos envidiosos de mi bien estar. Era evidente que se sentía satisfecho de haber echado a perder mi disfrute al tratar de ayudarlo, por lo que tendría que preocuparse por él mientras estaba sentado cómodamente en casa sin preocupaciones. En el último momento, agregó que él todavía se siente un poco de envidia a algunos aspectos de mis actividades, pero esto dejó bastante vaga. Eric continuó diciéndome que él sentía que había una mujer dentro de él que era muy feo, y tuvo que mantenerla muy feo porque no había peligro de que si ella era hermosa ella sería atacado violentamente por los demás, especialmente por otras mujeres. Esta era su forma de mantenerse cómoda. Y añadió: "Por supuesto, si ella era fea y desagradable nadie querría estar con ella." Luego se dio cuenta de que había un sentimiento en él que en realidad le gustaba quedarse cruel y malo y que era una situación que disfrutó. Continuó diciéndome otra historia en la que había un hombre que tenía una amante que era muy complicado y tenía un desagradable personaje. Así que él la había matado. Después él estaba acostado en la cama con su esposa, que era muy bueno y al que estaba fuera agradable. Pero luego descubrió que en realidad odiaba. Se perdió el desagradable y engañosa

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 145 -

amante y se dio cuenta de que había estado muy en el amor con ella.

Entonces intenté demostrarle que la dueña, que era tan desagradable, también parecía ser la fea mujer - es decir, su propio yo narcisista destructiva con la que había tanto en el amor. Añadí que parecía tener miedo de que lo iba a curar, porque temía que en este caso sería aburrido. De hecho, en realidad quería seguir como estaba. Ahora era posible ver por qué había sido tan difícil para llegar a la verdadera causa de los problemas de Eric. Estos fueron causados principalmente por una determinación secreta y oculta de aferrarse al status quo, una preferencia por el comportamiento desagradable y sádico por encima de todo lo demás y la creencia de que nada podría ser mejor. Le aterraba que me quitará esta destructividad interna con el que había tanto en el amor. Hasta que surgió de repente, la causa de este problema había sido cuidadosamente disfrazada. Pero ahora, Eric me confesó que unas semanas antes, después de haber dejado un sentimiento sesión mucho mejor, que había estado esperando para tratar de disfrutar de la buena relación con su esposa. Pero entonces, de repente sintió un impulso para iniciar una violenta discusión con ella. De hecho, sin embargo, había sido capaz de poner fin a esta disputa y me alegró de ello. Se alegró también de que se había vuelto más conscientes de lo que estaba pasando en su interior.

Me sorprendió el grado de destructividad de Eric, que se había escondido de mí durante la mayor parte del tiempo. Por lo general, el aspecto narcisista destructivo de un paciente personalidad se manifiesta después de que un paciente ha progresado y algunos aspectos positivos de él han llegado más al primer plano - como en el caso de Jill, que se describe en el Capítulo 6. Es la parte destructiva de un paciente que aparece en la reacción terapéutica negativa. Sin embargo, Eric apego a un feo, desagradable, yo narcisista se mantuvo mucho más oculta y creó una poderosa reacción negativa crónica para el análisis. Tenía miedo, aún convencido, para que él sea incurable, y su miedo mortal invadió su ser. En el caso de Eric el yo narcisista destructiva había paralizado su capacidad de relacionarse con los hombres o las mujeres, y que era esencial para mostrarle esto. No podía permitirse ser atractivo y cariñoso, a pesar conscientemente esperando que aprender a hacerlo, y no siempre para hacer amigos.

Después de Eric presentó esta materia que me había muchos altibajos en el análisis. Formé gradualmente la impresión de que él había utilizado destructiva narcisismo de mantener la compostura y darse a sí mismo la fuerza, incluso si se trataba de una fuerza falsa. Sentía que su capacidad de amar era débil, a veces incluso ausente, pero no podía creer que el amor

jamás podría dar su personalidad cualquier graduación. Eric había tenido una serie de experiencias de su vida en su confianza en su propia fuerza y capacidad había sido severamente sacudida. En estos

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 146 -

situaciones que se había sentido profundamente humillados, heridos, y más decepcionado por colegas cercanos. En el análisis se sintió fuertemente suicida cuando estos problemas se están tocados. Sus fantasías narcisistas destructivos parecen estar organizados en un sistema defensivo de la fuerza y la superioridad en el que su supervivencia dependía. Cuando el Dr. U. había hecho ataques muy fuertes en su narcisismo Eric se sintió destrozado y derrotado y después de eso se sentía cada vez más desprotegidos. Pero, en este tratamiento conmigo, se ha avanzado poco a poco distinto que le ayudó a ganar más confianza en ciertos aspectos de su trabajo. Sin embargo, una parálisis interior y vacío parecían seguir siendo lo que preocupaba a él ya mí. Se sentía muy vulnerable y pensó que debería ser cubierto en lugar de más expuestos. En particular, se consideró que otras personas tenían objetos deseables dentro de ellos, al igual que una buena mamá, lo que les dio básicamente buenos sentimientos. Pensó que no tenía la experiencia básica y sentía que había un vacío, un agujero negro, en su interior. En su opinión, este problema había interferido en su relación con su madre desde el principio. Él parecía incapaz de encontrar la calma y la satisfacción en el pecho y lo había llorado antes, durante y después de la alimentación, ya que su madre le había dicho. En realidad había dos mujeres terapeutas antes que yo. Sintió el primer terapeuta, a quien había consultado durante su primera ruptura, al principio fue muy esperanzador y agradable, pero cuando no se recuperó, después de tomar los exámenes que se había asustado trata, como ella esperaba, y cuando estaba empeorando y peor aún, ella parecía ser decepcionado y ansioso. Ella también fue cruel con él y lo entregó a otro terapeuta. Algo similar ocurrió, sintió, con su segunda mujer terapeuta, el Dr. U. Ella también parecía ser más optimista sobre su capacidad de desarrollar en un principio, pero luego, en el momento cuando ella esperaba que él estaba mucho mejor, se convirtió en peor y peor en la reacción negativa que he descrito. Dr. U. También se hizo más frío y más retirado de él. En ambos casos, se sentía terriblemente vulnerable, incapaz de hacer frente a la situación, completamente desesperado y abandonado.

Por lo que se puede juzgar muy complicada patología de Eric, yo consideraba que durante el primer año de análisis con él me tenía una buena experiencia y que algunas buenas introyección habían tenido lugar. A continuación, podría recuperarse a través de su propia visión de la depresión que lo abrumó cuando compró la chaqueta de cuero. Por eso yo no creo que su mala experiencia inicial, aunque no había sido capaz de introyectar una buena experiencia con el pecho / madre, impediría por completo cualquier tarde buenos introyección. Sin embargo, nos dimos cuenta en el análisis de que, después de las buenas experiencias conmigo, hubo una enorme erupción suprimida crónica rabia narcisista y

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 147 -

venganza. Parecía estar relacionados con experiencias humillantes y traumática anterior. Entonces me di cuenta de que él había desarrollado una placentera la identificación con lo feo objeto rechazar y parecía sentirse atrapado en una relación de objeto masoquista y sádica. Se agarró a esto como si deriva su fuerza principal de la misma. Esta inversión en una relación de objeto destructivo le dio más seguridad que las buenas relaciones de objeto, que parecía bastante incierto y le hizo sentir el temor constante de sentirse totalmente rechazada.

Algún tiempo después de esta fase en el análisis de Eric comenzó a sentir que no estaba mejorando conmigo tampoco. De hecho, fue empeorando. Se dio cuenta de esto sobre todo cuando dejó a sus sesiones. Él describe este sentimiento tan doloroso, tan doloroso que se sentía suicida, pensar en la muerte como la única forma de encontrar alivio para el dolor. Él no deseaba suicidarse, pero tuvo que luchar contra un fuerte sentimiento de ser arrastrado hacia la muerte. A continuación, explicó que él odiaba a sí mismo cada vez más. Lo que se revela en el análisis aumentó su odio a sí mismo, porque quería sentir el amor y la confianza en sí mismo. Sin embargo, cuando más esperanzador mejor imagen de sí mismo apareció, no era capaz de retenerlo. Constantemente se sintió decepcionado consigo mismo, por lo que su odio a sí mismo aumenta.

La decepción de Eric en sí fue, creo, crea no sólo por la ruptura de un auto muy idealizada imagen, sino también por el crecimiento de una conciencia conciencia sobre la manera narcisista masoquista y sádica de la relación que había desarrollado, que le había dado una falsa sensación de protección. En esta etapa Eric insistió en que él no se sentía agresivo hacia mí. Más bien, él temía que me iba a decepcionar por ser incapaz de usar sus energías de manera más constructiva para escribir o publicar. Sin embargo, él seguía siendo muy cooperativo en el análisis y trató de trabajar conmigo para desenterrar las experiencias del pasado, que ilustra la forma en que nunca había sido capaz de mantenerse entusiasmado nada por mucho tiempo. Por ejemplo, recordó que en una ocasión cuando tenía diecisiete años se convirtió en mucho entusiasmo por querer ser dueño de un clarinete y jugar. Él le explicó a su padre acerca de su deseo de poseer este instrumento, su padre rápidamente se ofreció a comprar uno, y se selecciona una muy bonita. Eric trató de jugar, pero él no quiere tener ninguna lección. Después de un corto período de tiempo que se sentía extremadamente decepcionados con el clarinete. No le gustaba el tono de la misma, sino que miró el clarinete y se sentía disgustado por su forma, se sintió

tan perturbado al respecto que tenía que devolverlo. Él tuvo que mentirle a su padre porque se sentía tan avergonzada. Él inventó una historia sobre él lo que le causó el asma. En una sesión se acordó de por qué el clarinete había sido tan decepcionante. Había escuchado muchas veces al jazz ya un famoso clarinetista, Benny Goodman. Se había imaginado que al

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 148 -

tener un clarinete que cambiaría en Benny Goodman y jugar bien como lo hizo.

En este incidente se pudo ver cómo el entusiasmo de Eric como el clarinete estaba relacionado con una posesión ilusoria de un objeto interesante y admirado. Por lo tanto, cuando no podía jugar tan bien como él quería que se sentía no sólo decepcionante, pero también disgustado y perseguidos, como si creyera que había cambiado el clarinete en algo horrible que tuvo que huir.

Hubo otro incidente muy similar en su pasado que implica un par de maravillosos binoculares. Él estaba emocionado ante la perspectiva de ser dueño de ellos, porque eran los mejores en el mercado. Sin embargo, cuando pasó todo su dinero disponible para comprarlos, después de un corto período de tiempo, volvió a ser terriblemente perturbado y disgustado por ellos para que ya no podía mirar a través de ellos. Al hablar de su excitado placer sobre los binoculares se supo que él esperaba, al mirar a través de ellos, para ver lo que quería, sobre todo para ver lo que estaba pasando dentro de otras personas. Entonces serían incapaces de mantener secretos para él. Sin embargo, se convirtió en miedo de que su visión se distorsiona y sus ojos dañados por lo que tuvo que poner los binoculares de distancia. Esta y otras experiencias dejaron en claro que, cuando Eric se acercó a las experiencias en la vida con una fuerte expectativa de placer, no había peligro de que poderoso omnipotente y omnisciente fantasías parecerían abrumarlo. Esto, entonces, fue una de las razones por las que se retiró tanto de la vida y sobre todo de otras personas.

Después de este trabajo Eric comenzó a preguntarse si cuando era un bebé a su madre 's de mama que había experimentado sentimientos similares a los que tienen el clarinete y binoculares. Tal vez con entusiasmo había querido tomar el relevo y convertirse en el pezón, pero luego sintió inmediatamente que se había transformado en un objeto temible y aterrador, lo que le hace sentirse abrumado por el llanto. También recordó que cuando se ha superado con éxito un importante examen de la universidad que había comprado una botella de champán para celebrarlo con algunos miembros de su familia y amigos, pero, en el último minuto, había dejado caer. Una vez más, había sido peligroso deseo nada. Ahora me pregunto si esto no se refieren también a la análisis . Tal vez la ayuda que esperaba de mí era considerado como extremadamente emocionante y muy peligroso. Se debe esperar que todas las cosas buenas con el tiempo se convierten en repugnante y horrible. Eric no mejoró súbitamente después de esta revelación, pero tuve la sensación de que a partir de entonces no estaba tan atrapado como yo había temido.

Algún tiempo después, Eric confirmó mi observación de que él siempre se había basado en un sentimiento positivo de la omnipotencia de ser profesionalmente

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 149 -

éxito y confianza. Ahora recordaba más sobre los primeros años de su vida. Se había sentido constantemente menospreciado y ridiculizado por una hermana mayor, mientras que se considera al mismo tiempo como estúpido y un fracaso por su padre - porque la primera vez que fue a la escuela que tenía problemas de aprendizaje. De hecho, Eric era brillante y pronto se llevaba muy bien en la primaria la escuela y también fue muy popular. A los diez años pasó el examen de ingreso a una escuela secundaria muy bien. Pero cuando le dijo a su madre que ella parecía decepcionado y casi disgustado con él, gritando: "Ha tomado el fácil! Él ha tomado el fácil! Después de que ella lo denunció como un perezoso. El problema surgió porque Eric había tomado el examen de los chicos de su misma edad, mientras que su madre insistió en que debe tomar el examen para los niños mayores que él. A regañadientes él también se sentó para este examen más difícil y se lo pasó sin problemas. Pero a partir de ese momento todo lo que salió mal. Odiaba ser el más joven de su clase de niños once-doce años. Se sentía incómodo con ellos, no era popular, y luego desarrolló dificultades de aprendizaje. Después de fracasar en los exámenes de la escuela que fue puesto de nuevo en una clase inferior, que se encontraba humillante. Llegó a ser retirado y comenzó su intensa omnipotentes día- sueño para compensar sus fracasos. Los sueños persistían cuando vino a verme.

Quedó claro que Eric creía que su madre había hecho un ataque sádico y envidiosos muy violento en él después de su primer examen con éxito. No obstante, se sintió obligado, masoquista, a someterse a ella como lo hizo con el Dr. U. Parece que esta experiencia escolar muy preocupante dañado Eric de confianza en sí mismo gravemente y aumentó su defensa narcisista estructura . Él también era físicamente muy torpe y tenía dificultades con los juegos de pelota en la escuela. Con enorme esfuerzo y la concentración que se convirtió en éxito en la escuela y también superó su torpeza física a través de unirse a un regimiento del ejército muy duro. De esta manera comenzó a ser lo suficientemente seguro de sí mismo para

solicitar una plaza en una de las universidades más prestigiosas de Inglaterra y fue aceptado. A través de estas experiencias, su fuerte sentimiento de inferioridad se había convertido en una gran confianza y determinación. En general sus sentimientos de superioridad como profesor académico eran benevolentes y bajo su control, por lo que pudieron disfrutar de su trabajo.

Parece que el precario equilibrio Eric logró en su carrera universitaria fue sacudida por una serie de desacuerdos graves y por su experiencia con el Dr. U. Sus sentimientos omnipotentes destructivas aumentaron durante el análisis con el Dr. U., y cedió incontrolable. Eric confirmó que, alrededor de un año y medio antes de que estos sentimientos destructivos apareció, había experimentado un

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 150 -

número de decepciones graves en su trabajo y su carrera la que se comprueba que es muy preocupante y humillante. Se había preparado durante muchos años para un examen más alta. Había estudiado el tema muy bien y tenía una gran cantidad de consejos de sus colegas en su tesis. Ellos totalmente aprobados de la misma, pero en el caso que fue sin embargo fracasaron. Si hubiera sido perezoso y descuidado habría entendido este fracaso, pero a fallar después de una increíble cantidad de trabajo y la preparación que le parecía injusto y hecho sentir impotente, disminuida, y enfureció. Era, al parecer, su acumulada rabia narcisista, que había tratado de dejar a un lado, pero que aumentó gradualmente sus sentimientos omnipotentes destructivas, que de repente se rompió a través de la superficie de la conferencia. Deseaba vengarse y humillar a otras personas que como él se había sentido humillado, aunque cuando esta abrumadora sensación de desprecio le sobrevino durante la conferencia que estaba completamente inconsciente de lo que estaba sucediendo. Él se sorprendió por la experiencia, que destruyó su confianza en sí mismo y le hacía sentirse muy ansioso y dependiente. Dr. U.'s interpretación que quería envidia de humillarla y el triunfo sobre sus asuntos empeorado. Se sintió atacado y criticado por ella, y no se entiende. En estas circunstancias, su estado mental se deterioró cada vez más.

La recuperación de estas experiencias profundamente perturbadores no es fácil. El paciente narcisista depende tanto de la vida externa, Eric hizo en su éxito laboral. Un paciente como Eric es tan amargado contra la vida que a menudo no tiene la capacidad y encanto para crear una respuesta positiva lo suficiente en otros. Esto produce un círculo vicioso. En su análisis con Eric me hizo muy agradecido por el trabajo analítico, y una gran parte de su resentimiento acumulado parecía disminuir, pero no en todos los aspectos de su experiencia en la vida.

Al tratar de determinar la causa de una fuerte y duradera reacción negativa de Eric para el análisis, lo que llevó al estancamiento ya un grave deterioro de su estado mental, creo que lo más probable es que su exanalista, el Dr. U., no se había evaluado correctamente el tipo o estructura de la del paciente narcisismo. Era, al parecer, no son plenamente conscientes de su excesiva sensibilidad básica, su sentimiento de inferioridad, y su temor a ser ridiculizado y humillado, todos los cuales fueron defendió contra por una cubierta narcisista bastante débil. Sus defensas no podían hacer frente a los ataques, en particular los humillantes. Eric tuvo un mal comienzo en la vida. Se sentía débil, inferior, y no con el apoyo de sus padres y hermana. No obstante se las arregló para encontrar un poco de fuerza narcisista positiva y así cambiar su fallo prematuro severa en éxito. Tenía una avería en la universidad, después de haber experimentado severos de ansiedad y perdió temporalmente la confianza en sí mismo, pero logró superarlo en un año más o menos.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 151 -

Su análisis en una fecha mucho más tarde le pareció ayudar al principio, pero el Dr. U., en el análisis de su narcisismo, a menudo parecía interpretar de una manera que encontró humillante, menospreciar y infantilización. También encontró que el Dr. U. nunca examinó sus críticas sobre ella. Tales dudas que expresó sobre su inmediato fueron interpretadas como un ataque, nunca como una crítica válida, desde su punto de vista. Se puso a la conclusión de que era inútil decirle lo que sentía. Después del fracaso humillante en sus más altos asuntos del examen de grado empeoró. Se sentía completamente soportado y tuvo que levantar una barrera aún más fuerte en contra de la experiencia de ser menospreciado en el análisis.

Cuando sus propios sentimientos despectivos surgieron más tarde, en la conferencia, haciendo que se sienta vulnerable y deprimido, el Dr. U. parecía ser aún más arraigada en un contador negativo transferencia. La realidad de su forma humillante de interpretación se hizo aún más evidente. A traumática repetición de todos los traumas anteriores de su vida tuvo lugar. Sintió que la situación es más perjudicial, pero también se sentía impotente e incapaz de escapar de ella porque se había convertido en terror de su poder, si él la dejó.

Con narcisista pacientes con traumas tempranos, como en este paciente, uno tiene que estudiar las situaciones traumáticas muy cuidadosamente. Con frecuencia, existe una intensa interacción entre el niño y la madre en la que por alguna razón la madre se siente un fallo intensa. A menudo, esto produce no sólo la ansiedad de la madre, pero la hostilidad, y aumenta toda la insensibilidad que puede haber existido originalmente. Es claro en el informe de su madre que la relación alimentación temprana de Eric debe haber sido una tortura, tanto para el bebé y la madre. Algo que debería

haber sido placentera y satisfactoria, y podría haber sido la base de la seguridad y amor, creó el terror y la miseria. Parece que la madre no sólo estaba deprimido, pero también narcisista y herido por este fracaso y que toda esta situación se repite casi por completo en el análisis con el Dr. U. Parecía que el Dr. U. se identificó con esta Eric- madre y se enojó mucho y acusando contra Eric, que fue experimentado por ella no sólo como asustada y triste, pero tan agresivo y echar a perder una buena Dr U. 's análisis, la buena situación de la alimentación que se creía que había proporcionado. Las experiencias de este tipo en el análisis son muy desafortunadas y son muy difíciles de superar y remediar. Quiero por lo tanto, hacer hincapié en mi observación de que una evaluación equivocada de un paciente en el análisis no sólo conduce a interpretaciones erróneas - en este caso a una forma negativa destructiva de interpretación -, pero distorsiona el útil contra-transferencia del analista en una más enojados y resentidos actitud, que puede producir reacciones desastrosas por parte de un paciente y debe conducir a un callejón sin salida completa.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 152 -

Notas

¹ nos recuerda el comentario de la Sra. Riviere en su papel en la reacción terapéutica negativa (1936) que el analista debe tener cuidado de no concentrarse demasiado en las reacciones terapéuticas negativas en sentimientos negativos y hostiles del paciente debido a la subyacente de la depresión, un factor que parece ciertamente aplicable a este paciente a primera vista.

² Dr U. vez me habló muy brevemente sobre Eric, pero sólo desde el punto de vista de lamentar que había reducido este análisis a una vez por semana. Era claro para mí que ella debe haber sido influenciado por **Meltzer (1967b)**, que recomienda reducir las sesiones de un paciente a una vez por semana cuando se diagnostica que hubo un impasse en el análisis. Esta fue una medida que era inaceptable para la mayoría de los analistas, ya que se considera que dañar al paciente, ya que fue obligado a vivir como castigo. Me di cuenta de que el Dr. U. sentía muy arrepentido por haber reducido las sesiones de Eric a una vez por semana. Sin embargo, ella no fue capaz de explicar a Eric que ella se había dado cuenta que había cometido un error, un acto de entendimiento lamentable que Eric duda hubiera agradecido mucho.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 153 -

Cuarta parte: La influencia de la identificación proyectiva en la tarea del analista

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 156 -

8. La identificación proyectiva en la Práctica Clínica

He mencionado en el capítulo 1 que encontré Melanie (1946) de Klein concepto de proyectiva identificación sea fundamental para la comprensión de la transferencia de la relación en el tratamiento de pacientes muy perturbados. El concepto de proyectiva identificación ha sido muy de moda desde 1946 y se utiliza a menudo de manera muy diferente. ¹ En este capítulo quiero exponer mis ideas sobre proyectiva identificación y la forma en que un conocimiento preciso de la misma puede ayudar a la práctica clínica. En particular, quiero explorar la forma en que un conocimiento detallado de los distintos proyectivos procesos (sobre todo en los estados psicóticos) es esencial si el analista es la de mantener su funcionamiento terapéutico y evitar el complejo de transferencia / contra- transferencia dificultades y impasse terapéutico. Sin embargo, antes de discutir el papel de la proyectiva identificación en la práctica diaria, algunas consideraciones sobre el concepto de sí mismo y de los procesos será necesario que trata de describir.

Como el término 'proyectiva identificación' se ha utilizado para una variedad de similar, pero no idéntico, procesos, voy a tratar de diferenciar y aclarar algunos de los problemas relacionados con este término. Proyectiva identificación se refiere, en primer lugar, a una división de proceso del yo temprano, donde las partes ya sea bueno o malo de uno mismo son expulsados del ego y, como un paso más, se proyectan en forma de amor o de odio hacia los objetos externos. Este proceso conduce a una fusión de las partes que sobresalen de uno mismo con los objetos externos, el individuo es idéntico al aspecto relevante del objeto externo en la medida en que lo es. Una consecuencia importante de esta proyectiva identificación es que da lugar a ansiedades paranoides. Objetos sintieron que poseen las partes agresivas de sí mismo convertido en perseguidor y son experimentados por el paciente como represalia mortal. Él siente que tratarán de forzar

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que

ellos mismos y las partes malas de sí mismo, que contienen en su interior de nuevo. Los pacientes que utilizan amplios identificatorios proyectivos son, por lo tanto, constantemente amenazado por las ansiedades paranoides. Una implicación técnica, por lo tanto, es que es esencial para evitar la movilización de estas ansiedades demasiado rápido en el análisis. El analista o parte de su actividad pueden ser muy fácilmente mezcladas con el regreso de las partes que sobresalen de uno mismo y así convertirse en un perseguidor peligroso. ²

Proyectiva identificación según lo descrito por Melanie Klein es principalmente un mecanismo de defensa del yo primitivo. No obstante ello implica que algunos separación entre el yo y el objeto tiene que existir. Algunos pacientes, sin embargo, viven en un estado permanente de proyectiva identificación que creo que hay que tener en cuenta que en estos casos puede tratarse de una forma diferente y más primitiva, aunque relacionado, proceso. Formas primordiales primitivas de proyectiva identificación Podrían considerarse un precursor del tipo más habitual relacionado con la mano de las primeras primarias estados de la fusión entre la madre y el bebé. En primer lugar, me refiero a la posibilidad de que algunos procesos de proyectiva identificación comienzan incluso *en el útero*. Lo que quiero decir es que el feto puede ser sensible a ciertos mentales preocupantes procesos dentro de la madre, que de alguna manera se comunicaban a ella de una manera análoga a la subyacente proceso en estados psicósomáticos. En segundo lugar, estoy pensando de esos estados de muy temprana fusión entre la madre y el bebé que se observan en la posición esquizo-paranoide y, posteriormente, durante la posición depresiva. Algunos analistas - por ejemplo, Steiner (1975, 1982), Tustin (1972), Bion (1980), Felton (1985) - hacen uso de tales formas más primitivas de proyectiva de identificación, mientras que otros no lo hacen. Yo mismo siento que los primeros importantes procesos, probablemente empezando *en el útero*, existen, aunque no estoy seguro de cómo entender estos procesos mejor sin mucha observación clínica más cuidado. No obstante no hay duda en mi mente que los hijos de algunos padres, que sufren de trastornos muy tempranas, tienen un estado particularmente abierta y perceptiva de la mente por parte del analista o terapeuta si es entender sus comunicaciones en esta primera nivel. Los que han estudiado estas primeras formas de comunicación de las experiencias de estrés incontrolable que el bebé tiene con su madre. Sus mentales procesos están de alguna manera transmiten al bebé de una manera similar a la ósmosis (Steiner, 1975, 1982; Felton 1985). Ellos son absorbidos por el niño sin ella es capaz de hacer nada al respecto, por lo que la experiencia es bastante abrumador. ³

En muchos de los estados fronterizos y psicóticos, los pacientes parecen estar luchando desesperadamente con contradictorio, confuso y confuso

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

sentimientos y pensamientos. Parece que les resulta muy difícil pensar en sus sentimientos o los conoce, pero no obstante se comunican o anti-comunicarlas con fuerza en muchas maneras diferentes. Estoy seguro de que este tipo de paciente sufre de experiencias muy tempranas e inquietantes como las previstas por las ideas sobre proyectiva primitiva identificación y osmótica comunicación. Durante meses, en lugar de días estos pacientes necesitan comunicarse de manera no verbal ya menudo en silencio o hablar en un tiempo muy confuso, monótona o simbólico camino. La experiencia a menudo tiene un fuerte efecto físico en el analista y produce somnolencia o malestar físico. Puede causar graves dificultades para la capacidad del analista para pensar o concentrarse. Es como si algo se ha proyectado en el analista de una manera real y concreta.

La identificación proyectiva y contención

Con las consideraciones que acabamos de mencionar en mente, me resulta útil pensar en proyectiva identificación de dos maneras simultáneas. Por un lado, en todas las proyectivas procesos de este tipo no es una calidad expulsiva. El individuo, a veces muy violentamente en efecto, está tratando de deshacerse de insoportables pensamientos y sentimientos, y para ello la fuerza de imaginación asumir y controlar a los demás. Por otra parte, el proceso de proyectiva identificación también puede ser considerado como un intento de comunicarse. Si los insoportables pensamientos y sentimientos ya menudo caótico, que son expulsados pueden ser contenidos (Bion, 1962b), es posible que lo que está sucediendo puede ser comprendido y considerado, allanando el camino para que los pensamientos y sentimientos que se tolera y se vuelva menos insoportable.

El paciente psicótico que proyecta impulsos y partes de sí mismo en el analista que está expulsando. Pero al hacerlo, permite que el analista para sentir y comprender sus experiencias y para contenerlos. De esa manera los insoportables experiencias pueden perder su miedo o insoportable calidad y convertirse en significativo. A través de la capacidad del analista para utilizar interpretaciones poner sentimientos en palabras, el paciente puede aprender a tolerar sus propios impulsos y obtener acceso a un yo más sano, que puede comenzar a pensar acerca de las experiencias que antes eran de sentido y aterrador.

Desde un punto de vista técnico, el hecho de que el proceso de proyectiva identificación puede abrir un camino al

diálogo, lo que lleva a la comprensión, depende fundamentalmente de la capacidad del analista de existir como un contenedor para las proyecciones del paciente. Sin embargo, en mi opinión, es esencial que reconozcamos lo que significa para contener el paciente

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 159 -

proyecciones. La palabra 'contiene' puede implicar una actitud más bien pasiva que podría significar que un analista debe permanecer en silencio o inactivo. Si bien esto es en ocasiones una función necesaria del analista (a partir de la madre en condiciones normales de desarrollo), quiero hacer hincapié en que la que contiene la función, de hecho, requiere una gran cantidad más de la pasividad. Esencialmente, el analista tiene que estar preparado para entrar en una relación intensa y de retener su función de poner experiencias en palabras. En efecto, **Grotstein (1981: 205)** llama a la relación de una forma de "vinculación siameses", que avanza a través de "autista, simbiótica e incluso separado y al final las relaciones individualizadas. El analista tiene empatía para seguir la descripción del paciente de los acontecimientos reales y phantasized, que a menudo se escenifica por ser proyectado en él. La mayoría de los pacientes, particularmente los pacientes borderline y psicóticos, por lo general requieren una gran cantidad de activo pensamiento por parte del analista porque ellos mismos carecen de la capacidad de pensamiento. El analista tiene que reunir a la difusa, confusa, o aspectos escisión de pre-pensamiento del paciente procesos en su propia mente para que se hagan poco a poco el sentido y tienen un significado. Esto implica la necesidad de un enfoque integrado y la organización de la actividad por parte del analista. Debe gradualmente jugar de nuevo al paciente su "incipiente" de comunicación para que sea comprensible para el paciente - una actividad que es casi un arte.

Bion ha llamado la capacidad del analista para funcionar de la manera que he descrito "función alfa" y él ha marcado estado difuso del paciente psicótico de la mente y su forma de comunicar como elementos "beta", que siguen siendo incomprensibles hasta que el analista, a través de su contenga función, convierte estos elementos beta en elementos alfa. Es importante que el analista es capaz de mantener de su paciente de material muy clara y lógica en su propia mente. A continuación, puede jugar de nuevo al paciente para que él o ella puede seguir la lógica de su propia manera de pensar y de sentir. Esta actividad disminuye la ansiedad, que evita que el paciente sostiene a un estado natural de la mente lógica.

Es importante darse cuenta de que, en la medida en que proyectiva identificación es comunicativa es un proceso benigno, lo que significa que el objeto en el que la proyección ha tenido lugar no se cambia por el proceso de proyectiva. Se hace hincapié en la necesidad de que el objeto de funcionar como un contenedor para los aspectos no-comprensibles de la auto modo que el contenido mental puede ser tomada de nuevo en el mismo en forma comprensible con la experiencia añadida de sentirse comprendido y aceptado por alguien. Hay otras formas en que proyectiva identificación puede ser pensado como una parte esencial benigno y de la normalidad en relación a objetos. Estoy pensando aquí de la instancia específica de

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 160 -

tratamiento psicoanalítico en el que libres asociaciones pueden considerarse como externalizaciones identificatorias proyectivas que permiten al paciente a crecer mediante la externalización de su contenido mental interno para la interpretación, lo que lleva a la auto-evaluación (**Grotstein 1981: 125**). También creo que algunos proyectiva identificación está involucrado en el proceso de objeto investidura, un término usado por muchos analistas. También existe la proyección y la externalización de los aspectos de uno mismo con el fin de reconocer los objetos mediante la identificación con ellos, que es la base de la empatía. Todos estos casos de proyectiva identificación son necesarios para el desarrollo de las relaciones de objeto.

Reconociendo la identificación proyectiva

Si proyectiva identificación hace posible que el analista de sentir y comprender las experiencias de los pacientes, por lo que para tratar de ayudarle a enfrentarlos y hacer un mejor sentido de ellos, de la misma manera que hace que la tarea del analista muy difícil. La naturaleza poderosa y abrumadora de algunas formas de proyectiva identificación ya se ha mencionado. Ahora quiero describir algunas de las formas específicas en que proyectiva identificación puede confundir la tarea del analista.

En primer lugar, ya que varios autores han señalado, la esencia de la proyectiva identificación es que a menudo toma el lugar de, verbal ordinaria, más lógico comunicación. En consecuencia, siempre que sea proyectiva identificación es excesivo (como con la mayoría de los pacientes psicóticos) existe el peligro de que el verbal comunicación entre el paciente y el analista puede romper. En esos momentos, las interpretaciones del analista son incomprensidos y malinterpretados por el paciente, mientras que las comunicaciones del paciente asumen cada vez más la calidad del hormigón, lo que sugiere que la capacidad de abstracción pensamiento ha desaparecido. En la investigación de este tipo de situaciones, me he dado

cuenta que proyectiva omnipotente identificación interfiere con la capacidad verbal y abstracto de pensamiento para producir un concreto de las mentales procesos , lo que lleva a la confusión entre la realidad y la fantasía . Como **Segal (1957)** ha argumentado, el paciente que utiliza proyectiva excesiva identificación está dominada por el pensamiento concreto procesos que causan la falta de comprensión de las interpretaciones verbales. Las palabras y su contenido son experimentados por el paciente como de hormigón, no simbólicos objetos. La base de hormigón de un paciente psicótico pensamiento es la no diferenciación entre lo simbolizado y el símbolo , que es parte de una alteración en la relación entre el yo y el objeto. En proyectiva excesiva identificación de la diferenciación entre el yo se oscurece y el objeto. Dado que una parte de uno mismo se confunde con el objeto,

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 161 -

el símbolo que es una creación y una función de la auto o ego se convierte a su vez confundido con el objeto que se simboliza (**Segal 1956 , 1957**). ⁴ Como resultado, es muy difícil de usar interpretaciones verbales con un paciente psicótico. Debido a que son a menudo mal entendido y mal interpretado, el paciente puede llegar a ser muy asustada e incluso puede taparse los oídos o tratar de salir corriendo de la sala de consulta. Un análisis puede estar en peligro de descomponerse. En esos momentos el imperativo técnico es descubrir las proyectivas procesos que se utilizan para el propósito de la comunicación entre el paciente y el analista. Esto hace que sea posible hacer interpretaciones verbales simples, una vez más y para explicar al paciente para ayudar a entender la situación aterradora su modo concreto de experiencia ha creado para él.

Una segunda forma en la que proyectiva identificación complica la tarea del analista se debe a la forma en que los pacientes lo utilizan para hacer frente a los deseos agresivos y envidiosos primitivos. He descrito en varios capítulos anteriores la forma en que omnipotentes narcisistas relaciones de objeto permiten un paciente para evitar sentimientos intensos como los de la envidia o de la separación. Esta forma de relación es, por supuesto, mantiene proyectiva identificación a través del cual algunos pacientes psicóticos logran sienten que viven dentro de la mente y del analista cuerpo y poseer su ayuda y comprensión como parte de sí mismos. Ellos son capaces de atribuir todo lo que experimentan como algo valioso en el análisis de sí mismos. Sin embargo, como he descrito en los capítulos anteriores, en cuanto tal paciente comienza a sentirse separado del analista de una reacción agresiva aparece, sobre todo con claridad después de una valiosa interpretación que demuestra la capacidad terapéutica del analista. Estos pacientes reaccionan con sentimientos de humillación y se quejan de que se les hace sentir pequeño, ¿por qué debería el analista pueda recordarles algo que ellos necesitan, pero no pueden valerse por sí mismos? En su ira envidiosa estos pacientes tratan de destruir y saquear las interpretaciones del analista ridiculizando o hacerlos sin sentido.

Desde el punto de vista de este capítulo, lo que importa es que, como resultado de las poderosas proyectivas procesos del analista en esta situación puede tener la experiencia distinta en su contra- transferencia que no es bueno y no tiene nada de valor para dar al paciente . Incluso los físicos síntomas pueden ser experimentados por el analista de estos pacientes debido a las expulsiones de los pacientes pueden ser tan concreta, que puede sentirse mal al igual que el paciente puede llegar a vomitar. Tal rechazo concreto de la ayuda del analista puede a menudo ser claramente entendida como una recreación de algunas rechazo anterior de la madre comida y 's la atención , ahora se repite en la situación analítica. Por otra parte, la atención debe

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 162 -

tomar para diferenciar entre el rechazo de un paciente de una mala manipulación o malentendidos (cuando el analista no se repita una situación realmente mala sensación, como en el caso de Eric, discutido en el Capítulo 7) del analista y cualquier envidia agresión . No sólo es este último difícil para el ego primitivo del niño a tolerar, sino que también crea un problema particularmente difícil para cualquier amante y cariñosa madre o analista. Este es el problema cuando un paciente que haya hecho un buen progreso en el tratamiento tiene una reacción terapéutica negativa . A menudo es violento, como si quisiera echar a perder y devaluar todo lo que ha recibido con anterioridad, a pesar del peligro a menudo suicida de tal reacción.

Muchos de los pacientes (y en sus contra- transferencia analistas también) experimentan su violenta envidia dirigida contra las buenas cualidades del analista como muy loco e ilógico. La parte sana del paciente (y quizás del analista) experimenta estas reacciones envidiosos como insoportable e inaceptable. Muchas defensas contra esta primitiva envidia , por lo tanto, de crear. Una de estas se refiere a la división fuera y la proyección de la parte envidioso de la auto en un objeto externo , que luego se convierte en la parte envidioso de la paciente. Este tipo de proyectiva defensiva identificación sigue el modelo de Melanie Klein descripción 's de la división de despegue y proyección de las malas partes de uno mismo , citado al comienzo de este capítulo. Otra defensa contra la envidia participación proyectiva identificación se produce cuando el paciente tiene fantasías omnipotentes sobre cómo introducir el admirado y envidiado objeto. Él se hace cargo de su papel (por ejemplo, haciendo todo el análisis), y de esta manera insiste en que él es el objeto. En tales casos de proyectiva casi total identificación con un objeto envidiado, expresiones más directas de la envidia son totalmente ausente,

hasta que vuelven a aparecer en el trabajo analítico permite cierta separación entre el yo y el objeto.⁵ Un tipo particular de relación de objeto que observé es particularmente influyente en este respecto. En este modo de relación, el parásito uno, el paciente psicótico en el análisis, mantiene la creencia de que él está viviendo enteramente dentro de un objeto - el analista - y se comporta como un parásito que vive en las capacidades del analista, que se espera que funcione como su ego. Parasitismo grave puede ser considerada como un estado de proyectiva total de identificación. Es, sin embargo, no es sólo un estado de defensa para negar la envidia o la separación, sino también una expresión de la agresión, sobre todo envidia. Esta es la combinación de defensa y que actúa a cabo la agresión que hace que el estado parasitario un problema terapéutico particularmente difícil.

Un paciente mantener parasitarias relaciones de objeto se basa enteramente en el analista, a menudo haciéndolo responsable de toda su vida. De este modo se comporta de una manera muy pasiva, silenciosa y lenta,

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 163 -

exigiendo todo sin dar nada a cambio. Este estado puede ser muy crónica y el trabajo analítico con estos pacientes suele ser mínima. Por ejemplo, uno de mis pacientes deprimidos se describe a sí mismo como un bebé, que era como una piedra presionar con demasiada fuerza en mi sofá y en mí. Sentía que estaba haciendo imposible para mí tampoco le llevo o mirar detrás de él y él temía que lo único que podía hacer era expulsarlo, si yo no lo podía soportar por más tiempo. Sin embargo, estaba aterrizado de que no podía sobrevivir está a la izquierda. Sentía que no sólo tuvo un efecto muy paralizante en el análisis, pero que estaba paralizado e inerte a sí mismo. Sólo en raras ocasiones es posible ponerse en contacto con el intenso sentimiento de hostilidad o bien el dolor insoportable y la depresión ligada a este proceso. No había alegría cuando el analista se consideró útil y vivo, ya que sólo una mayor conciencia del contraste entre él y el analista y en ocasiones produce un del paciente el deseo de frustrarlo. Con esto volvió al status quo de la inercia, que se percibe como desagradable pero prefirió cualquiera de los intensos sentimientos de dolor, la ira, la envidia o los celos que pudieran ser experimentado fugazmente. Como sugerí antes, el parasitismo extremo es en parte una defensa contra la ansiedad de separación, la envidia o los celos, pero a menudo parece ser una defensa contra *cualquier emoción que puede ser experimentado como doloroso*. A menudo tengo la impresión de que los pacientes, como la que se acaba descrito, que experimentan a sí mismos como muertos, y con frecuencia se experimentan por el analista como lo inactivo que bien podrían estar muertos, utilice vitalidad de su analista como un medio de supervivencia. La hostilidad latente impide a los pacientes de obtener más ayuda o mínima satisfacción del análisis y es muy difícil para el analista a la experiencia.⁶

Un tercer punto acerca de las dificultades causadas por proyectiva identificación es que puede ser utilizado para defender no sólo contra experiencias de primitiva envidia y agresión, sino también contra la realidad psíquica en general. En esta situación el paciente separa las partes de su auto, además de los impulsos y las ansiedades y los proyecta hacia el analista con el fin de evacuar y vaciar el contenido mental perturbador, lo que conduce a la negación de la realidad psíquica. Como este tipo de paciente quiere todo el analista disculpar la evacuación de los procesos y la negación de sus problemas, a menudo reacciona a las interpretaciones de resentimiento violento, ya que se experimentan como crítica y alarmante. El paciente cree que no deseado, insoportable contenido mental, y sin sentido está siendo empujado hacia él por el analista. El proceso se puede ilustrar por algunos materiales de un paciente esquizofrénico. En un período particular del análisis de la paciente tuvo una muy mala recaída. Tuvo que ser hospitalizado y ha desarrollado

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 164 -

delirios. Cuando ella era capaz de iniciar el análisis de nuevo, explicó el analista que cuando sintió que el analista no entendía que ella se había alejado de él a su madre. Pero su madre le había dicho que debía evacuar a sus pensamientos. Ella concretamente pidió a su hija que tome un laxante. Esto ocurrió en un momento en que el paciente ya estaba un poco preocupado por haber olvidado del análisis y de haber creado dudas. De pronto se dio cuenta de lo que le había sucedido como resultado de defecar fuera su mente - es decir, que la dejó incapaz de entender las palabras, por lo que se sentía completamente estúpido.

El hecho de que proyectiva identificación puede ser utilizado para evacuar y negar la realidad psíquica tiene que ser reconocido junto con el hecho de que cuando un paciente está tratando de impulsar insoportable contenido mental en el analista también está obligando a compartir las experiencias desagradables. Un ataque a un analista que se cree que es distante y no cuidar puede ser una forma de comunicación, con una leve esperanza de que el analista, a través de que se ven obligados a compartir la experiencia del paciente, se puede encontrar una mejor solución a los problemas que el paciente. Este tipo de comportamiento por un paciente con frecuencia se malinterpreta y se interpreta por algunos terapeutas que ser totalmente agresivo. El resultado es que el paciente se siente incluso más rechazado, mal entendido, y solo. También puede sentirse gravemente culpables y deprimidos porque teme que sus repetidas proyecciones han dañado el analista y fue el motivo de su fracaso, produciendo un círculo vicioso de actitudes defensivas. El paciente puede no sólo se identifican con el analista dañado, sino también la tortura a sí mismo con el auto-masochista severa sanción. A menudo,

esto puede continuar durante mucho tiempo a menos que los detalles de la experiencia proyectada se han aclarado en el análisis. Mientras que las proyectivas procesos están siendo actuados, el paciente generalmente no puede observar lo que está sucediendo en algunas sesiones, o, a veces en todo el análisis.

Las diferentes formas en que los pacientes tratan tanto para evacuar y para compartir sentimientos y experiencias tienen que ser conceptualizado con mucho cuidado por el terapeuta para que no sea consumido por el proceso y perder el contacto con el paciente. Un ejemplo de las dificultades que puede ilustrarse a partir de un caso tratado por un analista con mucha experiencia que yo supervisé entre 1966 y 1967. El paciente se encontraba en un estado psicótico agudo y había perdido su capacidad de comprensión verbal y la comunicación. Ella era un maníaco depresivo grave que fue atendido en un hospital psiquiátrico, pero logró llegar desde el hospital a la sala de consulta del analista para el tratamiento psicoanalítico. En un período de análisis de la paciente, que había mejorado previamente mucho, se hizo cada vez más perseguido por el analista y trató de invadir todas las habitaciones de la casa del analista en lugar

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 165 -

de la utilización de la sala de espera. Esto creó una gran cantidad de desorden y ruido. Al mismo tiempo que en general se negó a entrar en sala de consulta del analista, por lo que el análisis, si es que iba a ser llevado a cabo, tuvo que ser llevado a cabo en el salón o en la escalera. Sólo de vez en cuando tenía el analista tenga éxito en conseguir que el paciente en la sala de consulta, y entonces ella constantemente lanzó acusaciones contra él. Cuando el analista interpreta que se sentía muy culpable sobre su comportamiento de modo que no podía hacer frente a ella y que ella estaba empujando sus propias culpas sentimientos en él, rápidamente se puso peor. Ella lo acusó de hacer cada vez peor y dijo que no podía y no vendría más. Fue en este punto que fui consultado con urgencia. El analista teme que el paciente se negara a ser tratado por lo tanto en su casa como en el hospital y él pensó que era un callejón sin salida completa.

Escuchar atentamente a la materia, me di cuenta de que el paciente, que previamente había sido capaz de tener una relación con el analista en que ella entendía interpretaciones, había perdido por completo su capacidad de tomar cualquier cosa. Así que sugerí que el analista debe decirle que había estado tratando desde hace varios años y había entendido que había sido capaz de utilizar el análisis de bien y había sido mucho mejor. Pero en la actualidad, parecía haber perdido esa parte de sí misma que podía entender, pensar y escuchar a él. En otras palabras, me sugirió que le recuerdo que tenía una parte sana a pesar de que había perdido el momento y su trabajo era tratar de encontrarlo. Después de que el analista intentó hacer algo en este sentido, el paciente vaciló durante unos minutos. Entonces, de repente, estaba justo abajo en el suelo sobre su frente y miró debajo de la cama durante unos minutos antes de levantarse de nuevo. El analista interpreta que parecía haber entendido interpretación muy bien y había estado buscando a esta parte de sí misma que se había perdido temporalmente y ahora estaba escondido en algún lugar en el consultorio del analista. Tal vez podrían sacarlo de debajo del sofá para que pudiera volver a usar. Casi inmediatamente después de esta experiencia, el paciente fue capaz de comunicarse y escuchar mucho mejor, y el estancamiento completo había terminado. Parecía milagroso para el analista. La experiencia me enseñó lo importante que es recordar que incluso el paciente psicótico agudo todavía tiene la capacidad de encontrar un lugar en sí mismo o en el analista la parte cuerda oculta otra vez para que el tratamiento puede ser revivido.

Tal vez el punto más importante a comprender acerca proyectiva identificación es la forma en que puede ser utilizado por un paciente para entrar en un estado de confusión, combinado o fusionado de relacionarse con el analista. Esto puede tomar varias formas y necesidades de entenderse con mucho cuidado. Por

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 166 -

por un lado, existe un deseo básico para simetría simbiótica en la que el paciente quiere que el analista de experimentar sentimientos complementarios idénticos y experiencias con el fin de crear una relación de espejo doble con el paciente en el que existe una perfecta comunicación y la comprensión.

Uno de mis pacientes, cuya madre había muerto cuando ella tenía diez meses de edad, estaba abrumada por la ansiedad al principio del análisis durante mis primeras vacaciones de verano. Ella sentía que era insoportable que no podía estar cerca de mí, a pesar de estar con su marido muy devoto. Estaba convencida de que ella podría sentirse mejor si ella podía escuchar o ver conmigo. Su marido la animó a llamarme, pero ella no se atrevía a hacerlo porque creía que yo quería y necesitaba mis vacaciones, ella también estaba convencido de que yo no quería saber nada de ella durante los días de fiesta. De hecho ni siquiera podía escribir a mí durante las vacaciones pero sintió mejor de inmediato cuando me vio cuando el tratamiento comenzó de nuevo. Tomó varios meses para ella darse cuenta de que parecía necesario que ella tenga una imagen en su mente de mí querer verla y mirar detrás de ella. Se aplica esta realización también a su madre. Ella pensó que debió haber sido muy doloroso para su madre por no estar en una posición para mirar detrás de ella y darle de comer cuando estaba enferma. Su madre era evidente que habían arrancado de sus propios sentimientos hacia su pequeña hija cuando ella murió repentinamente. El paciente se sintió muy reconfortado por estos pensamientos y se sintió también

mucho mejor con respecto a su madre, la muerte de s cuando se lo podía mostrar las fantasías simbióticas hacia mí y su madre . El paciente también había temido que ella había estado proyectando la fuerza a esta simbiosis fantasía en mí y por lo que había pasado sus vacaciones tratando de protegerme de cualquier intrusión.

El hecho de que el paciente se sentía mejor cuando yo interpreté su deseo de inmiscuirse en mí subraya las dificultades proyectiva identificación puede causar . Simbióticas normales procesos son similares a, pero no idénticos con, proyectiva identificación . Se refieren a primeros intentos de evitar sentimientos agudos de impotencia al convertirse en parte de la madre , y para los recuerdos de la infancia . Es probable que se conectan a un fuerte vínculo simbiótico en el madre hacia el niño , en el que la madre no podía experimentar su hijo como un separado ser . Sin embargo, cuando tales situaciones se tocan en en el análisis anhelo simbiótica del paciente se convierte muy rápidamente en un sentimiento peligroso de ser aspirado o empujado a una relación en la que el paciente se siente pasiva, inmovilizado, y atrapado y no puede encontrar su propia auto nuevo. A continuación, se hace intensamente perseguido y atormentado por el objeto simbiótico que él siente lo ha seducido, le contuvo, y ahora no hace ningún intento de liberarlo de esta trampa. El más

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 167 -

aspecto inquietante de este estado es que el paciente se siente totalmente en el poder del objeto simbiótica y no tiene ninguna posibilidad de hacer nada activo . Esta situación de enredo generalmente produce rabia violenta en la que el paciente siente que quiere destruir a sí mismo y el objeto porque no puede salir del enredo. Cuando este problema aparece en el análisis de una forma delirante el análisis se disminuyó considerablemente debido a que el paciente realmente se siente atrapado por el analista y cree que el analista sabe todo acerca de este problema, pero está decidida a no hacer nada al respecto. Lo que ha ocurrido es que a menudo las fantasías simbióticas se han combinado con proyectiva identificación para que una simbiótica fantasía se ha proyectado en la situación analítica. Parece, pues, que el proceso de proyectiva se ha convertido en parte del proceso de simbiótica en lugar de un proceso ordinario de proyectiva identificación donde uno puede concentrarse en los elementos individuales que han sido proyectados de vez en cuando en el analista. Para tratar el enredo simbiótica como un simple elemento de proyectiva identificación está contraindicada debido a que los simbióticos phantasy hay que entenderlo en toda su dimensión. En el análisis se proyecta esta poderosísima sensación y la experiencia en el analista, quien tiene que tomar conciencia del proceso simbiótico que se siente en la contra- transferencia que se paraliza tanto al análisis y al analista.

Quiero ahora mencionar el uso del término 'proyectiva identificación 'de un aspecto muy común de la transferencia relación del paciente psicótico, un aspecto que tiene por objeto el control de la analista del cuerpo y la mente y parece estar basada en un tipo infantil temprano de la relación de objeto. En el análisis , se observa que el paciente cree que ha obligado a sí mismo omnipotente en el analista, lo que conduce a la fusión o confusión con el analista y ansiedades relacionadas con la pérdida de uno mismo . En esta forma de proyectiva identificación de la proyección de las piezas locas de sí mismo en el analista suele predominar, el analista se percibe entonces como haber vuelto loco, que despierta extrema ansiedad que el paciente tiene miedo de que el analista tomará represalias y la fuerza de la locura de nuevo en el paciente y como castigo le privan por completo de su cordura. En esos momentos el paciente está en peligro de desintegración , pero detallada interpretación de la relación entre el paciente y el analista puede romper esta omnipotente situación delirante y evitar un colapso del tratamiento.

Otra forma de vivir enteramente dentro de un objeto se presenta en pacientes esquizofrénicos gravemente engañados que parecen experimentar a sí mismos como viviendo en un mundo irreal que es altamente engañoso, pero sin embargo tiene cualidades de una estructura que sugiere que este mundo es alucinante

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 168 -

una representación de la parte interior de un objeto, probablemente la madre (Meltzer: personal de comunicación (1963)). El paciente puede ser retirada, preocupado por las alucinaciones, en el análisis de proyección de vez en cuando la experiencia alucinatoria en el analista, lo que conduce a errores de identificación de él y los demás con su experiencia delirante. A veces el paciente puede describirse a sí mismo como viviendo en un mundo, o un objeto, que lo separa completamente del mundo exterior, el analista se experimenta como un artefacto, un actor o una máquina, y el mundo se vuelve extremadamente irreal. La vida dentro del objeto ilusorio parece estar en fuerte oposición a relacionarse con el mundo exterior, lo que implicaría en función de un objeto real. Este mundo delirante o un objeto parece estar dominado por una parte omnipotente y omnisciente, a veces de uno mismo , lo que crea la idea de que dentro del objeto delirante no es completa ausencia de dolor y la libertad de disfrutar de cualquier capricho. También parece que el auto dentro del objeto delirante ejerce una poderosa influencia sugestiva y seductora en las partes más sanas de la personalidad con el fin de persuadir o forzar a retirarse de la realidad y para unirse al mundo omnipotente delirante. Clínicamente, el paciente puede escuchar una voz haciendo propaganda para vivir dentro del mundo loco idealizando y alabando su virtud al ofrecer completa satisfacción y cura instantánea para el paciente. Esta persuasión o propaganda de entrar al mundo delirante significa que hay un estímulo

constante para todas las partes del auto de utilizar proyectiva omnipotente identificación (forzando el auto dentro del objeto) como el único método posible para resolver todos los problemas. Esta situación conduce a la constante actuando a cabo con objetos externos que se utilizan para proyectiva identificación. Cuando, sin embargo, proyectiva identificación se convierte en dirigido hacia el objeto delirante, las partes más sanas de la auto pueden llegar a ser atrapados o presa dentro de este objeto, y parálisis física y mental que asciende a la catatonia pueden resultar.

Consideraciones técnicas

En la medida en que el paciente se encuentra atrapado en vivir predominantemente por proyectiva identificación siempre habrá enormes limitaciones en su capacidad para diferenciar lo que está sintiendo y lo que otros están sintiendo por él. Parte de la paciente, cuando está en contacto con la cordura, si se quiere, será consciente de su separada existencia y del analista como una persona separada tratando de ayudar. En otras ocasiones, sin embargo, será atrapado en un sistema delirante de pensamiento en la que sus propios sentimientos y pensamientos y su experiencia con el analista son

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 169 -

constantemente dividir y proyectada. Este tipo de situaciones se asocian con y complica aún más por la presencia de omnipotentes narcisistas relaciones de objeto y, por tanto, se basa agresión y la envidia. A menudo el paciente siente que parte de sí mismo y el analista son tan violentamente en la guerra que va a retirarse a todo tipo de engaños para escapar de las terribles consecuencias. Propia capacidad del paciente para auto-observación en esta situación son a menudo muy limitada, por lo que es especialmente dependiente del analista y, en particular, en su capacidad para recordar, organizar y diferenciar. Lo que importa en esta situación por encima de todo, en lo que se refiere a terapéutica restante, es que el analista observar muy cuidadosamente cómo el paciente él y lo que se siente lo que se comunica sobre este en cualquier está describiendo momento; en otras palabras, el analista debe observar el psicótico transferencia relación y estar especialmente alerta a su variedad delirante. Para ello, el analista tendrá que mantener una vigilancia muy cuidadosa en sus propios sentimientos y reacciones, porque en situaciones de gran alcance proyectiva identificación puede ser la clave principal que tiene sobre el psicótico transferencia relación.

Proyectiva identificación operado en la infancia, principalmente en forma omnipotente, e incluso en la edad adulta, como podemos observar en nuestros pacientes psicóticos, es un proceso mental muy poderosa. No sólo afecta a los aspectos de sí mismo que se movía, pero el objeto bajo la influencia de proyectiva identificación se ve fuertemente afectado por el mismo. Puede tener una muy poderosa influencia buena, pero puede ser peligroso e incluso desastroso si se abusa de ella. Así que las relaciones de objeto bajo la influencia de proyectiva identificación suelen ser muy manipuladora, contundente, y el control. Seduction también juega un papel muy importante y muchas veces tiene incluso influencias hipnóticas y telepáticos.

Proyectiva identificación puede incluir la transformación de uno mismo y el objeto, lo que lleva a la confusión, despersonalización, el vacío, la debilidad y la vulnerabilidad a la influencia que llega hasta el punto de ser hipnotizado, o incluso poner a dormir. Algunos analistas que han supervisado se quejan de que en el tratamiento de ciertos pacientes psicóticos o fronterizos que reciben tanto sueño que apenas pueden mantener despierto y sienten que su capacidad de pensar está muy interferida. Sin embargo, cuando el analista experimentado se convierte en la comprensión de forma de comunicar que la del paciente psicótico es claro que la abrumadora influencia de proyectivas identificación disminuye. Por lo tanto, es extremadamente importante en la observación de los interpersonales procesos implicados en proyectiva identificación de entender que cuando la persona u objeto se ha *transformado por la proyección* que es incapaz de funcionar útilmente como madre al bebé o como el analista para el paciente.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 170 -

Sin embargo, si el analista o madre ha efectiva y comprensivamente *transformado la proyección* y así se ha mantenido sin cambios por ella, el bebé o el paciente comienza gradualmente a sentirse mejor y más seguro en la relación. Los tres casos que se presente ilustrar esta proposición.

Juan

El primer caso quiero describir ilustra las dificultades que proyectiva identificación puede causar. En algunas situaciones de gran alcance proyectiva identificación puede decir que a menos que esté muy atento analista puede no ser consciente de los problemas de un paciente antes de ser repentinamente abrumado por ellos.

Dr. B., un psicoterapeuta, informó de un caso de un hombre de 44 años de edad, John, casado y con dos hijos, que se presentó como depresión y ansiedad, y que había desarrollado aguda depresión y la ansiedad después de un accidente de coche, que fue causado, mientras que John estaba bajo la influencia del alcohol. Después de este accidente que había

intentado suicidarse y fue internado en el hospital local, pero dado de alta muy pronto después. Su médico de cabecera le recomendó al Dr. B. de dos veces a la semana psicoterapia. Dr. B. informado de que John tenía un muy comprensivo pero débil padre y muy crítico y acusador madre que a menudo se tiende a culpar a John desde una edad temprana. Hubo un incidente que arrojó una profunda sombra sobre nuevas del paciente desarrollo. Cuando tenía alrededor de nueve años de edad que jugaba con sus ocho años de edad, hermana en una casa abandonada de la ciudad, pero esta casa no había sido del todo seguro, y la niña se cayó desde el tercer piso y se mató. ¿Cómo funciona exactamente este accidente ocurrió no se conoce, pero la madre siempre acusó a John de ser responsable de la muerte de su hermana y de no haber recibido suficiente atención de ella para evitar este accidente. John fue, por supuesto, profundamente afectado por esto. Es muy probable que el accidente automovilístico reciente había despertado sus inquietudes acerca de poner en peligro personas y ser descuidado, porque en el accidente de coche que era él quien había estado borracho y fue a través de su no siendo cuidado en la conducción que la gente había sido herido, aunque no asesinados.

En el tratamiento de John estaba deprimido y auto acusatorio: "Yo no puedo hacer nada. Soy una mediocridad absoluta. Ni siquiera puedo suicidarme. Además, el Dr. B. sintió que Juan presentó un sistema defensivo paranoico clásico contra los sentimientos de culpa por lo que particularmente dura y fría superyó se proyecta hacia otras personas, que en ese entonces se sentía estar en su contra por las muchas ofensas que había cometido. Esta dura sentencia aumentó el temor y la ira. A menudo, este proceso fue más evidente al inicio de la sesión, cuando se encontró con dificultades para

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 171 -

parecen ser debido a algún acto culpable por lo que pensaba que iba a ser condenado y excomulgado por el Dr. B. Por ejemplo, en una sesión, después de un período de silencio en el que estaba furioso con el terapeuta por no hablar, contó la siguiente historia. Por la mañana, se había sentado en un carro de los no fumadores en el tren subterráneo, pero había decidido a fumar un cigarrillo. Un hombre que estaba sentado frente a él dijo que dejara de fumar y treinta segundos después desembarcó. John estaba furioso por ser tratado de esta manera, acusando al hombre de ser fría y sin corazón. Dr. B. interpretó que había alguna fechoría que estaba llevando a cabo en pos de él porque temía que también le iba a juzgar de una manera fría y sin corazón. John luego dijo que había estado bebiendo en el almuerzo, sintió que el Dr. B. lo mataría por esto. John era un topógrafo para una empresa grande y tenía un problema con la bebida. En esta ocasión se había ido al baño cuando él regresó a la oficina y se pulveriza la boca con refrescar el aliento con el fin de deshacerse de cualquier evidencia de haber consumido alcohol. Dr. B. era muy sensible en la detección de esta culpabilidad oculta de John acción en la transferencia de la situación, pero uno pensaría que este nivel de interpretación fue quizás demasiado superficial para un paciente de este tipo y uno podría preguntarse cómo John se presentaría después de haber hecho algunos contacto más profundo con el Dr. B. De hecho, muy poco después de esta sesión los sentimientos de John de inutilidad aumentó. Empezó a evitar ir al trabajo y durante los fines de semana se quedó en la cama, en su defecto a los compromisos familiares de honor como ir a ver a su niño pequeño juego de fútbol de su escuela. John confesó que le resultaba cada vez más difícil de trabajar y él tenía mucho miedo de ser negligente con su familia y de ser un fracaso.

En una sesión durante el segundo mes, John habló de renunciar y de cometer suicidio. Curiosamente, el Dr. B. no fue afectada por John depresión y la amenaza de suicidio en su contra- transferencia. Al parecer, sintió que tenía la terapia bastante en control y se interpreta que Juan estaba siendo conducido a un estado de desesperación y desesperanza por un juez severo y cómo este estado de la mente neutralizada la ayuda que el terapeuta le ofreció. Al retirarse más de la vida, expresando su incapacidad para hacer frente, y está abrumada por pensamientos suicidas, John había proyectado su abrumador sentimiento de culpa y el miedo al suicidio en el terapeuta. La incapacidad del terapeuta para experimentar la proyección y el no responder a ella se experimentó por Juan como la dureza, el castigo y el abandono por parte del terapeuta, que de este modo se identifica con Juan fría super-ego, que no sólo dejaría de ayudar a John, pero hacer sentir peor. De hecho, John no vino para una terapia más. En este momento, el terapeuta se convirtió en extremadamente ansioso y

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 172 -

deprimido. Tenía fantasías vívidas de John haber cometido suicidio, se reprochó por haber descuidado John y habiéndole fallado y él también se sentía profundamente que había defraudado a los otros médicos que trabajaron con él, lo que aumentó su sensación de fracaso. Afortunadamente, el colega con el que el Dr. B. discutió este caso no era en absoluto acusatorio a él, pero él todavía no podía aceptar ninguna comodidad de él y se quedó sumamente perturbado y molesto por un buen tiempo.

Después de algunas semanas el Dr. B. dijeron que John no había cometido suicidio, pero no se sentía que no tenía sentido que viene para el tratamiento después de la última sesión con el Dr. B., durante el cual se había sentido rechazado e incomprendido. Al examinar el estado mental Dr. B. 's después de que John no apareció más, uno está impresionado por el terapeuta intenso sentimiento de culpa y la responsabilidad por la vida de Juan, creyendo que había causado la muerte de

su paciente, a través de él descuidar. Este sentimiento era tan fuerte que no podía sacudirse de ella. Si examinamos profundamente arraigada de John ansiedad y culpabilidad somos conscientes de que este estado de ánimo estaba relacionado con sus sentimientos después de la muerte de su hermana, cuando se sintió culpable y negligente. Esto se aumentó enormemente por las acusaciones de su madre, que lo había acusado de ser negligente y responsable de la muerte de su hermana. Estas acusaciones y culpa sentimientos John parece haber proyectado en Dr. B. con tal intensidad que el Dr. B. 's la depresión después de que John se detuvo el tratamiento refleja exactamente propio estado de ánimo de Juan después de la muerte de su hermana. Al mismo tiempo, hay en Juan un intenso sentimiento de fracaso en relación con el miedo a fracasar continuamente y nunca ser capaz de corregir lo que él creía que había hecho en el pasado. Esta sensación de fracaso, y la sensación de ser considerado por su madre y otros como un fracaso, también se reflejan claramente en Dr. B. 's sentimiento de ser un fracaso y de ser tan culpable y perturbado sobre lo que sus colegas ahora pueden pensar él. Creo que este es uno de los casos en los que uno puede ser sorprendido en qué medida la proyección en el analista refleja completamente los sentimientos del paciente. En este caso, por supuesto, era particularmente interesante que en un principio el terapeuta no tuvo ninguna reacción en absoluto, y esta respuesta podría venir a la superficie sólo después de que John no volvió a él. Creo que el Dr. B. había defendido con demasiada fuerza a sí mismo contra cualquier sentimiento de ansiedad y culpa en relación a este paciente y se había creado un teórico estructura con la que falsamente creía que podía acercarse a John y protegerse de él. Tenía la esperanza de controlar abrumadora de John culpabilidad sin tener que entrar en contacto más profundo con los sentimientos de la paciente la depresión y la culpa. Esto no es posible. No se puede tratar a los pacientes con depresión, pacientes particularmente no con depresión severa, sin permitir el acceso a la propia

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 173 -

sentimientos más profundos y muestran uno mismo dispuesto a experimentar esto con ellos, sin embargo, presionando y perturbar esto podría ser.

Debemos damos cuenta de que en todos los casos graves de ansiedad y depresión es la participación emocional del analista absolutamente necesario con el fin de ser capaz de crear una que contiene el medio ambiente, y un enfoque puramente intelectual es igual a un completo fracaso para contener. El terapeuta debe de haber aprendido mucho de la experiencia perturbadora, y será mucho más fácil para él la próxima vez de ponerse en un estado de ánimo en el que se convertirá en abierto a las proyecciones de su paciente. Incluso si el terapeuta no es capaz de interpretar las proyecciones y el estado de ánimo del paciente en detalle, la participación emocional en general experimentado por el paciente y conduce a una sensación de ser criticado, pero no aceptó. La manera en que Juan se comunicó con el terapeuta, en particular a través de su sentimiento suicida, era un recurso intenso para el terapeuta para darse cuenta de lo inquietante y lo insoportable de la situación. Le estaba pidiendo a sentir y simpatizar con él acerca de lo mal que se sentía. Es de esperar que el terapeuta no lo acusaría pero poco a poco ayudar a que se sienta menos culpable.

Para entender la incapacidad del paciente para hacer frente a sus sentimientos de fracaso que sería útil dar detalles de los sentimientos específicos que se experimentan por él a ser tan insoportable: sus sentimientos de culpa, la responsabilidad, y el fracaso. Todos ellos parecen haber sido algo que toda su vida había tenido que realizar para sí solo. Estaba constantemente acusado por su madre y nunca encontró ningún alivio de ella. En la terapia que había esperado que habría alguien para escucharle y comprender lo que había estado experimentando durante toda su vida. En general este tipo de pacientes tiene un pronóstico relativamente bueno, si su solicitud de ayuda, a través de proyectiva de identificación, puede ser escuchado y respondido a emocionalmente.

John no aceptó ningún tratamiento más después de haber estado con el Dr. B. y dijo que sentía que tenía que llevar a sus sentimientos de ansiedad y culpabilidad por él mismo. Cuando el caso del accidente más tarde se presentó ante los magistrados, John fue declarado culpable de negligencia grave y perdió su licencia de conducir. Él era entonces muy preocupado por no ser capaz de continuar con su trabajo e hizo otro intento de suicidio. Yo no sé si Juan logró encontrar su camino de regreso a un tratamiento en una fecha posterior. Si el Dr. B. pudo haber permitido que su contra- transferencia para vincular la proyección anterior que podría haber hecho mucho mejor contacto reconociendo lo importante que era para John a sentir que el analista estaba dispuesto a experimentar profundamente la abrumadora sensación de culpa y de ser un fracaso y que sentía que ya no podía soportar este horrible sentimiento por su cuenta.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 174 -

Sidney

El segundo caso que quiero discutir ilustra los problemas de proyectiva identificación de un paciente esquizofrénico y cómo pueden ser tratados con éxito. Sidney, que fue visto por mí desde el otoño de 1967, había sido diagnosticada varios años antes como esquizofrénico, cuando tuvo un psicótico agudo desglose que se caracterizó por abrumadora de pánico, confusión, y los temores de completa desintegración. No alucinar durante la aguda fase, ni tampoco los aspectos ilusorios

de la psicosis dominante al comienzo del análisis , pero era incapaz de trabajar o de mantener una estrecha relación con los hombres o las mujeres en el mundo exterior.

Sidney había sido tratado por otro analista durante varios años antes de comenzar el análisis conmigo. El informe del analista anterior me hizo hincapié en la tendencia de Sidney a caer en un estado de proyectiva identificación con el analista al comienzo de cada sesión, lo que lleva a su ser confundido e incapaz de hablar de una manera audible y comprensible. El analista interpreta a Sidney que le espera, el analista, para comprenderlo, aunque no podía hablar o pensar, ya que él creía ser el interior del analista, y como resultado de este tipo de interpretaciones que en general empezó a hablar con más claridad.

Durante el análisis conmigo Sidney siguió avanzando y, a veces sentía más independiente, por lo que las partes más sanas de su yo fueron capaces de formar, en cierta medida una relación de dependencia de mí. Sin embargo, de vez en cuando, sobre todo después de haber hecho algunos progresos, o cuando hubo largas separaciones, que cayó a una relación parasitaria de vida dentro de mí por proyectiva de identificación , lo que llevó a los estados de confusión, incapacidad para pensar y hablar, claustrofobia, y las ansiedades paranoides de sentirse atrapado por mí. Cuando la envidia se encendió a través de experiencias en el mundo real, por ejemplo, cuando se encontró con un hombre que tuvo éxito en su relación con las mujeres o en su trabajo, después de un corto conscientes experiencia de envidia Sidney que con frecuencia identificado con él. Esto fue seguido por la ansiedad severos de perder su identidad y sentimientos de ser atrapado, y no conduce a la ilusión de que él era el hombre más envidiado, o que él era capaz de funcionar en el mundo exterior al igual que el hombre con quien proyectiva identificación y la confusión había tenido lugar.

En el otoño de 1968 tuve que interrumpir de Sidney análisis durante dos semanas, lo que le molestaba mucho. Conscientemente, parecía despreocupado por mi partida, que yo había supuesto discutido con él varios meses antes. Sin embargo, dos semanas

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 175 -

antes de la interrupción se hizo sumamente ansiosa y confusa y por un día temía que iba a tener otra avería y tienen que ir al hospital. La perturbación se inició con la denuncia de Sidney que no podía arrastrarse fuera de la pantalla de televisión, donde estaba viendo los Juegos Olímpicos. Se sentía obligado, casi contra su voluntad, a buscar en él hasta altas horas de la noche. Se quejó de que se le introduce en el clima cálido de México , lo que le hizo sentir que estar allí lo haría así. También se vio obligado a mirar a los atletas, luchadores y levantadores de pesas y sintió que era, o debería ser, uno de ellos. Me pidió que me preguntas: "¿Por qué tengo que ser un atleta? ¿Por qué no puedo ser yo mismo? En su opinión, esta mirando la televisión fue como una adicción que no podía parar y que agotado y drenado él. A veces se sentía tan fuerte 'tirado dentro de la televisión "que se sentía claustrofóbico y tenía dificultad para respirar. Después, durante la noche se sintió obligado a levantarse y ver si los grifos del lavabo en su piso se apagaron y asegurarse de que los enchufes en el lavabo y la bañera no estaban bloqueando el drenaje. Estaba aterrorizada de que tanto el baño y el lavabo puede desbordar, y finalmente confesó que tenía miedo de ser ahogado y sofocado.

Le interpreté que después sintió que estaba haciendo progresos y el sentimiento separado de mí de repente fue vencido por la impaciencia y la envidia de mí y de otros hombres que eran capaces de moverse y se activa . Le sugerí que era la parte de envidia que le condujo a la identificación con otros hombres y yo con el fin de hacerse cargo de su fuerza y potencia, y de esta manera la parte omnipotente de sí mismo podía hacerle creer que él podría ser maduro y saludable al instante . Estuvo de acuerdo con la interpretación sin ninguna dificultad y comenzó a hablar muy rápido, él dijo que sabía todo esto y era consciente de ello, pero también sabía que esta creencia era falsa y que se trataba de un engaño , y se enojó por tener que escuchar una voz en lo que era muy persuasivo y estimuló a tomar sobre la mente y el cuerpo de otras personas. También Le interpreté que pensé que la amenaza de separación se estimula su deseo de ser repentinamente crecido e independiente con el fin de no tener que lidiar con las ansias de estar separado de mí.

Sidney me dijo entonces que estaba cayendo cada noche en un sueño muy profundo del que no podría fácilmente despierta por la mañana y por lo que había llegado tarde a su reunión. Él comparó la sensación de ser arrastrado a la pantalla de televisión, que parecía haberse convertido en el objeto delirante, que está tirado en el sueño profundo. Ahora hablaba con bastante fluidez y con más claridad y le transmitió que ahora se sentía más separado de mí. Dijo que se sentía disgustado con

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 176 -

a sí mismo por ser un parásito y también se quejó de que la experiencia de la televisión y la cama estaban agotando su vida fuera de él, por lo que tuvo un fuerte impulso para aplastar tanto, se alegraba de que él había sido capaz de controlar esto en la realidad .

Reconocí su propia observación de que su mirar televisión y se detuvo en un sueño profundo se experimentó por él

como experiencias parasitarias que él sentía que se estaba metiendo otros objetos. Señalé que se sentía enojado con esa parte de sí mismo que le estimuló para conseguir dentro de objetos externos, como los atletas, representando a mí como un hombre de éxito que viajaba al extranjero durante las vacaciones, y también en los objetos internos que fueron representados por su cama. Hice hincapié en que al principio sentía que probablemente podría controlar y poseer estos objetos por completo cuando llegó en su interior, pero muy pronto se sentía encerrado, atrapado, y perseguía, que despertado su deseo de destruir a la cama y la pantalla de la televisión que se había convertido en perseguir objetos. Pensé que este temor a ser atrapado y su ira relacionada también con el análisis y el analista. Obsesiones de Sidney sobre los tapones del lavabo y el baño también estaban relacionados con el miedo de ser atrapado y ahogado. Parecía que tenía constantemente para saber si después de su intromisión en los objetos que estaba atrapado y estaba en peligro de ahogarse y sofocante en el interior, o si había un agujero a través del cual podía escapar.

Simultáneamente a la proyectiva de identificación relacionados con la experiencia de la televisión delirante, Sidney fue detenido violentamente en relaciones con prostitutas. Me explicó que había una parte de él que le convenció cada vez que se sentía sola o ansiedad que tenía que tener una habitación grande prostituta para el alimento y esto le haría bien. Durante la sesión, me aseguró que él se dio cuenta de la falsedad de la voz, pero en realidad muy pocas veces pudo resistir. Sentía que quería entrar en las prostitutas de una manera emocionada, a fin de devorar a ellos, pero después de una relación se sintió enferma y asqueada y convencido de que ahora había adquirido la sífilis del estómago. Durante esta sesión de Sidney afirmó muchas veces que ahora sabía muy bien la diferencia entre la realidad y la persuasión delirante y también sabía lo que estaba mal. Pero era evidente para mí que, a pesar de este conocimiento fue de nuevo y de nuevo puso temporalmente en un estado engañada por un omnipotente, omnisciente psicótico y parte de lo que logró seducir y dominar la parte más sana de su personalidad y le obligó a hacer frente a todas sus dificultades y problemas, entre ellos la envidia, por proyectiva identificación. Durante la sesión de la parte más sana del paciente parecía recibir ayuda y apoyo de las interpretaciones del analista, pero se sentía humillado y enojado que no podía resistir la dominación y persuasión del

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 177 -

psicótico parte cuando se quedó solo. Al tratar de analizar la razón de escuchar tan fácilmente a lo interno de voz, me di cuenta de que le habían prometido cura y la libertad de la ansiedad y de la dependencia de mí. Yo era entonces capaz de interpretar que la separación le hizo más consciente de sentirse pequeño y dependiente de mí, que era humillante y dolorosa y aumentaba su envidia de mí. Por omnipotentemente entrometerse en mí, que podía engañarse a sí mismo que de un momento a otro se convirtió crecido y completamente bien y podría arreglárselas sin mí.

Ahora voy a describir brevemente la relación entre el ego división, proyectiva identificación y las ansiedades persecutorias relacionados con estos procesos en este paciente. En la siguiente sesión se informó que se sentía mucho mejor, pero en medio de la sesión se puso muy silencioso y luego admitió con vergüenza que había sido intensamente antisemita algún tiempo antes de un período de más de seis meses. Había considerado los Judios como los degradados que estaban sólo a explotar a los demás con el fin de obtener dinero de una manera despiadada. Odiaba a los explotadores y quería atacar y aplastar por ello. Interpreté que aunque era consciente de que esto ocurrió en el pasado, ahora se sentía muy mal a mí, porque después de la sesión del día anterior se había librado de la parte parasitaria explotación codiciosa de su auto, pero había empujado en mí. Sentía ahora que me había convertido en su propia explotación codiciosa y esto le hacía sentirse intensamente sospechoso de mí. Él respondió que temía que ahora debo odiar y lo desprecian, y que lo único que podía hacer era destruir a sí odiaba esta parte de sí mismo. Interpreté su temor de mi venganza porque cuando me vio como un avaro, explotando Judio atacó y me despreciaba y temía que iba a odiar a él, porque él creía que no podía soportar que él había empujado a su propio ser codicioso en mí, no sólo como un ataque, sino porque no podía soportar por sí mismo y quería deshacerse de él. Le sugerí que era cuando sintió que no podía aceptar su yo malo y odioso que atacó a sí mismo con tanta violencia. De hecho, la mayor ansiedad durante esta sesión se relacionó con los violentos ataques que se dirigen contra su mal auto que construyó hasta un crescendo, por lo que temía que iba a arrancarse pedazos. Se calmó considerablemente después de las interpretaciones.

La próxima sesión mostró progresos en la medida en que parecía que los de división procesos estaban disminuyendo, seguido en sesiones posteriores por alguna experiencia de la depresión. En el comienzo de la sesión, el paciente informó que tenía alguna dificultad para levantarse, pero se alegraba de que no recordaba un sueño. En este sueño que estaba observando un grupo de corredores olímpicos en una carrera en la pantalla de televisión. De repente vio a un número de gente que aprieta a la pista y

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 178 -

interferir con la carrera. Se levantó violentamente enojado con ellos y quería matarlos por interferir y hacer deliberadamente en el camino de los corredores. Se informó de que había estado mirando a la pantalla del televisor durante un corto tiempo la noche anterior y había estado pensando acerca de la última sesión en la que había tenido miedo de dañar a sí mismo cuando

trató de cortar y destruir las malas partes de sí mismo. Ahora estaba decidido a hacer frente a lo que ocurría en él. No tenía ninguna asociación con el sueño, aparte del hecho de que las personas que interfieren parecía bastante normal. Señalé que en este sueño mostró de una manera muy concreta lo que él sentía que estaba haciendo cuando estaba mirando la televisión. Los habitantes de interferencia parecen ser las partes de sí mismo que él experimentó como desparasitación su camino en la pista en México cuando tenía avidez y la envidia mirando televisión. En este sueño, estaba claro que las personas que lo representan no competían por correr, pero fue simplemente tratando de interferir con el progreso de la carrera.

Yo era entonces capaz de mostrarle otro aspecto de la forma muy concreta de la proyección que se refería no sólo a los corredores olímpicos, pero el analista. Le interpreté que se sintió cuando el análisis estaba haciendo un buen progreso que experimentó mis interpretaciones y pensamientos como algo que él observaba con admiración y envidia, al igual que los atletas en la televisión. Sentía que las partes envidiosas de él realmente podía gusano su manera en mi cerebro e interfiere con la rapidez de mi pensamiento. En el sueño él estaba tratando de hacer frente al reconocimiento de que estas partes de sí mismo existían y que querían controlar y detenerlos. También me relacioné este proceso para quejas de Sidney que sus propios pensamientos procesos a menudo interferían y relacionan esto a una identificación con la mente del analista que a menudo envidia atacado. Cooperación de Sidney durante la última semana, de hecho, había sido muy positiva, lo que ha dado lugar a un considerable desbloqueo de su mente, por lo que un gran número de sus identificaciones proyectivas y dividir los procesos había demostrado claramente en el análisis y podría estar relacionado con la transferencia de situación. En el sueño que había tenido éxito en lo que él anunció que él trató de hacer - es decir, para hacer frente a los procesos por su vinculación con la transferencia en lugar de tratar de destruir y deshacerse de ellos por la división y proyección. Esto también le permitió enfrentar a su agudo temor de dañar tanto sus objetos y su auto a través de sus identificaciones proyectivas.

Mis interpretaciones parecían disminuir su ansiedad por haber yo y mi cerebro destruido por completo para que yo pudiera ser experimentado como útil y en buen estado, y durante ciertos períodos que se introyectados tan bueno y en buen estado, un proceso que conduce gradualmente a un fortalecimiento

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 179 -

del ego. Una de las dificultades de trabajar a través de este tipo de situaciones en el análisis es la tendencia a interminables repeticiones, a pesar de la comprensión de Sidney que el trabajo analítico muy útil se está hecho. Es importante en el tratamiento de los pacientes y los procesos de este tipo que aceptar que gran parte de la repetición es inevitable. La aceptación por parte del analista de la paciente los procesos que se escenifica en la transferencia ayuda al paciente a sentir que el auto, que está en constante separó y se proyecta hacia el analista, es aceptable y no es tan perjudicial como se temía.

Ahora quiero describir brevemente un hechizo depresiva corta de Sidney enfermedad que arroja algo de luz sobre sus ansiedades internas relativas a los daños a objetos y su auto. Pocos días después de la sesión sólo informaron que estaba horrorizada por lo que estaba pasando dentro de sí mismo. Durante media hora, que experimentó una intensa ansiedad e informó de que estaba demasiado asustado para mirar dentro de sí mismo. De repente vio a su cerebro en un estado terrible, como si muchos gusanos habían comido su camino en ella. Temía que el daño era irreparable y su cerebro puede caer en pedazos. Desesperado dijo cómo podía permitir que su cerebro para entrar en un estado tan horrible! Después de una pausa, sugirió que sus constantes relaciones con prostitutas tenían algo que ver con el estado de cosas. Le interpreté que sentía que se había obligado en las últimas semanas en las personas, como las prostitutas y los atletas y que tenía miedo de ver que el daño fuera. El daño a su cerebro parecía idéntico al daño que temía que había hecho a los objetos externos, sobre todo para mí. A continuación, comenzó a hablar de su cerebro como una parte especialmente valiosa y delicada de su cuerpo que había abandonado y dejado sin protección. Su voz sonaba ahora mucho más cálido y más preocupado que nunca antes, por lo que consideró necesario interpretar que su cerebro también se identificó con una relación especialmente valioso importante objeto - es decir, el análisis y el analista, lo que representa la situación de la alimentación de él. Este se había desplazado por lo general a las prostitutas, a los que siempre iba para su nutrición. Le di las interpretaciones ya detalladas de la intensidad de su hambre de mí, su incapacidad para esperar, y describió sus impulsos y el yo que había experimentado tan aburrido mismo omnipotente en mi cerebro, que contenía para él todo el valioso conocimiento que anhelaba poseer. A lo largo de la hora Sidney sintió gran ansiedad y casi insoportable dolor porque temía que no podía reparar el daño. Sin embargo, fue claramente aliviado por las transferencia interpretaciones, que le ayudaron a diferenciar y desenredar la confusión entre el interior y el exterior, la fantasía y la realidad. Creo que fue sobre todo las interpretaciones acerca de mi cerebro - que le demostré que podía

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 180 -

todavía piensan y función - que tanto le ayudó a entender esto muy concreta fantasía en relación a sus propios

pensamientos procesos y ayudó a aliviar su ansiedad sobre el daño que temía que le había hecho a mí.

Notas

¹ Desde Melanie Klein introdujo el término 'proyectiva identificación' en su papel en los mecanismos esquizoides en 1946 que ha sido ampliamente utilizado por los analistas para describir los mecanismos y narcisistas primitivas relaciones de objetos que se han observado en los pacientes que sufren de trastornos neuróticos o psicóticos. Quiero aprovechar esta nota para comparar y contrastar algunas de las diferentes formas en que el concepto de proyectiva identificación se ha utilizado, a partir de algunos aspectos de la obra del Dr. Edith Jacobson, quien se describe identificaciones psicóticas en pacientes esquizofrénicos que me parecen idénticos a los que observan pero descritas como 'proyectiva identificación'. Jacobson se utiliza con frecuencia el término 'proyectiva identificación' en su libro *Conflicto psicótico y realidad* (**Jacobson 1967**).

En 1954 Edith Jacobson discutió las identificaciones del paciente esquizofrénico delirante que eventualmente conscientemente creen a sí mismo como otra persona. Ella relata que esto infantiles tempranas de identificación de mecanismos de carácter mágico que conduce a la "fusión parcial o total de la auto magia y imágenes de objetos, basada en fantasías o incluso la creencia temporal de ser uno con o de convertirse en el objeto, independientemente de la realidad" (1954a). En 1967 se describió estos procesos con mayor detalle, se discutió (p. 54):

"Del psicótico regresión a un nivel narcisista, donde la debilidad de las fronteras entre las imágenes de uno mismo y el objeto da lugar a fantasías o experiencias de fusión entre estas imágenes. Estas identificaciones introyectivos o proyectiva primitivos se basan en fantasías infantiles de incorporación, devorando, invadiendo (forzarse uno mismo a), o siendo devorado por el objeto. "

También dijo (1967: 84):

"Podemos suponer que este tipo de fantasías, que pre-suponen, al menos, la distinción entre el principio de auto y objeto, son características de las etapas tempranas narcisistas de desarrollo y que el niño 's respecto a la madre normalmente se inicia con la introyectivos y proyectiva procesos identificaciones [El] [introyectivos y proyectiva de la paciente adulto] dependen del paciente fijación para las etapas tempranas y narcisista de la profundidad de la narcisista regresión '.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 181 -

Al discutir clínica materiales del paciente A., Edith Jacobson describió su temor de que cualquier contacto físico cariñoso podría provocar experiencias de fusión, lo que a su vez podría conducir a un estado psicótico manifiesto. Sus puntos de vista que las identificaciones proyectivas introyectivos y observados en el paciente adulto dependen de la fijación de las fases tempranas narcisistas, que estas identificaciones se originan, parecen idénticos a mis propios puntos de vista, y no hay nada en sus observaciones clínicas y teóricas antes citado con la que lo haría desacuerdo. Ella insiste, sin embargo, que se diferencia de Melanie Klein y mi propia opinión en la medida en que no cree que las identificaciones proyectivas del paciente adulto, observables en la transferencia o actuadas por el paciente con los objetos de su entorno, se encuentran en hecho, una repetición de las proyectivas y introyectivo infantiles primeros procesos, sino que deben entenderse como un proceso posterior defensiva, como a su juicio infantiles primeros procesos no se puede observar en la transferencia. Ella también está en desacuerdo con mi técnica analítica de forma verbal la interpretación de los procesos de proyectiva identificación cuando aparezcan en la transferencia, que considero de vital importancia en trabajar a través de psicóticos procesos en la transferencia situación.

He encontrado que la verbal interpretación en pacientes psicóticos es peligroso sólo cuando las funciones del paciente en un nivel en el que expresa sus pensamientos y palabras como partes concretas del mismo, que se puede utilizar para inmiscuirse físicamente en el analista, un proceso que es probable que la causa la fragmentación de la propia y la confusión. Durante estos tiempos de experiencias concretas del paciente interpretaciones del analista también se experimentan como intrusos concretas que crean confusión confusión por parte del paciente de lo que el terapeuta dice y significa. En tales situaciones, el paciente tiene que tomar conciencia de que ha perdido su capacidad de abstracción normal de pensamiento, que devolverá cuando el proceso de proyectiva primitiva de identificación a efectos de la comunicación puede ser movilizado en la transferencia. Cuando este proceso comienza a funcionar de nuevo las palabras y pensamientos del analista comenzará a perder su concreción, y con ello el peligro de verbales interpretación disminuye. Edith Jacobson, aparentemente, no ha sido consciente de que la confusión es causada principalmente por la aparición de mentales concretas procesos en la transferencia situación. En la terapia de ella por lo tanto, evita el análisis proyectivo de identificación en la transferencia de la situación y se concentra en la naturaleza defensiva de la proyectiva identificación de sus pacientes adultos. Ella dice que ha observado en sus pacientes adultos que se proyectan las malas, parte inaceptable de sí mismos en objetos externos. Pero entonces evita cualquier intento del paciente para asimilar la mala auto a su ego estructura pero educa al paciente a buscar para un huésped adecuado para la mala auto en el verdadero objeto externo relación, de esta manera se intenta disminuir el peligro para la de paciente

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 182 -

su estar involucrado con las personas criminales o delincuentes en su entorno . He aquí la descripción que Edith Jacobson de su tratamiento de la paciente A. es relevante, se había proyectado su propio ser homosexual y delincuentes en un cliente moroso homosexual quien se hizo muy adjunta y cuidado como un querido amigo, casi como un hijo, tratando de le ayudan a detener su comportamiento homosexual y superar sus tendencias delictivas. Sin embargo, cuando los intentos del paciente para mejorar su amigo fracasaron porque otra vez se involucró en homosexuales y otros negocios dudosos, el paciente sufrió una severa paranoia y confuso. La paranoia fue, sin embargo, no se toma de nuevo a ser interpretada y entendida en la transferencia situación, ya que debe haber habido una evasión de los paranoicos transferencia al analista antes, pero Edith Jacobson intentó ayudar al paciente a encontrar una más adecuada y menos perturbado "amigo" para que actúe como contenedor o anfitrión mala self del paciente.

Margaret Mahler describió en 1952 las psicosis infantiles simbióticas y sugirió que los mecanismos empleados son los introyectivos y proyectivos y su elaboración psicótica. Sus ideas parecen estar estrechamente relacionadas con él, pero sin embargo, es distinta de lo que he descrito como proyectiva identificación . Ella describe la temprana madre -infante relación como una fase de la relación de objeto en el que el niño se comporta y funciona como si él y su madre eran un sistema omnipotente (una unidad dual con una frontera común, una membrana simbiótica por así decirlo). En 1969, escribió que "la característica esencial de la simbiosis es somatopsíquica, alucinaciones o delirios, omnipotente fusión con la representación de la madre y, en particular, la ilusión de la frontera común de las dos personas en realidad y físicamente separadas "(p. 9). Ella sugiere que "este es el mecanismo al que el ego desaparece en los casos de desorganización psicótica" (p. 9). En la descripción de la psicosis infantil simbiótica dice que la pronta madre relación simbiótica-infantil es intenso. Lo mental representación de la madre sigue siendo regresiva o se fusiona con la de uno mismo . Ella describe la angustia reacciones causadas por las separaciones que 'son seguidos por producciones restitutivas que sirven para mantener o restaurar la narcisista fusión , la ilusión de unidad con la madre o el padre "(1969: 73). Es evidente que Margaret Mahler tiene introyectivos o proyectiva procesos en mente como los mecanismos que producen la psicosis simbiótica. He, sin embargo, no encontró ninguna descripción clara de estos mecanismos en sus papeles. Ella parece ver la psicosis simbiótica como una defensa contra la ansiedad de separación, que enlaza estrechamente con mi descripción de la relación de objeto narcisista cumple una función defensiva. Los simbióticos procesos descritos por Mahler tienen cierto parecido con los parásitos relaciones de objeto que he descrito antes. Proyectiva de identificación que incluye ego división y la proyección de las piezas buenas y malas de uno mismo en objetos externos no es idéntica a la simbiosis .

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 183 -

Para proyectiva identificación que tenga lugar, cierta diferenciación temporal de "yo" y el "no yo" es esencial. Symbiosis , sin embargo, es utilizado por Mahler para describir un estado de indiferenciación, de fusión con la madre , en el que es el "yo" aún no diferenciada del 'No'.

² En su documento sobre mecanismos esquizoides **Melanie Klein (1946)** considera en primer lugar la importancia de los procesos de separación , la negación y omnipotencia , que durante la primera fase de desarrollo desempeñan un papel similar al de la represión en una fecha posterior etapa del ego desarrollo. A continuación, se analizan los primeros impulsos instintivos infantiles y sugiere que, si bien la "vía oral libido aún tiene la ventaja, los impulsos y fantasías libidinales y agresivos de otras fuentes salido a la luz y dar lugar a una confluencia de oral, uretral y anal deseos, tanto libidinal y agresiva »(1946: 300).

Después de discutir los impulsos libidinales y agresivos orales dirigidos contra el pecho y el cuerpo de la madre, ella sugiere (1946: 300), que

"La otra línea de ataque se deriva de los anales impulsos y uretrales e implica la expulsión de sustancias peligrosas (excrementos) de uno mismo y en la madre . Junto con estos excrementos dañinos, expulsados en el odio, las partes escindidas del yo también se proyectan en la madre . Estos excrementos y partes malas de uno mismo están destinados no sólo para herir, sino también para controlar y tomar posesión del objeto. En tanto que la madre trata de contener las partes malas de sí mismo , no se percibe como un individuo separado, pero se sentía como el mal mismo. Gran parte del odio contra partes de uno mismo se dirige ahora hacia la madre . Esto conduce a una forma particular de identificación que establece el prototipo de una relación de objeto agresiva. Sugiero para estos procesos el término descriptivo de identificación .

Más tarde, en el mismo periódico Melanie Klein describe que no sólo está mal, pero también buenas partes del ego se expulsan y proyectan en los objetos externos, que se identifican con las buenas partes que sobresalen de uno mismo . Se considera que esta identificación es esencial para la capacidad del niño para desarrollar buenas relaciones de objeto . Si este proceso es excesivo, sin embargo, las buenas partes de la personalidad se sienten a perderse a sí mismo , lo que resulta en el debilitamiento y empobrecimiento del yo. Melanie Klein también hace hincapié en el aspecto de las proyectivas procesos que se relaciona con la irrupción en el objeto y las ansiedades persecutorias relacionados con este proceso, que he mencionado antes. También se describe cómo las ansiedades paranoides relacionadas con la proyectiva identificación perturban introyectivos procesos . " introyección puede entonces sintió como una entrada contundente desde el exterior hacia el interior en la recompensa para violenta proyección '(1946: 304). Será evidente que Melanie Klein da el nombre 'proyectiva identificación 'tanto a los procesos de ego división y los "narcisistas" relaciones de objeto creado por la proyección de partes de sí mismo en objetos.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 184 -

³ **Felton (1985)**, trabajando por más de diez años intensamente con niños autistas y sus madres, que se encuentra que existe un proceso que se ha descrito como "desbordamiento osmótica" o "presión", en el que los sentimientos, experiencias y recuerdos que existen en el madre, pero insoportablemente molesto para ella y que ella quiere ocultar y no saber sobre se activan durante el embarazo por la presencia del feto y están bajo presión. Desconocido para la madre, estos factores perturbadores "filtran" para el feto. Ella describe este proceso como una antítesis de la comunicación y de proyección, ya que no hay presión para comunicarse, pero sólo un desbordamiento de algo que la madre se determina para ocultar para siempre. La inquietante realización para el observador es el hecho de que el niño ha visto profundamente afectada y abrumado por estos procesos. Es interesante observar que Bion inquietantes similares procesos, lo que a su juicio se mantuvo oculto e inaccesible en el feto, pero de repente abrumar el adolescente o adulto, en períodos de crisis emergente en la conciencia.

1. A medida que el feto, y más tarde el niño, es totalmente impotente hacia las "presiones" que desembocan en él, que lo llenan de perturbar impresiones contradictorias, los patrones de comportamiento autista se pueden notar. El niño siente un extraño para sí mismo y diferente de todos. Él siente que no se le permite saber o entender lo que está pasando debido a la fuerte presión de secreto que le abruma. Cuando su madre habla con el niño que no parece escuchar, como si fuera sordo, y él se aleja de ella o él se convierte en círculos o se mueve sin rumbo, no hay nada en su cuerpo proceso que demuestra que se refiere a su. En la postura de su cuerpo que a menudo muestra signos de estar oprimido, abrumado, como si él no puede sostener a sí mismo, como si no se le permite vivir. Se ve flácida y caída al suelo. El niño también muestra señales de que él no tiene espacio en su interior y trata de crear artefactos que le ayudan a que exista o se mueva. Por ejemplo, un niño recoge las cintas que había melodías que duran un cierto tiempo y cuando se mudó de una parte de la casa a otra tocaba la cinta que duró exactamente el tiempo que tomó a caminar de un lado para el otro. Luego, cuando se fue para distancias más largas del mismo proceso fue notable, y sin su grabadora y las cintas cuidadosamente seleccionados que no lo hizo, o no podría moverse. Para defenderse contra la "osmótica presión" esta autista niño utiliza mecanismos de bloqueo que impidieron la presión de entrar en él. Parece que el niño anticipa constantemente la madre reacciones perturbadoras 's y cerró a cabo porque reconoció que la madre era peligroso para él y tuvo que dejarla fuera. El bloqueo y el cierre de Salida proceso no implica, por supuesto, que sólo muy poco se puede permitir que entre en el niño, pero esto es evidentemente necesario que el niño con el fin de mantener vivo. Poco a poco el niño se volvió menos defendida. Algunos de esta interacción

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 185 -

entre la madre y el niño se puede observar con mayor facilidad. La madre tenía un profundo sentimiento de culpa y la responsabilidad hacia su propia madre, a quien ella sentía que había descuidado. Se sentía muy avergonzado y avergonzado por estos pensamientos que ella quería ocultar y que había llegado a ser muy avergonzado de que el bebé que ella había traído al mundo porque se sentía estos pensamientos ocultos ahora estaban conectados con el niño. En un momento dado este autista niño, cuando comenzó a hablar, expresó un profundo temor constante de ser decepcionante a su propia madre. Repitió una y otra vez: "Yo no soy una decepción para usted. No quiero decepcionarte. La madre no tardó mucho caso de él y no entendía por qué el niño siguió todo el tiempo para hablar con ella de esta manera, pero parecía ser mucho bajo la presión de la madre's culpa sentimientos que ella no hizo Reconozco que al parecer no podía hacer otra cosa que repetir sin cesar que él no quería decepcionarla. Puedo informar aquí sólo unos pocos puntos de la importante labor de la señora Felton que siento que nos podrían ayudar a entender mejor algunos pacientes psicóticos.

Steiner (1975) hace hincapié en su convicción de que hay diferentes tipos de proyectiva identificación que pertenecen a las diferentes etapas del desarrollo del niño como la del estado prenatal. En la misma obra (**Steiner 1975**) habla de ideas similares, haciendo hincapié en que él no cree que el bebé de pocos proyectos horas en la misma forma que un bebé de tres meses, de seis, etc Sostiene que uno debe tomar en cuenta los diversos sentidos a través de la cual la proyección se hace - el olor, los sonidos, el sabor - y también la velocidad con la que la proyección de obras. Hace hincapié en su convicción de que este patológica o incluso evacuativa proyección es una forma de comunicación de un tipo muy primitivo. En un artículo posterior publicado **Steiner (1982)** trata de mostrar que el proceso proyectivo primitiva puede funcionar utilizando la imagen de un "sistema osmótico" de la comunicación, donde se comunican sentimientos contradictorios, y se postula que este "sistema osmótico" debería ayudar a entender lo que que está pasando *en el útero*. Está convencido de que las formas más primitivas de proyectiva identificación son en realidad una reliquia del sistema osmótico de la comunicación *en el útero*. Es interesante que tanto Felton y Steiner utilizan el mismo

término descriptivo, 'osmótica presión "o" sistema ', para estos primeros procesos . Felton es muy enfática y convencida de que la osmótica presión es sólo un desbordamiento de los sentimientos y pensamientos del perturbado madre que están destinados a ser secretas, por lo que son particularmente anticommunicative en la naturaleza, mientras que Steiner subraya el valor comunicativo del proceso osmótico. Si Felton es correcto en sus observaciones, el niño enfermo o un adulto a través del "osmótica presión 'en el análisis se crean una gran confusión en el analista, que se sienten constantemente engañado y mal informado si trata de recibir lo que viene de la paciente, una forma de comunicación . Y el paciente, a su vez también se sentirá perturbado y

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 186 -

abrumado por la sensación de que algunos de secretos mentales del analista procesos entran en él, creando enormes estragos.

Tustin (1972 , 1981), utilizando (1929) de Hermann sugerencia que "fluye sobre 'es un precursor de la proyección , se ha sugerido que fluye sobre y la unidad son un proceso mediante el cual la ilusión de primaria se mantiene la unidad, sino que es insostenible que, a pesar de la cesura de nacimiento no es una transición absolutamente abrupta de las sensaciones asociadas con estar en el interior del útero para estar fuera de él. Sensaciones táctiles de estar en el "medio acuoso parecen persistir y ser transportado en el niño 'primeras experiencias del mundo exterior' s (1981: 80). En el trabajo con niños psicóticos, Tustin observa la importancia de la abundancia, el derrame sobre la tensión psicológica y fisiológica que el niño experimenta tan tangible cuerpo material desborda fuera de control.

Bion (1980: 104) escribe: "En la realización de una investigación analítica debemos ser conscientes del hecho de que lo que Melanie Klein describe como proyectiva identificación se lleva a cabo incluso antes de nacer - que está suponiendo que un embrión puede ser consciente de las sensaciones primordiales. Él describe su "conjetura imaginativa" que, incluso antes del nacimiento del feto se vuelve sensible a lo que él llama 'happenings': eventos como el sentido de la pulsación de su sangre, la física la presión de un tipo que se puede comunicar a través de un líquido acuoso, como el líquido amniótico o líquido extracelular. Él puede concebir una situación en la que la presión se transmite al líquido amniótico, por lo que posiblemente puede estimular los pozos óptica y auditiva Supongo que incluso un embrión de tres o cuatro "somitas" experimenta algo que va a convertirse algún día en lo que llamar "sensaciones" "(1980: 100). Y continúa más adelante (p. 100):

"Me imagino que incluso el embrión puede no gustar mucho la sensación de la sangre palpitando a través de su sistema. Del mismo modo, que podría no les gusta los efectos de las primeras etapas de la producción de adrenalina o de otra funciones en desarrollo. Cuanto más potencialmente sensible o inteligente, más que sería probable que sea lo que más tarde se podría llamar al tanto de estas sensaciones, no les gustan, por lo que deshacerse de ellos "

El feto puede tomar un camino equivocado en el desarrollo , a ser incapaz de tener "sentimientos" o "ideas", y así nacer carecen de elementos importantes de su equipo. Sin embargo, la criatura postnatal aún conserva su potencial de inteligencia actividad . Bion intenta un par de veces para expresar pensamientos de cómo esta primera situación prenatal podría influir más tarde el desarrollo . Al parecer, en esta situación, que se está discutiendo que la distinción entre consciente e inconsciente no es muy esclarecedor. Porque si el embrión se trata de deshacerse de las sensaciones primordiales desagradables o incómodos, podría tener "ideas" o "sentimientos" que nunca tuvieron en ningún momento fue consciente . El más cercano que se puede llegar a describir es

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 187 -

que estas ideas o sentimientos estaban disponibles o no disponibles, se han convertido fuera del alcance de su origen. Así que cuando usted está tratando con el adulto tendrá que distinguir entre lo que es consciente o inconsciente y algo que es inaccesible. A continuación se describen los pacientes que dicen que no tienen imaginación , sin sueños , y tenemos que considerar la posibilidad de que sus sueños y su imaginación no son accesibles. Bion cree que los gérmenes prenatales primordiales de pensamiento o sentimiento que son inaccesibles pueden, en períodos de agitación emocional, como en la adolescencia o la latencia de salir a la superficie, y el niño se convierte repentinamente incapaz de comprender y ha perdido todo su sentido común. En otras palabras, el comportamiento parece que generalmente se describe como psicóticos. Bion da una ilustración clínica de un paciente adulto que lucha con algo dentro de él que no sabía nada, un paciente asmática severa Bion quien vio en un hospital. Después de las primeras sesiones del asma empeoró, pero nadie parecía preocuparse por esto. Como procedió tratamiento que el paciente logró crear una actitud muy hostil en la sala contra el analista, mientras que él mismo mantuvo una fuerte admiración y la idealización . En realidad, el paciente, que nunca había experimentado la frustración , nunca había tenido miedo a la locura, y nunca había estado enfermo físicamente, ahora comenzó a tener miedo de volverse loco, resfriados desarrollados, y se convirtió en impopular. Incluso tuvo un impulso - a veces un muy fuerte impulso - para cometer

suicidio . Esta repentina aparición de las profundidades de estas ansiedades abrumadoras es muy alarmante para el terapeuta y el paciente. Bion considera que el Estado es notablemente recuerda que él describió en el que estas dolencias primordiales son inaccesibles porque se han deshecho de en la fuente. Ahora, de repente estos sentimientos inaccesibles, que nunca han estado inconsciente y que nunca han sido conscientes , se convierten ahora en los dos. Bion considera que estas experiencias que describe arrojan una nueva luz sobre la repentina aparición de psicosis enfermedad .

⁴ Creo que la diferenciación de uno mismo y el objeto representación es necesaria para mantener normal de formación de símbolos que se basa en la introyección de los objetos que experimentan como algo separado de sí mismo . Dr. **Segal (1957)** también hace hincapié en una mayor conciencia y diferenciación de la separación entre el yo y el objeto en condiciones normales de formación de símbolos . Ella piensa que la simbolización está estrechamente relacionado con el desarrollo del yo y los objetos que se producen en la posición depresiva (1957: 394):

'Símbolos son, además de otros factores creados en el mundo interno como un medio de restaurar, volver a crear, recuperar y ser dueño de nuevo el objeto original . Sin embargo, en consonancia con el aumento de la realidad sentido, ahora se sentía como creado por el ego y por lo tanto nunca completamente equiparada con el objeto original .

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 188 -

Siempre me ha parecido que la proyectiva excesiva identificación en el proceso psicótico - que hace desaparecer la diferenciación de uno mismo y de los objetos, y causa confusión entre la realidad y la fantasía y la regresión al hormigón pensamiento - produce la pérdida de la capacidad para la simbólica pensamiento .

La pérdida de la capacidad de abstracción y simbólico pensamiento por el paciente esquizofrénico, que conduce a modos muy concretos de pensamiento , ha sido descrito por muchos autores como Vigotsky (personal de comunicación) y **Goldstein (1985)** . **Harold Searles (1962)** en su artículo "La diferenciación entre el concreto y metafórico Pensando en el paciente esquizofrénico Recuperación 'sugiere que los trastornos mentales concretos dependen de la fluidez de los límites del yo al yo y el objeto no están claramente diferenciados.

En uno de los casos que él describe "abundante evidencia de gran proyección , no sólo a los seres humanos a su alrededor, sino también a los árboles, animales, edificios y todo tipo de objetos inanimados "(**Searles 1963: 25**). Sólo cuando los límites del ego gradualmente se establecieron firmemente a través del tratamiento puede figurativo o simbólico pensamiento desarrollarse. Observaciones de Searles tienen una estrecha relación con mi propia opinión de que proyectiva excesiva identificación , lo que lleva a la fusión entre el yo y el objeto, siempre causa la pérdida de la capacidad de simbólica y verbal pensamiento .

⁵ En mi artículo "**Sobre la psicopatología del narcisismo**" (1964b: 171) que hizo hincapié en que "proyectiva identificación fue parte de una relación narcisista precoz del bebé en omnipotentes narcisistas relaciones de objeto , proyectiva particular omnipotente identificación , evitan tanto los sentimientos agresivos causados por frustración y cualquier conocimiento de la envidia ". Creo que en el paciente psicótico proyectiva identificación es más a menudo una defensa contra el exceso de envidia , que está estrechamente ligada a la paciente el narcisismo , en lugar de una defensa contra la ansiedad de separación. En mi papel de "**Relaciones de objeto del paciente esquizofrénico agudo en la situación de transferencia**" (1964a) Traté de rastrear el origen de la proyectiva envidia de identificación en la esquizofrenia . La experiencia del niño de sentirse pequeño y necesitado de la mama puede suscitar fuertes omnipotente, *envidia*, sentimientos sádicos. Estos a menudo plomo en el esquizofrénico a un delirante *hacerse cargo de la mama / madre*, que en estas situaciones se experimenta como seductora, *tentadora*, y *frustrante*.

⁶ **Bion (1965)** describe una más activa caso de parasitismo. Hace hincapié en que estos pacientes son particularmente ingrato. La característica principal es la estimulación simultánea y la frustración de la esperanza, y el trabajo que es inútil excepto para el analista de descrédito y el paciente. La destructiva actividad se compensa con el éxito suficiente para negar el cumplimiento del paciente de su destructividad.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 189 -

"Un resumen útil de este caso es describir como un asesinato" crónica "de la paciente y analista, o un caso de parasitismo El paciente se basa en el amor, la benevolencia, la indulgencia de la máquina para extraer el conocimiento y el poder que le permite envenenar la asociación y destruir la indulgencia de la que dependa para su existencia ". (1965: 28)

Yo añadiría que es importante diferenciar las formas muy crónicas de parasitismo de la intrusión masiva y proyectiva de identificación en el analista que se asemejan a parasitismo, pero son de menor duración y responder más fácilmente a las interpretaciones. Esto ocurre en momentos en que la separación amenaza o cuando los celos o la envidia se estimula la violencia en la transferencia o en la vida exterior. **Meltzer (1967b)** describe una forma primitiva de posesivo celos que

desempeña un papel importante en la perpetuación masiva proyectiva identificación de un peculiar retirado, con sueño ordenar.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 190 -

9. La identificación proyectiva y el problema de contención en un paciente psicótico Borderline

Me llamó la atención en el capítulo 8 de mi punto de vista proyectivo de identificación, mientras que a veces toma la forma de una expulsión violenta y poderosa de insoportable materiales, también proporciona la oportunidad para que la comunicación entre paciente y analista. Si el analista funciona terapéuticamente, debe ser capaz de contener las comunicaciones del paciente (sobre todo en su contra-transferencia) y utilizarlos para aumentar la suya, y, posteriormente, de su paciente, la comprensión. Por otra parte, proyectiva identificación es a menudo confuso para el analista y puede impedirle pensar e interferir con su capacidad de juicio y valoración del paciente. Desde el inicio del tratamiento, especialmente en pacientes psicóticos, potente proyectiva identificación puede llevarse a cabo y crear una atmósfera casi hipnótica. En estas circunstancias, la capacidad del analista para funcionar terapéutica y para contener la situación depende de sus recursos emocionales y su comprensión teórica. Es importante darse cuenta de que los dos interactúan entre sí, por lo que las capacidades emocionales del analista pueden ayudarle a empatizar con lo que está sucediendo, y su capacidad conceptual teórico puede ayudarle a llevar las emociones. El caso que ahora voy a describir primero fue presentado a mí en un seminario prolongada que dure más de tres horas. El paciente, Clare, había sido tratado en ese momento por un psicoterapeuta, la señora L., durante cuatro años.¹ El caso ilustra cómo el delicado equilibrio puede ser en los casos de gran alcance proyectiva identificación y cómo se puede ir mal - lleva a un fracaso de contención y un impasse terapéutico de larga duración.² voy a interponer informe de la Sra. L.'s sobre el paciente (en letra cursiva) con mis propios comentarios en el tipo romano).

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 191 -

'Clare tenía treinta y cinco años de edad en nuestra primera reunión en 1975. Ella había dado a luz a un niño que era entonces poco más de tres meses de edad. Exponer una gran ansiedad, me dijo que las cosas habían sido fuera de lugar entre su marido y ella misma desde el nacimiento del bebé y que había perdido el apetito y la capacidad de dormir. Su marido llegaba a casa del trabajo en algún momento de la tarde, dile que se puso una minifalda para excitarlo, y solicite su hacer el amor inmediatamente. Hubo un fuerte tono persecutoria en su informe, y sus acusaciones contra el marido era muy violento. En contraste con esto era su descripción de las cosas que su marido había obtenido de ella. Ella había accedido a sus demandas, que parecían delatar su necesidad de compartir con él la ilusión de que podía hacerlo todo. Podría aprender a tocar el piano para él, para jugar al ajedrez, estudiar matemáticas, y sobre todo poner en el peso. Su marido traería pasteles y demanda que comen en casa, ella había podido así engordar 10 kilos.

Había algo muy llamativo y potente en su forma de pedir ayuda. Ella tenía dos peticiones:

- (1) *" No puede seguir así. La situación entre mi marido y yo, es intolerable. " Esta petición se formuló en el registro de «hacer»: «¿Qué debo hacer? Por otra parte, se transmitió una intolerancia absoluta de la situación y una incapacidad para esperar y para reflexionar. La situación planteada era que parecía a punto de explotar en cualquier momento.*
- (2) *" El psiquiatra que trata a mi marido se pregunta por qué me casé tan tarde y piensa que yo debería tratar de entender por qué he elegido mi marido. " Me pareció que ella quería una respuesta inmediata. No fue posible aplazamiento, la solicitud de ayuda estaba presionando. Sentí que podía bien decir 'Sí' y quedar atrapados en la trampa de una situación de persecución, o decir 'No'.*

-Debería tal vez explique por qué no me decidí en contra de intentar tratar Clare. Creo que he respondido a una parte sana de su personalidad, que está lleno de vitalidad. Esta vitalidad probablemente había sido estimulado de nuevo por el reciente nacimiento del bebé, de los cuales, sin embargo, Clare no habló. Sospecho que la parte no verbalizada de la solicitud se transmitió a mí por su expresión facial. Esta cara tiene una capacidad para cambiar de forma extremadamente rápida. A veces, la cara ligeramente evitado cierra, tomando una expresión dramática como un intento desesperado por escapar de una situación intolerable. He pensado posteriormente que este puede ser el caso, cuando ella entra en mi casa, y cuando ella se va. A veces también ocurre cuando se elude un comentario mío. Su rostro tiene un fuerte impacto en mí. Cuando ella llega con esta expresión me digo a mí mismo: "¿Qué catástrofe se le va a informar hoy? Por otro lado, a veces el rostro se abre, y ella es encantadora y alegre. Al asumir el paciente, me sentí preocupado de que yo no podía hacer nada por su marido, evidentemente, muy enfermo.

"Tan pronto como me había comprometido a llevarla a un paciente, y en cuanto ella había salido de la primera

entrevista, que me enfrentaba a una sensación de miedo y terror.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 192 -

El predominio de impresión contra-transferencial era la siguiente: había llegado en un tren a toda velocidad con ella, y ni ella ni me permitió pensar en esta situación.

"Dos meses después, ella me informó que había salvado la vida de su marido. Ella lo había dejado por un tiempo, pero cuando llegó a casa se encontró con lo inanimado en su cama. Él sólo había absorbido una dosis masiva de fármacos antidepresivos. Dejó al bebé y llamó a la ambulancia para él, y fue traído de vuelta a la vida en el momento de la muerte. Finalmente, fue hospitalizado en una clínica psiquiátrica y luego enviado a una clínica de reposo. Al mismo tiempo, sus amigos intervinieron en su favor. Pidieron a Clare dejar el apartamento, y su marido encontró a otra mujer de unos meses más tarde. Clare se mudó a una nueva casa.

• Este informe muy animado da una clara imagen de las dificultades que se produjeron durante la entrevista preliminar con este paciente. Lo que llama una primera es que la Sra. L. cayó en una trampa con su paciente en la primera entrevista, pero se dio cuenta de esto sólo en el momento cuando Clare se fue. Sólo entonces se dio cuenta de que Clare no le había permitido cualquier momento para reflejar si quería intentar tratarla como si no. También reconoció que Clara le había impedido totalmente de pensamiento. En ese momento ya era demasiado tarde para hacer nada al respecto. Lo importante, sin embargo, siempre que la presión se siente en la situación terapéutica es que uno permite un tiempo que debe transcurrir para que se pueda recuperar el poder del pensamiento y tratar de entender lo que está pasando. El mismo hecho de que Clare no pensaba y no quería la señora L. pensar bien exige que el terapeuta debe tener algo de tiempo para recuperarse de la más poderosa embestida en su capacidad de pensar. De lo contrario la Sra. L. está en peligro de ser tomado por una poderosa influencia y de no saber lo que está sucediendo. Sra. L. era consciente de que Clare quería una respuesta inmediata, pero se olvidó, bajo esta presión, que ella también necesitaba un poco de tiempo y distancia para pensar las cosas. Era necesario encontrar un compromiso. En tal situación, ni siquiera la mitad de un minuto a pensar puede recordar que se trata de un terapeuta. Entonces es posible decirle al paciente que entiende que ella está en un apuro y no puede esperar, pero también que es necesario reflexionar sobre la cuestión del tratamiento de un solo día. Un paciente no le va a gustar esta respuesta pero sin duda entender, y luego uno puede discutir con ella lo que está sucediendo de una manera unpersecuting. Se puede decir que uno entiende la ansiedad y la presión sobre ella, pero que ni ella ni a uno mismo puede pensar o tomar decisiones importantes bajo tal presión. En ese momento, es especialmente importante que el terapeuta dejar muy claro

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 193 -

qué tipo de ayuda está disponible. En primera sesiones tales como Clare del mensaje urgente de que entender es que hay una enorme cantidad de presión para ser contenida. El analista debe comprender esto claramente a sí misma y así contenerlo. Pero, ¿cómo Clare puso su terapeuta en una situación así? La comprensión de cómo puede ocurrir esto es de importancia crucial en que contiene ella.

Al escuchar con mucha atención a la descripción de esta primera entrevista que creo que está claro que el poder de de Clare proyección se transmite a través de lo que dijo de su marido. Se las arregló para estimular la Sra. L. 's la ansiedad acerca de su marido con tanta fuerza que después de la primera entrevista la Sra. L. estaba muy preocupada por él. Sra. L. reconoció que estaba en peligro, pero no pudo hacer nada al respecto. Resultó después que ella estaba en lo cierto acerca de esto. Esto pone de relieve la sensibilidad perceptiva y la Sra. L. es en la recepción y proyectiva de Clare percibir identificación, un aspecto importante de la capacidad de cualquier terapeuta. Su dificultad era que no podía utilizar la información obtenida de su contra- transferencia. No podía ver la forma de llevar lo que se decía y sentía por obvia del marido enfermedad en el tratamiento. No sabía cómo hacer frente a esta situación, y por lo tanto, como Clare, quedó muy afligida. Esto es lo que Clare proyecta a través de una identificación con su marido. Como la Sra. L. no tenía conocimiento de Clare de proyección en su marido se sentía impotente y pensó que no podía hablar con el paciente acerca de él. Sin embargo, si hubiera tenido algo de tiempo para pensar en el problema, podría haber sido capaz de identificar a los pacientes de proyección a su marido y luego podría haber sido capaz de hablar sobre el problema de su marido con el paciente sin la sensación de que estaba interfiriendo. Proyectiva identificación se convierte en un problema menor si se puede traducir de un no-verbal de comunicación en el pensamiento verbal. Sólo entonces se puede hablar sobre lo que el muy poderoso actuar del paciente y su marido puede llegar a ser accesible para el análisis.

De hecho, Clare describe vívidamente cómo su marido sádica domina ella y cómo ella se convierte en la víctima pasiva, que no sólo odia pero disfruta. Por otra parte, se ha descrito también cómo proyectiva se identifica con su marido y así se convierte en el poderoso dominador ella - algo que se ve claramente en la actitud del paciente hacia la Sra. L. durante la

sesión de entrevista. Clare podría conscientemente tratar de negar tales vínculos. Se podría decir que todo es un problema de su marido. En ese caso, un análisis de la situación se vuelve imposible. ¿Quién puede controlar la situación a menos que el analista puede llevar el problema rápidamente en

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 194 -

centrarse? Por lo tanto, el diagnóstico de la proyección en el marido es esencial para que la Sra. L. es ser terapéutico. Ella tiene que convertirse en el recipiente de estos problemas. Clare no se sienta inmediatamente capaz de hacer frente a la situación, pero si la señora L. puede contener los problemas, entonces su marido no sería excluido de la terapia y poco a poco se puede distinguir de la parte del paciente proyecta en él. Una vez que la proyección hacia el marido se ha entendido, él aparecería como una persona separada, y los problemas se podrían discutir entre ellos y considerado - algo que es imposible, mientras que tan poderosa proyectiva identificación está dominando la foto. ¿Cuál es la consecuencia de la Sra. L. no haber reconocido la proyección hacia el marido? Sra. L. siente que no tiene el control de lo que va a suceder y que se ve fuertemente afectado por el temor de Clare. Clare está aterrorizada de que el esposo, o los aspectos de la misma proyectan hacia el marido, morirá. Esto es lo que hace que todo el problema para terribly urgente.

La forma Clare transmitió la urgencia de la situación vale la pena mirar en detalle. En primer lugar, hizo su petición: "No puede seguir así. La situación es intolerable", y así transmite la intolerancia absoluta a la situación que existía en ese tiempo y una incapacidad para esperar y para reflexionar. Ella parecía muy insistente, pero no es realmente Clare que está hablando de eso. La persona que está siendo utilizado por Clare para hacer esta petición contundente es su marido. Esto le da a uno la sensación de que el marido es en realidad en la habitación. Ella se identificó tan completamente con su marido que se siente que es el marido y uno debe estar bien con sus demandas y de su esposo y someterse a ella como ella por lo general siente que tiene que someterse a él. Así que, de hecho, Clare, el marido, y la Sra. L. están todos juntos en la sala. Si se da cuenta de esto, entonces se puede sugerir a Clare muy claramente que están los tres está incluido, y el marido no está excluido. Es esencial para ver esto con el fin de controlar la situación. Si uno es demasiado bajo presión para observar lo que está sucediendo y pensar en ello, hay que decirle a un paciente que uno va a tener que verla de nuevo, tal vez al día siguiente. De esta manera se podría impedirse a formar parte del trío de colusión.

Segunda solicitud de Clare es también significativo: "El psiquiatra que trata a mi marido se pregunta por qué me casé tan tarde y piensa que debería tratar de entender por qué he elegido mi marido." Esto proporciona la idea de que ella elige a su marido por una razón muy importante. En la actualidad, parece como si ella lo elige para la proyección y la identificación con el fin de librarse de todos aquellos

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 195 -

aspectos de sí misma con la que ella no quiere hacer frente, y al mismo tiempo se puede sentir justificado de ser tan dominante. ¿Por qué esto es necesario es algo que uno tiene que tener en cuenta al examinar de Clare historia.

Clare es el segundo de cinco hijos. Ella tiene un hermano un año mayor y tres hermanos menores. Ella fue separada de su madre al nacer hasta que tenía cuatro meses de edad. Madre e hija se encontraban en la misma clínica, pero la hija fue atendido por enfermeras. Su madre dijo que tenía una hemorragia. Cuando Clare fue uno años de edad, su familia se fue al extranjero. Su padre fue a la guerra. Noticias sobre el padre era alarmante, y su madre temía que estaba muerto. Cuando tenía dos años, su madre estaba embarazada y de luto por su padre. Cuando tenía tres años, su hermano Fabián, nació. La niñera que había cuidado de ella durante dos años dejó también en ese momento. Así que Clare se quedó solo con una madre muy molesto y un bebé recién nacido, que probablemente tiene toda la atención de la madre. Su padre había desaparecido, como tuvo a su amada niñera. Hubo otros desastres. Único hermano de su padre, veinte años de edad, murió de tuberculosis, y la abuela paterna tenía una avería. Cuando tenía cinco años, su padre regresó, y su madre volvió a quedar embarazada, dando a luz a otro hermano, Guy.

La madre estaba muy deprimida, pero negó enérgicamente. Se las arregló para proporcionar a la familia con la comida (en la difícil situación de la guerra). Sin embargo, aparentemente no creo que nada de enviar a los niños (de cuatro y cinco años) acompañados de distancias muy largas a la escuela o para visitar los conocidos.

Clare tenía dermatitis ampollosa infancia muy dolorosa y recurrente. Fabian, el hermano pequeño, tenía abscesos graves de la pierna y estaba en peligro. Cuando Clara tenía seis años, la familia se trasladó a Europa. Su padre estaba presente, pero su persecución. Era grave, se burló de sus dificultades de aprendizaje, y la golpeó con frecuencia y violentamente. La familia cambió de residencia a menudo (veintidós veces en total). Su madre tenía dos enfermedades: una infección primaria (tuberculosis) cuando Clare tenía doce años y problemas de vesícula biliar cuando Clare tenía dieciocho años. Su padre regresó en el extranjero.

Clare se había casado tres años antes del inicio del tratamiento. Ella había perdido a su primer bebé. Hubo un error en la fecha de nacimiento. Ella dio a luz a un niño muerto, un niño. Su marido no podía entender por qué ella

estaba desesperada ", porque él [el esposo] estaba allí y viva». No permitió que su "a llorar a un niño muerto. Quería imperativamente tener otro bebé y ella quedó embarazada cuatro meses después. Cuando tenía seis meses de embarazo, su marido quería suicidarse y la obligó a aceptar esto. Pensó que estaría enloquecido.

• *de Clare historia pone de relieve lo importante que es en el tratamiento de cualquier paciente de contar con información histórica detallada. Escuchar lo que*

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 196 -

ha pasado a ella, uno es inmediatamente orientado hacia su comunicación de una manera específica.

Clare perdió por completo su madre durante cuatro meses a partir del nacimiento. A medida que la madre estaba tan enfermo, es muy probable que ella no vio la madre a todos. Ella, por supuesto, sobrevivir a estos cuatro meses, de lo contrario no estaría en terapia. Pero uno tiene una sensación muy clara de que hay una parte de ella que no ha sobrevivido, y que murió en el hospital, pero no se conoce a nadie, ni siquiera a su madre. ¿Dónde está la parte muerta de ella? Se debe estar en algún lugar. Pero, ¿dónde? En la entrevista que ella describe un marido que se está muriendo o, a veces siente que se está muriendo o que él quiere morir. Las cosas se aclaran. Ella ha puesto la parte muerta de sí misma a su marido, y esta parte de su bebé muerto se oculta allí. Esta interpretación se confirma la comprensión intuitiva de la psiquiatra que le dijo que tenía que averiguar por qué había elegido a su marido. La división entre la parte de Clare, que sobrevive y estaba vivo y que parte de ella, que está muerto debe siempre han sido muy importantes. Ella siempre tiene que haber estado preocupado de que si estas dos partes se acercan entre sí, se convertiría muy ansioso o suicida. El conflicto se actuó con su marido. De alguna manera ella quería ayudarlo a sobrevivir y en otras formas desea su muerte como la única manera de salir de sus problemas. Tan pronto como esto queda claro que podría ser mucho más fácil tratar con el paciente y el marido, porque ahora se les puede mostrar hasta qué punto ella usa su marido para deshacerse de la parte de niño muerto de sí misma que ella no quiere. Ya estaba claro que había una parte de ella que se había proyectado en el marido, pero con la ventaja de la historia, ¿qué tipo de auto que había proyectado en él se podía ver. El paciente y su marido no se puede ayudar a sobrevivir a menos que comprendamos este problema y por agruparlos en nuestras mentes gradualmente ayudar al paciente a entender también. La violencia y la explosividad pueden ser sacados de la situación y los problemas del marido pueden entenderse también.

Las notas biográficas también nos dicen algo de gran importancia. El paciente perdió a su bebé, su primer hijo. Dado que nos damos cuenta de lo mal que el paciente estaba por esta muerte, podemos entender por qué ella inmediatamente quiso tener otro bebé. Quería sentir que tenía un bebé vivo porque un bebé muerto era demasiado aterrador para ella. Pero ¿qué pasa con el marido? No podía soportar que hablara sobre el bebé muerto. Ni siquiera le permitía llorar. Obviamente él quería que ella pensara en él como su único hijo. Luego, en la parte superior de la misma, cuando se quedó embarazada de nuevo y ella estaba en el sexto mes de embarazo, su marido quería

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 197 -

cometer suicidio, incluso quería obligarla a aceptar y ayudar a que lo hiciera. ¿Por qué no fue él el placer de tener un concierto infantil? Si se piensa en esta situación se hace evidente que su marido fue identificado con la muerte infantil, el primer bebé que no podría sobrevivir. Cuando su esposa insistía en tener otro bebé que debe haber sentido que lo que quería que se muriera y no importaba si estaba vivo o muerto. Ella sólo quería tener un bebé vivo y eso era todo. Así que no era sólo Clare sintió que ella era un bebé muerto. Era su marido también, que sentía que era la muerte infantil. No se puede tratar a los pacientes psicóticos sin conocer su historia y sin una investigación imaginativa empática de la misma. Con esto en mente, no sería demasiado difícil de interpretar a un paciente como Clare lo que quería deshacerse de que no podía soportar. Lo que estaba tratando de expulsar era ella misma como su madre bebé muerto's. Siempre había querido hacer esto porque se sentía tan insoportable en su interior.

Al poner su parte bebé muerto en su marido que era imposible que Clare para ayudar ya sea su esposo o ella. En esta situación que es totalmente dependiente de la comprensión de su terapeuta. Es por esta razón que es tan importante para un analista a entender lo que significa para el tratamiento de un paciente psicótico, es el terapeuta que tiene que aspirar a entrar en contacto con todas las partes escindidas de su paciente, y mantenerlos en su mente. Uno no controla la situación por ninguna fuerza externa, uno se limita a seguir todos los detalles de esta situación, que se producen en la mente de uno para que uno empieza a entender lo que significa. Uno tiene que darse cuenta de que el paciente no tiene la mente con la que pensar en los problemas, y esto hace que sea necesario que el terapeuta se reúnen todos los aspectos de los problemas del paciente en su mente y pensar en ellos. Si el terapeuta se da cuenta de que el paciente no quiere tomar ninguna de sus problemas de nuevo en sí misma no debe conspirar con esto y hacer lo mismo. El analista tiene que mirar para las conexiones y enlaces que ayudan a entender por qué está tan asustada de tomar los problemas de nuevo en su mente. Luego, poco a poco, debería ser capaz de hacer consciente al paciente de lo que ha estado sucediendo. Uno nunca debe

abrumar al paciente con pequeños trozos de información y forzar esto a él o ella. Siempre hay que relacionar lo que se interpreta en detalle de manera que debe ser totalmente comprensible. A continuación, el terapeuta se encontrará con que a veces es sorprendente lo que el paciente va a ser capaz de tomar de él y lo agradecido que es que él está dispuesto a asumir el papel de pensar por él, hasta que el paciente pueda asimilar algunos de los problemas que molestarlo y lo que encuentra tan insoportable .

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 198 -

Con la información que tenemos hasta ahora sobre Clare es mucho más fácil de entender su dilema. En su opinión, la única manera de salir de sus problemas es la de deshacerse de su propio bebé muerto, que en esta situación se confunde con su marido. Su otro dilema es su dificultad para hacer frente a la separación de su marido, que se ha visto obligado a ella. Ella sufrió a través de él, pero también se sintió aliviado. Por otra parte, se sintió acusado y responsable de su marido suicidio tentativa, lo que implica que la responsabilidad de cuidar de este bebé muerto fue empujado de nuevo en su totalidad. La separación de su marido que se fuerza sobre ella crea un aumento de la división de sí misma, ahora acentuado por la externa medio ambiente .

Los dos primeros años

Ahora voy a presentar algunos nuevos informes sobre el progreso de la terapia de Clare, teniendo en cuenta que el paciente se produjo sólo una vez a la semana, un problema creado por la enorme proyección y la manipulación que tuvo lugar en la primera entrevista e incapacitados Sra. L.

"En las primeras sesiones me llamó la atención el estado psicológico de Clare. Cuando llegó a las sesiones mientras se alojaba en casa de sus padres, ella estaba inmóvil y fuera de foco. Ella no mostró su exaltación habitual. Parecía que ella estaba usando a sus padres para proyectar su exaltación en ellos, que la dejó inmóvil y fuera de foco.

"El segundo año de tratamiento se satura con los desastres. A pesar del hecho de que su marido la había elegido a otra mujer, una situación triangular pronto se estableció entre su marido, la otra mujer, y Clare. Clare se quedó embarazada. Un aborto involuntario espontáneo ayudó a hacer precisamente lo que quería hacer: no pensar en ello. Entonces, se produjo un evento más traumático. Hermano menor de la paciente murió en un accidente de montaña (este era el hermano que nació cuando ella tenía seis años de edad). Clare era un gran dolor por la muerte de su hermano, pero como de costumbre, no fue posible para ella para llorar por él ".

- *Una vez más nos damos cuenta de que Clare no puede mantener cualquier situación bebé muerto en su mente, un problema que podemos ahora, a través del conocimiento se reunieron en nuestra discusión, enlace con todas las otras situaciones bebé muerto, su propio bebé auto muerto, su esposo está muerto auto, y así sucesivamente.*

"Después de un año y medio de tratamiento sentí que había un más tranquilo, ya menudo incluso sereno, período de unos seis meses. Material de Clare era más

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 199 -

organizado, y me di cuenta de que estaba empezando a ser más capaz de pensar en ella. Después de un año y tres cuartas partes, como la Navidad se acerca, Clare era capaz de llorar porque se sentía solo y abandonado por todos, incluyéndome a mí. Yo había estado viendo a dos veces por semana desde hace varios meses. A principios de año le sugerí que aumentemos el número de sesiones a tres, y en septiembre de ese año también empecé a tumbarse en el sofá. Mi sugerencia de que se aumente el número de sesiones que parecía ser una respuesta a una parte muy viva y dinámica de la personalidad del paciente.

- *Sra. L. es aquí muy perceptivo. Pero quiero hacer hincapié en otro aspecto de la respuesta a una parte viva de un paciente. Este es el peligro de olvidar la parte más muertos de los que es esencial que el terapeuta responde y con el que tiene que estar en contacto. Sólo siendo conscientes de esta parte del paciente puede cobrar vida y se siente abandonada.*

El período de silencio se ha descrito anteriormente, que se caracterizó por una cierta cantidad de elaboración por parte de Clare, se terminó abruptamente por una especie de tornado que se desató a finales del segundo año. Antes de entrar en una descripción del período de la crisis, me gustaría presentar el material de una sesión especial en la que la dinámica entre las diferentes partes de los pacientes parecen ser claras.

'Clare acababa de conocer una maestra de kindergarten, con quien había simpatizado de inmediato. Este profesor está a punto de aceptar una posición subordinada con el director de un centro de día, a pesar de que ella misma es un director y tiene la misma edad. El maestro está entrando en un período de dependencia que durará dos años. Clare conoce al director de ese centro también. Ella sólo ha servido como un sustituto de ella y ha encontrado allí el profesor,

quien inmediatamente le gustó. Se pregunta cómo las cosas saldrán bien entre ellos. Me parece que hay una parte maestra de kindergarten en sí misma que se detendrá la experiencia con el director de la guardería después de dos años y que no acepta, en la transferencia, la diferencia generacional entre madre e hija. Otra parte de ella sólo se pregunta cómo la experiencia se desarrollará, lo que es la parte sana de su personalidad. Por último, explicó que hay una buena cantidad de afinidad entre la maestra de kindergarten y de sí misma, sino que se ve poco el uno del otro, sino que simplemente va a decir "hola" a la otra en el patio. No tendrán sus interminables discusiones más ya que parece que los otros colegas habían sentido excluidos. Me pregunté: fue ella me decía que tenía que separar ahora de esa parte de sí misma que había proyectado en mí hasta que la última vez, y que ella me va a ver sólo una vez en un tiempo en el patio porque el

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 200 -

sentimiento de exclusión durante las vacaciones, que se había proyectado en los colegas, ha sido demasiado fuerte?

• *Esta es la primera vez que la Sra. L. informa que ella es consciente de una división en la Clare personalidad que se revela en la materia. Me parece que Clara deja claro que ella está dispuesta a aceptar el papel de dependencia con la Sra. L. (el maestro) durante dos años. No parece haber ninguna hostilidad, y de hecho hay un admitido abiertamente el afecto, entre la parte dependiente y las otras partes del self del paciente. Pero indica que no va a haber ninguna comunicación entre ella y esta parte dependiente. Esto está en línea con nuestra comprensión de Clare hasta ahora. Pero en esta descripción hay una disminución clara de la división entre un yo infantil y la parte más adulta de ella. Sin embargo, ella insiste en que ella no se comunica con la parte infantil de sí misma (el profesor) en la situación terapéutica e informa a la Sra. L. respecto. Este es el aspecto del material de que yo hubiera elegido para interpretar la medida de lo posible. De esa manera uno debe hacer Clare consciente de lo que está haciendo con ella y el peligroso juego que está jugando. Ella viene tan cerca de ella y aún así permanecer tan distante, que podría fácilmente conducir a un desastre.*

"Cuando llegó el fatídico límite de dos años, las lágrimas, confusión, y una atmósfera paranoide prevalecieron, como al principio de la terapia. Me pregunté si el paciente estaba a punto de volver a experimentar:

- (1) todos los acontecimientos de su segundo o tercer año de vida;*
- (2) en la transferencia, el fracaso de su omnipotencia: no es ni la madre, ni la directora de la guardería, y ha actuado sólo como el sustituto de ella;*
- (3) su fallido intento de reparar su madre deprimida.*

"Tratar de tener una cierta perspectiva de este período de confusión, al final de los cuales parecía que podría haber una ruptura. Me gustaría describir algunos movimientos que pensé que me podía identificar. Había dos conflictos en confianza. En primer lugar, con respecto a la dañada madre embarazada: Clare recuerdos recuperados de su madre cuando ésta estaba embarazada de su hermana pequeña y cuando ella tenía diez años. Se asocia este período con la madre. En segundo lugar, con respecto a su padre, cuando tenía dieciocho años su padre se fue para el extranjero. Su madre era entonces muy enfermo con una enfermedad de vesícula biliar, toda la familia tuvo que ayudar a cuidar de ella, y se acercó a la cirugía que necesitan. El padre la llamó por teléfono todos los días desde el extranjero y tuvo que ser llamado de nuevo en algún momento. Ella describe este período como una pesadilla. Al hablar de estas dos memorias que el paciente refiere sin duda a su madre

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 201 -

embarazo cuando ella era muy pequeña, y en particular a la luz de Fabian. También Ella se refería a la forma en que la madre se deterioró psicológicamente durante ese embarazo y después del nacimiento de Fabian, y la posterior ausencia del padre.

• *Creo que este último punto de su experiencia en el nacimiento de Fabian es crucial. Este es el escenario que yo les diagnosticar a partir de Clare historia como el más traumático.*

"Había también algunos por la actuación. Ella trató de hacer que su marido está de acuerdo para compartir su tiempo por igual entre Violet (la otra mujer) y ella misma. En ese momento esto parecía una locura para mí, y yo no sabía.

"La demanda que mi paciente hizo hacia su marido provocó Violeta para 'superar la oferta de ella', dejó a sus viviendas, antes separados, y se fue a vivir con el marido. El siguiente sueño muestra el triunfo de mi paciente sobre Violet, quien representa a la madre. Mi paciente soñó que veía "esa mujer, Violet" y le dijo: "Usted es gordo, que son horribles", Violet puso en el suelo - que tuvo un efecto sobre mi paciente. Luego se fue con tres hijos - su hijo, su hermano Fabian (este último era de cuatro o cinco años, cuando todavía estaban en el extranjero), y un tercero, niño no

identificado. Ella les dijo: "Vamos, tenemos que irnos." '

- El sueño significa que a pesar de triunfar sobre Violet tiene planes de dejar a su marido o el terapeuta. La importancia de Fabian en relación a la crisis que se avecina se destaca por su presencia en el sueño .

"Ahora voy a describir la ruptura que se produjo mientras Clara y Violeta estaban compitiendo por el marido. Clare se hizo más y más consciente del dolor infligido a su marido en su con Violet como el arma.

"Un día de marzo, cerca de la fecha del nacimiento de su hermanito, Fabian, y para el tercer aniversario del inicio de su análisis, Clare mí al llegar a mi oficina dijo: "He tenido un sueño, he entendido que Violeta vino a quitar Mi marido y mi apartamento de mí. Durante dos días he estado sufriendo terriblemente, un tipo de dolor que he temido toda mi vida. Pero lo sentí, y eso fue un alivio. Quería matar a Violet casi de verdad. Entiendo crímenes debido a los celos. "El paciente continuó:" Tengo la impresión de que la terapia ha terminado. He llegado a un cierto nivel. Yo no me veo continuando la terapia indefinidamente. Me han dicho que hay gente que a su vez han analizado durante siete años. "Se despidió diciéndome al mismo tiempo que ella me llamaría al día siguiente. Decidí durante la sesión para que la dejara, porque era incapaz de oír

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 202 -

lo que estaba diciendo. Después de dejar que luego sintió el dolor atroz y tuve la impresión de que yo no podía soportarlo.

"Al día siguiente Clare dejó un mensaje para mí por teléfono, indicando que iba a venir al día siguiente. En el segundo día se informó, "me di cuenta de que no podía terminar tan rápido. Hablé de siete años, pensé que podía manejar hasta tres años. Estoy seguro de que he experimentado algo muy profundo y que yo no quiero vivir con mi marido más. En tres años he cambiado tan poco que acabo de tomar esta decisión. La idea me vino a la mente que, si mi marido se quitó la vida, estaría aliviado, pero luego pensé que no se puede desear la muerte de otras personas. La culpa recaería sobre mí. Finalmente pensé que, en realidad, que debería tener a alguien aprovechar Violet en la entrada de su casa y se la arrastró hacia el bosque. Afortunadamente yo no lo hice. Creo que sobre el bien y el mal, sobre el Cura de Ars, sobre San Jorge matando al dragón, que representa el mal, sobre Eva y la Serpiente. Creo en el Maligno ".

"Antes de esta sesión de Clare me había dicho que la madre de su marido se estaba convirtiendo poco a poco demente, y también que él tenía un problema en la espalda y tuvo que quedar fuera de su trabajo. Luego, dos meses más tarde, me dijo que se había suicidado después de hacer una visita a su madre cuando ella no lo reconoció.

"Me resulta difícil saber cuál de los dos eventos, la demencia de su madre o de la decisión de mi paciente, llevan más peso en su suicidio. Me pareció que Clara había anticipado intuitivamente que su marido iba a dejar la responsabilidad de su madre demente con ella.

"En cualquier caso, después de la muerte del marido, Clare fue aplastada con sentimientos de culpa, que se proyectaron en mí. Su estado comenzó a preocuparme, ella parecía experimentar un miedo aterrador a sí misma ya su hijo que se tira en el suicidio. Sin embargo, este temor comenzó a disminuir, y ella fue capaz de llevar los libros sobre el suicidio que habían pertenecido a su marido, que me pide que guardarlos para ella.

"Yo también estaba teniendo dificultades cada vez mayores con el paciente sobre el número de sesiones. Ella había pedido para reducir las sesiones a una por semana. También hubo problemas con la duración de la sesión. Clare no aceptó al final de las sesiones, yo mismo era incapaz de ponerles fin. Me encontré a mí mismo una y otra vez manteniéndola por el doble del tiempo de un período ordinario de sesiones ".

- Sería, por supuesto, un error decir que la Sra. L. no estaba preparado para la explosión. Incluso en la primera entrevista que había tomado nota de que el paciente se sintió abrumado con sentimientos que pueden en cualquier momento explotar cuando dijo: "No puede seguir así. La situación es intolerable. ' Sra. L. también reconoció más tarde, cuando narró la materia acerca de la maestra jardinera, que se trataba de explosivos materiales . Fue en ese momento que se convirtió claramente

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 203 -

consciente de la división existente en la Clare personalidad . Así, durante un tiempo considerable antes de la erupción, la Sra. L. había estado tratando de poner orden en su propia mente para entender exactamente lo que estaba pasando. Ella estaba tratando de no perder la crisis y anticipó. Sin embargo, creo que cuando se le ocurrió por completo su abrumado al principio, y la dejó con el increíble dolor que Clare había proyectado en ella.

Sra. L. no pudo prepararse correctamente para la explosión, porque ella no entendía los detalles de la compleja

proyectiva de identificación que se ha descrito. Incluso en la primera entrevista preliminar Sra. L. había sentido abrumado por darse cuenta de que los problemas de Clare podría explotar en cualquier momento. Lo que la Sra. L. había perdido entonces era de Clara identificación con su marido, la proyección de su bebé muerto yo en su marido, y el reconocimiento de que su marido se había identificado con el bebé que murió al nacer. Es esta situación la que hizo que la terapia de manera explosiva y que el terapeuta no tuvo oportunidad de interpretar con claridad. La explosión se produjo cuando Clare tenía el sueño de que Violet había venido para llevarse a su esposo o su apartamento. No había tiempo para pensar en lo que este sueño significa.

En esta situación, el terapeuta tenía que comprender los problemas básicos de su paciente y cómo intrincadamente mezclados estaban con su esposo. El sueño indicó que pensaba que era todo lo valioso e importante para ella iba a ser llevado por Violet. Debido a su tiempo fue también claramente relacionado con el nacimiento de Fabian. En este caso estaban constantemente dos situaciones que se repiten: Clare se dejó durante cuatro meses en el momento de su nacimiento (expresado como tener su madre y la vida quitados), y la situación más adelante, cuando ella tenía tres años de edad - Fabian nació (nuevamente expresada como su madre está quitada y otra vez su salida con un dolor increíble y sentimientos homicidas, que a los tres años de edad que no podía hacer frente a). El caso de material de este paciente muestra tan claramente lo importante que es la formulación de un modelo de la experiencia del paciente y para comprender los detalles de las proyecciones y división de los mecanismos desde el comienzo del tratamiento. Esto hace que sea posible seguir los acontecimientos de la terapia mucho más de cerca. También permite que el terapeuta tenga el control de los problemas e interpretar las proyecciones y las identificaciones proyectivas del paciente. Esto a su vez ayuda a que el paciente se sienta más contenida y evita los violentos acting out que era tan terriblemente peligroso en este caso.

En el caso de Clare los tres primeros años de la terapia fueron experimentadas por ella como los tres primeros años de su vida, y fue

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 204 -

esencial este entenderse. Casi desde el comienzo de la terapia parecía dejar claro por sus proyecciones que estaba terriblemente asustado de los eventos específicos relacionados con esta situación y en particular de la sensación prima de criminalidad asesina y el dolor que expuestos.

Es interesante que después de la muerte de su marido Clare vez más volvió a insistir en reducir las sesiones una vez por semana. Entendí esto como ella diciendo: "Hemos llegado de nuevo al comienzo de la terapia." Al mismo tiempo existe también una acusación abierta que ella no es mejor que ella estaba en el comienzo del análisis. No obstante, ella no regresó sólo para una sesión, pero para los dos periodos de sesiones. Sra. L. También se dio cuenta de que no podía terminar la sesión hasta que tuvieran una de doble longitud. En otras palabras, Clare dejó claro que necesitaba el analista durante dos sesiones, y esto debería haber sido verbalizado. También me pregunto si la solicitud inconsciente durante dos sesiones en las que uno no es una comunicación sobre la necesidad de entender las dos situaciones en una: la muerte de su marido y el proyectado suicidio del bebé muerto se sentía en su interior.

'En la siguiente sesión de Clare traído una escultura más importante que su marido había hecho unos años antes. Esta escultura representa a una mano. Un hombre, que representa al marido, está sentado en el dedo pulgar, dando la espalda a varias mujeres que yacen en posiciones eróticas y que representan la envidia, la codicia, la lujuria, la avaricia, la envidia y la pereza. Clara me dijo que no iba a destruir esta escultura porque las piezas invadirían ella. Ella quisiera confiarme con él, pero no podía aceptar que si lo hacía me volvería a darle la espalda. A mitad de la sesión (después de cuarenta y cinco minutos) ocultó la escultura en la bolsa en la que había traído con el fin de que me impide verlo. Ese día comprendí que había una parte de ella, que sentía que no podía integrar y que sólo se puede destruir o proteger'.

• Sra. L. no aclara aquí lo que siente esta escultura representa o por qué Clara se escondía la escultura de ella, poniendo de nuevo en la bolsa original después de cuarenta y cinco minutos. Clare parece muy consciente de que los sentimientos que llevaron a su marido a un suicidio siguen siendo proyectadas en él y sus bienes, al igual que los libros y ahora la escultura. Por lo tanto, Clare ahora quiere Sra. L. de entender el problema y le pide que le permitiera proyectar en ella la parte suicida de su marido y, con esto, la parte de ella misma proyecta en él. Sin embargo, la Sra. L., como al comienzo de la análisis, ahora parece rechazar del paciente proyección. Ella no sólo rechaza la escultura, pero no interpreta el significado

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 205 -

y la importancia de querer llevar la escultura concretamente a la terapeuta. Uso de los segundos cuarenta y cinco minutos para ocultar la escultura significaría que Clare muestra Sra. L. que es una vez más lo que la obliga a permanecer enredada con su esposo y sus problemas suicidas. Clare tiene miedo de que ella tiene que

mantener este problema para sí misma y para hacer el análisis inútil.

"Poco a poco, fui capaz de reducir el tiempo de la sesión a la longitud normal, reduciéndola en diez minutos cada vez, después de haber informado a la paciente de mi intención y hablar de sus sentimientos con respecto a ella cada vez. Mi propia experiencia interna fue muy violenta. Una o dos veces me sentí aliviada, pero la mayor parte del tiempo sentía la necesidad, que casi no podía contenerse, para actuar con el fin de evacuar a esta experiencia horrible.

"Me sentí a partir de entonces que era posible entender que la división que se produjo en Clare no pudo ser analizado, porque temía que su ego precoz, que había sufrido un abandono durante los primeros cuatro meses de su vida, sería demasiado confundido. Decía, por ejemplo, "no puede seguir así. Tengo miedo todo el tiempo. Tome esta fuera de mi cabeza. "

• Sra. L. expresa un sentimiento muy fuerte de que algo se había proyectado en ella, que sentía que quería violentamente a evacuar. En este caso no podía contenerse.

Sra. L. ahora deja claro que ella comenzó a darse cuenta de que un aspecto muy importante de Clare, conectado con sus primeros cuatro meses de vida, estaba relacionado con esa parte de sí misma que tenía miedo de que no se pudieran analizar. También se relacionó con esa parte de la escultura de su marido que ella había querido devolver a la Sra. L., pero que había tenido miedo de hacerlo porque sentía que el terapeuta no entendía y que había rechazado él. Sra. L. sentía que tenía miedo de que esto no podía ser integrada. De hecho, sin embargo, esto fue un error por parte del terapeuta. Desde la primera sesión de Clare había indicado que se había previsto que una parte de sí misma a su marido y no ofrecerlo a la Sra. L., con la esperanza de integrar a sí misma a través del tratamiento. Tan pronto como la Sra. L. vio el caso de la historia que debería haberse dado cuenta de que era el de cuatro meses de edad, sí bebé, que no había sido capaz de hacer frente a la separación de su madre, que se había proyectado en ella. Desde entonces ha habido muchas oportunidades para el analista de contener esta parte de Clare y ayudar a Clare entender y así disminuir su ansiedad sobre él y asimilarlo.

El caso de Clare ilustra la necesidad de una cuidadosa integración y la interpretación en los casos de proyectiva identificación y separación . La

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 206 -

terapeuta tiene que utilizar sus propios sentimientos y su conocimiento y el intelecto de conceptualizar lo que debe interpretarse de integrar al paciente. Si esto no se produce desde el inicio de la terapia no es, en una fecha posterior, el peligro de que los intentos bruscos en la asimilación de la parte escindida de la personalidad se causará no sólo aguda ansiedad pero incluso la desintegración . En el tratamiento de los pacientes de este tipo es fundamental para estudiar y familiarizarse con la técnica de análisis y comprensión de estas proyecciones. Al entender cuidadoso y la interpretación se puede reducir en gran medida tanto el acting-out y las experiencias subjetivas que están obligados a desbordar el terapeuta y el paciente, si su potencial explosivo que no se reduce gradualmente de esta manera.

El éxito que se puede lograr si el terapeuta puede ser ayudado a reconocer y conceptualizar proyectiva identificación y así contener de hecho es ilustrado por el caso de Clare. Varios años más tarde la Sra. L. me informó de que había sido capaz de interpretar la proyección en la de su hijo de cuatro meses de edad del bebé mismo, y el impasse ha sido superado. ³

Notas

¹ Sra. L. tenía una psicoterapéutico en lugar de un psicoanalítica formación y vio Clare primero sobre una base de una vez por semana.

² De hecho, seis meses después del seminario la Sra. L. se acercó a mí para la supervisión quincenal regular del paciente. En el transcurso de nuestro trabajo conjunto, como describo, se hizo evidente que de Clare análisis estaba en un punto muerto causado por los problemas de contención en sus primeras etapas. La vigilancia se concentró en temor de su destructividad de Clare y constantemente volando. Para evitar que esto Clare confrontación se aferraría a su vez a la semana de sesión y no más. El objetivo era hacer la supervisión Sra. L. consciente de la enorme presión que no había sido capaz de contener y para ayudarla a volver a asumir la responsabilidad de llevar a cabo el tratamiento y hacer frente a Clare con su responsabilidad como paciente.

³ Después de la supervisión terminó, Clare continuó como paciente, a pesar de que se rompió dos veces el tratamiento del momento en que accedió a una segunda sesión. Sra. L. tarde me informó de lo que finalmente logró hacer Clare reconocer que no podía hacer frente a la separación de más y que, como un paciente que necesita constante atención durante la Sra. L. 's ausencia . Clare llegó a reconocer su enorme necesidad de ser el terapeuta como en el pasado se había 'sido su madre ', cuando su madre estaba deprimida. Sólo así podía experimentar la violencia de sus sentimientos homicidas durante la separación

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que

apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 207 -

y volver a representar (a través de los recuerdos revividos por la liberación de su primer bebé muerto) la horrible experiencia de sus primeros cuatro meses de vida en el hospital. Clare todavía estaba en tratamiento en noviembre de 1985, pero el impasse ha sido superado.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 208 -

10. Otras dificultades en la contención de la identificación proyectiva

Un segundo caso, lo que demuestra la dificultad de tratar proyectiva identificación, preocupaciones Charles, un paciente hipocondríaco tratado por el Dr. A., un psicoanalista, que asistió a uno de mis seminarios durante un período de dos años. Dr. A. Charles había ayudado a mejorar en su análisis, pero en el momento en que su caso fue presentado fue con gran dificultad. Durante los dos años antes de 1983, con la ayuda de la presentación de mi seminario, el analista se sintió mejor sobre Charles porque él comenzó a entender el proceso proyectivo en el análisis. El paciente hizo muy buen progreso en su situación de vida. Sólo ocasionalmente se quejan Charles nuevo sobre su preocupante la presión en su interior.

El seminario en el que el analista había participado durante dos años antes de la época de las dos sesiones que reportará había examinado el desarrollo de impasses como éste. Después de presentar algunos datos básicos sobre Charles, en la que voy a interponer los informes del Dr. A. dadas al seminario (en cursiva), con mis propios pensamientos (en letra romana) para describir el desarrollo del caso, voy a describir algunos de la discusión en el seminario.

Charles comenzó su análisis con el Dr. A. cuando tenía veinticuatro Tartamudeó tanto que a menudo distorsiona el rostro en una mueca. Estaba perturbado en contacto con otras personas y tenía dificultades para estudiar medicina, porque sentía que no podía hablar. No tenía sensación en la boca cuando estaba comiendo, y nada tenía todos los gustos, y tuvo que utilizar una gran cantidad de sal y pimienta al establecer ninguna sensación en absoluto. También se quejó de la presión y el dolor en su abdomen. Tenía ataques de llanto y gritos ya veces se sentía aliviado después de que él le gritó a su padre. Cuando la presión en su

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 209 -

abdomen se sintió aliviada que se sentía relajado, pero esto era raro, y se quejaba constantemente para el analista que él estaba tratando de deshacerse de la presión, pero no tuvo éxito. De su personal historia que quiero decir solamente que el padre era un médico exitoso, y Charles se sintió dominado por él. Asimismo, desde principios de los años la historia, es significativo que Charles tuvo desde su nacimiento un espasmo pilórico, vomitó explosivamente, y tuvo que ser operado. Durante los primeros años de su vida dormía en la habitación de los padres. Tenía una muy idealizada imagen de su madre, pero que constantemente se sentía enojado y crítico hacia su padre.

Hubo en los últimos años una gran cantidad de mejoras, pero el Dr. A. tenido dificultades para hacer frente a principal de Charles síntoma, que fue su denuncia de que se sentía esta gran presión dentro de su abdomen. Charles luchó constantemente contra y trató de deshacerse de este sentimiento en las sesiones haciendo ruidos o gritos. Estos poderosos intentos de vaciarse hacia el analista provocado perturbaciones graves en el Dr. A. lo largo de los años, y tenía dificultades para saber qué hacer con ella. Dr. A. convirtió de vez en cuando muy enojado y resentido e incluso pensó en acabar con la análisis.

Ahora voy a reportar algunos materiales de Charles según lo informado por el Dr. A. en el seminario.

'En este momento hay sesiones en las que Charles vez me puso bajo mucha presión. Él me gritó y trató de impedirle hablar. Traté de resistir y me las arreglé para seguir hablando con él, que el paciente aceptó, y él parecía estar mejor. Esto condujo a una mejora en su relación con una de sus amigas. Describió que ella lo visitó, que podían hablar mucho más íntimamente, y él fue capaz de confiar a ella algo de su afecto. Durante la visita de su novia de un hombre muerto había sido encontrado en los arbustos de la zona donde trabaja como médico general, y se le pide que examine el cuerpo. Lo hizo, pero no estaba satisfecho de su examen y se sentía culpable por no haber notado algunos de los puntos de presión en el cuerpo del hombre muerto que podría indicar que el hombre había sido asesinado. En este sentido, habló de un sueño en el que había un hombre que fue encontrado ahorcado. No podía darle alguna asociación, pero interpretado que parecía a Charles que tenía miedo de que su apasionado deseo de tomar posesión no sólo de su novia, sino también de mí podría ir tan lejos que me podría estrangular. Charles sintió bien entendido por la interpretación y expresó su inquietud de que su novia podría no querer venir a él más porque tenía esos fuertes sentimientos de posesividad y el deseo de capturarla. Fue sin embargo, satisfecho de que él había sido capaz de describir sus sentimientos a una mujer por primera vez. Luego habló de una película de Chabrol. En ella un hombre estranguló a su

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 210 -

situación, y el inspector de policía no creían realmente que había habido un asesinato. Él trató de protegerlo en la medida en que el hombre de la película no fue capaz de convencer al inspector de su culpabilidad. Por lo tanto, sentí que tenía que llevar a su culpabilidad en la espalda por el resto de su vida. Las asociaciones parecían confirmar mi interpretación del miedo de su posesividad asesina del paciente. Charles habló también de su dificultad para expresar sus sentimientos hacia mí, y su temor de que sus sentimientos pueden llegar a ser demasiado violento.

"Ahora voy a traer un poco de material de una sesión en la que algunos muy intensa participación de transferencia se llevó a cabo. El fondo de este problema es que Charles viene al análisis de lejos. Él tiene que viajar varias horas pero nunca toma el dinero suficiente con él en el viaje, incluso para comprar una taza de té. El día en cuestión, me pareció que tenía una muy buena sesión. El clima en ese momento era muy caluroso, y me empezó a preocuparse durante la sesión en la que el paciente no era capaz de comprar cualquier helado o té antes de comenzar su viaje de regreso. Charles no se quejó consciente de este problema, pero como yo estaba muy preocupado, le ofreció 20 francos que le permitirían comprar un helado. El paciente se negó a aceptar el dinero de mí.

"Pensé que la conducta de Charles en no tomar ningún dinero en el largo en coche o en tren a las sesiones era muy obsesiva. Yo había interpretado a menudo a él que a través de este comportamiento que quería ejercer presión sobre mí. Le dije que quería que concretamente le diera alguna señal de amor en forma de un poco de comida o bebida. Sin embargo, al final de la sesión todavía me sentía con mucha fuerza que yo quería hacer esta oferta de dinero para el paciente.

"En la próxima sesión de Charles trajo una foto de un pez que había sido capturado por un pescador y se colocó en el suelo. Le interpreté que él había pensado que yo había tratado de enganchar en la última sesión. Para entonces me había dado cuenta de que mi comportamiento ha sido bastante seductora. En sus siguientes asociaciones Charles se refirió a un artículo periodístico sobre un asesinato de un niño, y me sugirió que el asesino probablemente sedujo a su víctima ofreciéndole helado. Charles describió luego que este niño-asesino aparentemente vivió una vida aparentemente normal. Estaba casado y tenía hijos, y nadie podía creer lo que había hecho algo por el estilo. Me sentí muy fuertemente que en estas asociaciones me describe.

- *Es interesante que el Dr. A. informó la sesión con una gran cantidad de diversión y que los analistas en el grupo respondió a esta actitud bastante maníaca del analista por la risa.*

Charles se había convertido en muy inquieto durante la sesión, y comenzó de nuevo la presión perturbadora dentro de su abdomen, junto con la irritación en su ano. Él dijo: "Mis verdaderos sentimientos están en otra parte, y lo que viene ahora no tiene nada que ver con lo que realmente siento. Dr. A. explicó que estos

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 211 -

observaciones son similares a lo que Charles había dicho muchas veces antes, cuando acusó al analista de hablar basura. Charles agregó que el asesino parecía haber tenido más experiencia de la vida que él. Eso hizo que se sintiera muy pequeño. Se quejó de que el Dr. A. no lo tomaría en serio. Dr. A. interpreta a Charles que le ofrece el helado había sido como una seducción y había despertado impulsos asesinos y aterrador. Por eso recibe el dinero para el helado era tan peligroso. Charles dijo: 'Quiero que sonreír, pensando en lo que ha estado haciendo en. Dr. A. respondió: "Cada vez que algo serio se está discutiendo entre nosotros, ya que en esta situación, donde hay un problema que lleva a algunos de ellos actúan por mi parte que adopte algún tipo de actitud despectiva superiores a mí."

- *Es evidente aquí que el Dr. A. echó atrás la queja silenciosa de Carlos que no ha sido tomado en serio por el analista al acusar al paciente de no tomar en serio lo que el analista le está diciendo.*

Dr. A. reportó un período de sesiones, justo antes de las vacaciones, en el que Charles dijo que él entiende bien por qué el Dr. A. quería tomar unas largas vacaciones tal: porque era un paciente difícil, y el Dr. A. debe ser agotado por él.

Discusión en el seminario

En este momento lo interrumpí el seminario y pidió a los presentes si podían hacer algunos comentarios sobre lo que había estado sucediendo hasta ahora. Como nadie quería hablar, me llamó la atención al hecho de que el analista estaba muy alegre de haber ofrecido a los pacientes 20 francos para comprar un poco de helado. Cuando él dijo que el paciente había negado que era más grave. Todo el mundo se echó a reír cuando se describió la sesión. Sentí que en realidad lo que está descrito era una situación grave, y esto no puede demostrarse claramente en la materia. Sentí, a través de su aparente amabilidad de ofrecer el dinero para el helado Dr A. era al mismo tiempo el riesgo de análisis. Charles debió darse cuenta de

esto y lo convirtió en gran medida preocupado por niño y asesinato. En otras palabras, se dio cuenta de que el Dr. Charles A. 's' bondad 'en la oferta de dinero para un helado cubierto sentimientos muy furiosos que se experimentan como, impulsos fuera de control de asesinos - lo que indica que el analista no había podido contener la proyecciones del paciente, le comuniquen la descripción del paciente de la presión dentro de su abdomen. Charles también tiene miedo de que ha dañado el Dr. A., en particular su capacidad para comprender y contenerlo, a través de su proyección . Él explica esto diciendo que

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 212 -

debe haber agotado el Dr. A. hasta el punto de que era incapaz de trabajar y no lo podría analizar más. Esto era por lo que cometi6 el error de ofrecerle dinero.

También hice hincapié en que el Dr. A. 's error significa que en ese momento él no estaba tomando en serio la situación analítica. De hecho, en esa reunión había sido el doctor A. quien interpretó que Charles no tuvo un análisis serio - lo contrario de lo que parecía ser cierto. Al parecer, el Dr. A. había proyectado su problema a Charles y así creó una gran confusión.

En el debate, el Dr. A. convirtió muy defensiva y minimiza la importancia de algunos aspectos de lo que había ocurrido. De repente se señaló que ofreció el dinero para el paciente sólo al final de la sesión, le dijo a Carlos que si él realmente necesitaba el dinero para el helado se la daría a él. No le ofreció a él con demasiada fuerza. Asimismo, añadió que había interpretado en realidad el peligro que amenazaba Charles por la oferta del dinero refiriendo al incidente en el siguiente período de sesiones. Era, por supuesto, a la derecha que lo hizo darse cuenta de que la materia sobre el niño -el asesinato y el otro criminal de material mencionado en la sesión fue interpretado por él en la transferencia . Al mismo tiempo, el Dr. A. no interpretó con suficiente claridad a Carlos lo que había estado ocurriendo entre los dos de ellos. En el seminario se puso de manifiesto que el Dr. A. consideró que, después de todo, el paciente siempre había exigido demasiado de él y fue agotador. Había un poco de realidad en esto porque el paciente había sido su paciente más difícil durante muchos años y él tenía, de hecho, se sentía agotado por el análisis . Esto demuestra hasta qué punto el paciente preocupación que había agotado el analista era un realista percepción , un hecho que probablemente debería haber quedado claro para él. Hay una diferencia entre un paciente que tiene fantasías y temores que ha agotado el analista y el que ha percibido correctamente que se ha cansado y lo agotado.

En este punto, otro miembro del seminario sugirió que el Dr. A. había intentado durante mucho tiempo para entender y analizar la situación precaria en la que Charles había puesto al entrar sin dinero. Sugirió que el comportamiento repetitivo de Charles finalmente causó enojo en el analista, porque no había conseguido más lejos con él. Como esto seguía y seguía, se podría pensar que cuando el analista repente ofreció algo de dinero para el paciente que estaba tratando de romper este punto muerto por una especie de chantaje. Dr. A. estuvo de acuerdo con esta propuesta y dijo que se sentía Charles puso mucha presión sobre él por no traer nada de dinero y que produce constantemente esta peculiar situación. Se hizo el Dr. A. sentir que siempre dependía de él para dar Charles algo: ya sea dinero o un

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 213 -

interpretación que iba a cambiar la situación. Como él no había sido capaz de lograr grandes cambios hasta el momento, se creó una sensación muy precaria para el Dr. A., por lo que en ese momento ya no podía hacer frente a ella. Hubo varias otras sugerencias de los miembros del seminario, y curiosamente más una gran cantidad de risas se produjeron cuando se discutió la reacción del analista. Esto se debe probablemente a todo el mundo darse cuenta que tan enojado y destructiva Dr. A. se había estado sintiendo y cómo trató de engañarse a sí mismo al respecto. Durante el seminario, el Dr. A. repente se dio cuenta de su hostilidad y él dijo: "Es fácil para que usted se sienta allí y hablar acerca de mí y de reír, ya que no tiene que luchar como hago con todos estos problemas y tener que sentirse mal por ello. " Después de esta breve arrebato todo terminó de manera más constructiva.

• No es nada fácil para un analista a cargar con sus errores y en un principio esto crea una gran cantidad de ansiedad y culpa en él. Incluso en una discusión amistosa, como en el seminario, puede tomar algún tiempo para darse cuenta de lo que ha estado pasando y sentirse más dispuestos a aceptarlo. Me pareció que la conducta de Charles no era tanto una expresión de sus intensos deseos, que él había querido que ha cumplido por el Dr. A., sino un intento de proyectar en él el máximo de la ansiedad y la frustración y así hacerle experiencia de cómo , Charles, sentía. Al mismo tiempo, sin embargo, Charles había intentado que el Dr. A. sienten incompetentes acerca de ser capaz de satisfacer sus necesidades. Su forzada abstinencia en el viaje hacia el análisis , finalmente creó una enorme transferencia / contra- transferencia entrelazamiento - una situación que a la postre se convirtió en insoportable para el Dr. A., quien se sintió completamente derrotado.

En tal situación, sugiero, parece necesario que un analista de aceptar el comportamiento de la frustración de la paciente. Al principio el paciente usará toda su fuerza y determinación para mantener su conducta e impedir

que el analista se sienta capaz de cambiarlo o él. Sin embargo, si el analista puede aceptar su comportamiento, el comportamiento de la fuerza de acción de salida del paciente debería debilitar gradualmente. Tengo la impresión de que la situación con el dinero surgió porque Carlos estaba experimentando una considerable presión antes de las vacaciones. Quería estar cerca de su analista y quería mucho de él. Esta necesidad probablemente fue reconocido por el Dr. A., quien reconoció el calor de su deseo y de la tensión de la sesión. Conscientemente Dr. A. quería ayudar y dar Charles algo concreto - el helado -, pero en las circunstancias esta oferta concreta del amor no puede ser experimentado por el paciente como algo bueno y satisfactorio. Fue experimentado por Charles

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 214 -

sólo como una incapacidad para soportar la intensidad de sus necesidades. Charles, por lo tanto, consideró que el Dr. A. arrojó los sentimientos hacia él de una manera agresiva. Esta reacción eclipsado por completo la aparente simpatía de la oferta. Charles aparentemente no estaba confundido por la oferta por parte del analista, se sentía claramente que no podía aceptarlo y en esta sesión fue abierta el niño que se sintió seducido por un hombre que lo odiaba y quería matarlo. Esto obviamente fue una experiencia muy poderosa para Charles, y que debe haber sentido que sus propios deseos y anhelos eran insostenibles al Dr. A. Charles sintió que la presión dentro de él, que él había creído en secreto, había salido y ha causado daños.

Cuando una que contiene relación se rompe, es importante reconocer que el paciente siente que el contenedor por sus sentimientos ha sido destruida, y por lo tanto tiene a sí mismo para construir un recipiente muy fuerte. Él tiene una especie de muro o castillo con el fin de mantener la presión de salir de control. Esta auto-contención evidente es, por supuesto, falsa. No puede funcionar porque se asocia con tanta fuerza y peligro, y constantemente trae consigo el temor de que algún tipo de avería en su auto que contiene situación se producirá. En el caso de Carlos el paciente se encontraba en peligro de caer de nuevo a su estado anterior en el que se puso a gritar y tratar de deshacerse de la presión en el Dr. A., como lo había hecho inquietante al principio del análisis . Se podría predecir que la relación entre el analista y el paciente se deterioraría durante algún tiempo. Pensé que el paciente ahora tendrá que probar muy seriamente la capacidad del analista de contenerlo.

Es esencial que cuando un analista ha cometido un gran error en actuar , como el Dr. A. tenía, que repararlo. Para ello tiene que ser capaz de hacer frente a las razones más profundas de lo que ha estado sucediendo entre él y el paciente sin demasiado resentimiento. De lo contrario no se puede ilustrar libremente al paciente lo que ha estado sucediendo entre ellos. Si es posible, las reacciones violentas relacionadas con el área de interacción alterada entre paciente y analista se disminuyen. De esta manera el paciente tiene la capacidad de sentir que la del analista que contiene la función se repara. A menos que esto sucede, la sensación de que el analista como un contenedor ha sido destruida permanecerá, y nada se puede hacer para reemplazarlo. De esta manera, por supuesto, un sentimiento de desesperanza y desamparo , tanto en el analista y el paciente se perpetuaría. Incluso cuando la situación mejora el paciente a menudo presenta el analista a varias pruebas. Estos deben ser entendidos e interpretados en una manera de mostrar al paciente cómo este comportamiento se ajusta a la situación.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 215 -

Además de material

"Después de las vacaciones de Charles transmitió la sensación de atemporalidad en el análisis como si no hubiera habido ningún día de fiesta, dando a entender que yo debería estar siempre a su disposición, para que lleve a su presión, para ser el recipiente de su presión. Parece que hay algún tipo de acuerdo entre nosotros que la presión que había aumentado durante las vacaciones, tenía en un principio poco a poco se deshizo de en mi presencia sin ser mencionado. En consecuencia, era muy difícil tener comunicación a nivel verbal durante los primeros días después de las fiestas. Después de algún tiempo, sin embargo, parecía ser posible que Charles reconocer que se dio cuenta de que quería torturarme así como para hacerme sentir lo que era estar solo durante mucho tiempo durante las vacaciones, y lo mal que se había estado sintiendo sobre esto. Este reconocimiento parece ser una cierta mejora en comparación con épocas anteriores, cuando había sido incapaz de reconocer lo que estaba pasando en él. Charles se habló por primera vez sobre el hecho de que era un come muy lento en la infancia y que controla la familia con esto y siempre había tensión en la sala durante las comidas a causa de ella. Nunca había habido ninguna mención de este problema antes. Sus padres, especialmente su padre, parecían estar al tanto de este problema sin tener que mencionarlo. Curiosamente, como he dicho anteriormente, cuando se retrasa una vez su padre usar el lavabo al tomar posesión de ella por mucho tiempo el padre le dijo algo a la madre que la actitud mayoritaria de su hijo parecía ser muy destructivo para la vida de la familia y estaba enojado por eso, pero Charles oyeron esto sólo de manera indirecta a través de la madre. Este es el

único momento en que el padre expresó su furia sobre la actitud de control del paciente abiertamente.

- El analista parecía aquí para tener la sensación de que el daño que había hecho antes de las vacaciones había sanado y que el análisis estaba dirigiendo hacia aguas más tranquilas. Sin embargo, como ya he explicado, no había habido suficiente trabajo en la alteración entre el analista y el paciente para poder esperar esto.

En este punto del análisis, en una sesión del lunes, Charles llegó sentirse emocionado y entusiasmado porque había pasado la noche anterior la lectura de un libro de Alice Miller. No había sido capaz de dejar de leerlo hasta las cinco de la mañana. El libro se llama usted no debe observar. general Charles tuvo grandes dificultades para la lectura de los libros y en la toma de cualquier cosa, pero este libro absolutamente le había encantado. Dr. A. dijo que se sintió conmovido por el entusiasmo de Carlos, que era inusual. Por otra parte, la presión a la que consideró en general no se notaba durante la sesión. En la próxima sesión de Charles hizo algunas observaciones críticas en vez sutiles contra los analistas ortodoxos - críticas que son muy importante en el enfoque de Alice Miller.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 216 -

Luego, en la siguiente sesión, Carlos hizo lo que el analista sentía que era un ataque sumamente hirientes contra él. Charles se sentía completamente identificado con el punto de vista de Alice Miller. Dijo que durante los ocho años de su análisis había habido un montón de hablar pero que esto fue en general al caso. A continuación, hizo hincapié en que él siempre había dicho el Dr. A. que lo que era realmente importante en su análisis fue la presión en el abdomen y nada más. Dr. A. informó que se sentía estos ataques críticos a ser más y más insoportable. Pensó que se había esforzado durante los últimos ocho años para entender al paciente y darle su mejor atención. Había luchado para mantenerse en contacto con los sentimientos y ansiedades de Charles, y ahora el paciente considera este logro como absolutamente nada. Dr. A. resultaba demasiado difícil de soportar.

En este ambiente el Dr. A. dijo primero algo crítico sobre Alice Miller. Se sentía irritado por la extrema idealización de la de Carlos. Él dijo algo en el sentido de que Alice Miller había dejado de trabajar como analista de escribir libros de los que se hizo un montón de dinero. Dr. A. informó al seminario que encontró su arrebató contra Alice Miller muy revelador. Agregó que lo que realmente quería decir el paciente, que lo ridiculizó y lo puso abajo, era que al renunciar a los estudios analíticos lo que Alice Miller realmente hizo fue renunciar a hacer frente a la presión que los pacientes como Charles pusieron los analistas.

- En estos comentarios Dr A. revela cuán profundamente herido y resentido que siente hacia su paciente. Él no puede contener la conducta de Charles.

Dr. A. Luego explicó que se sentía Charles había utilizado la situación analítica, donde el analista siempre tiene que controlarse a sí mismo, para torturarlo. Charles probablemente pensó que el Dr. A. tuvo que aguantar todo y no podía decir nada sobre cómo se sentía torturado. Así que en esta situación el Dr. A., el analista, dijo para sí: "A medida que el paciente no responde a mis interpretaciones cuidadosas y la comprensión, y, además, sigue menospreciar y burlarse de mí, voy a darle lo que realmente se merece, una paliza. " Eso fue lo que el Dr. A. sentía que había hecho a través de sus comentarios acerca de Alice Miller.

Charles había respondido a los comentarios de Dr A. 's sobre Alice Miller preguntando cómo, como analista, podría perder mucho control de sí mismo. Estaba particularmente molesto por el comentario en relación con el dinero. Asimismo, añadió que nunca había pensado que el Dr. A. podía ser herido por nada, dijo. Él se sorprendió por su actitud. Dr. A. luego admitió a Charles que estaba muy dolido sobre algunos de sus comentarios. También dijo que el paciente tenía ahora a aceptar lo que la realidad era, que él también era un ser humano, que podía entender las cosas y podría ser ayudado. Este fue el final de la sesión.

En el seminario el Dr. A. añadió algunos puntos. Remarcó que Charles tenía

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 217 -

dijo que muy a menudo no tomaba en serio lo que él y el analista se hace durante las sesiones. Dr. A. respondió a esto diciendo: "Ahora usted me dice que no se puede tomar en serio lo que ha estado haciendo en el análisis, a pesar de que ha estado viniendo desde hace ocho años. Sin duda, esto significa que tenemos que considerar muy seriamente si vale la pena seguir trabajando juntos, ya que bajo estas circunstancias, el análisis no puede tener ningún sentido. "

Dr. A. dijo en el seminario que él decidió que era necesario atenerse a la forma en que había estado expresando sus sentimientos. Se habían acumulado demasiada. Él no podía hacer frente y tuvo que expresarlos. Los miembros del seminario eran conscientes de que se sentía impulsado a exagerar la importancia de su comportamiento y defenderla. Ellos comentaron sobre esto y fueron críticos acerca de su actitud, aunque riendo todo al respecto. Dr. A. destacó que se

sentía aliviada de que él había sido capaz de dejar ir. Se había soltado su moderación y dijo Charles lo que un culo que estaba, lo mal que había estado comportando. Incluso sentía que era derecho de amenazar que si seguía así que realmente tendría que detener el análisis. (Naturalmente, esto provocó una gran discusión en el seminario, pero no voy a repetir aquí.)

En la próxima sesión de Charles dijo que tal vez ahora debería atacar el analista y no te acerques más, pero eso sería ir demasiado lejos. Ahora tenía que reconocer que podía lastimar a la gente y torturarlos y él simplemente no podía decirse a sí mismo que nadie saldría herido por su comportamiento. Dr. A. Charles recordó entonces que después de una interpretación eficaz Charles menudo lo devaluado, diciendo que él estaba mostrando lo bueno que era. En realidad no se preocupan por su paciente. Dr. A. interpretarse que ahora era claro que Charles tenía envidia de él y de su capacidad de entender. Fue por esta razón que le devaluó y trató de ignorar lo que había estado diciendo. Charles había estado defendiendo a sí mismo en contra de tener que reconocer su envidia. (Por idealizar Dr A. y diciéndose a sí mismo que el analista no puede ser afectada por los ataques.) Sin embargo, a través de esta idealización su envidia había aumentado y con ello la desagradable sensación de presión en su interior. Se había tratado de deshacerse de por sus proyecciones. Charles, que evidentemente había escuchado con atención esta interpretación, admitió que esto era cierto. Dijo que se sentía muy aliviado de que había sido capaz de captar y apreciar lo que el analista había estado explicando a él. Este fue el final de la sesión, y el seminario tuvo que detenerse en este punto.

- *Es muy interesante que en este momento (después de su explosión) el analista de repente parecía capaz de recuperar su capacidad de entender y funcionar. Ahora era capaz de explicar con mucho cuidado la forma de Charles envidia relacionado con la presión en su abdomen. Tan pronto como él fue capaz de interpretar la actitud del paciente con él en el análisis en detalle, con lo que en su propio*

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 218 -

idealización que había impedido al paciente de reconocer lo que había estado haciendo, una fuerte imagen del analista podría ser restablecido en el análisis y en la mente del paciente. El análisis tiene ahora un mejor pronóstico.

Experiencia Dr A. 's muestra cómo proyectiva identificación puede ser a la vez una gran ayuda, así como un gran obstáculo en el análisis y siempre conlleva el riesgo de que el analista se siente abrumado por las proyecciones. Contiene las proyecciones del paciente a veces es muy difícil, sobre todo si el analista o el paciente está profundamente perturbado por el proceso, como en este caso. Para hacer frente a la situación, es esencial que el analista aclarar por sí mismo lo que se siente sobre el paciente. Luego se puede trabajar a través de los problemas por sí mismo. Fue el Dr. A. 's necesidad de ocultar su dolor abrumador y el resentimiento contra el paciente que se había llevado a la aparentemente positiva actuando de ofrecer Charles dinero para el helado. Charles reaccionó a este incidente al traer materiales acerca de ser asesinado, y esto condujo gradualmente a la analista de tener que admitir ante sí mismo la forma violenta su reacción a la paciente había sido. Fue, sin embargo, sólo por el paciente idealización de Alice Miller que el analista tome conciencia hasta qué punto se sintió abrumado por la ira y el resentimiento contra el paciente. A continuación, se dio cuenta de en qué medida Charles le había idealizado, en particular cuando el paciente se quejó de la presión dentro de sí mismo. Curiosamente esto no condujo luego a una ruptura del análisis , pero el Dr. A. recuperar su función terapéutica y para una mayor cooperación entre paciente y analista. Es importante darse cuenta de que, cuando intensas identificaciones proyectivas prolongados dominan un análisis , una especie de actuar por parte del analista se produce con frecuencia, como en el de Charles de análisis , y necesita ser entendido y utilizado.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 219 -

11. La identificación proyectiva y la transferencia psicótica en la esquizofrenia

Como ya he mencionado en el capítulo 1, el desarrollo de un psicótico transferencia en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos (o similar), y su interpretación para ellos, es la carretera principal por la que su psicoanálisis exitoso puede progresar. Para la comprensión de este psicótico transferencia es una apreciación completa de las diversas formas en que proyectivas procesos pueden estar implicados.

En este capítulo trataré de examinar la transferencia del esquizofrénico en detalle y presentará algunos materiales reunidos de los colegas con quienes he discutido regularmente a sus pacientes esquizofrénicos. Las formulaciones teóricas que aquí se presentan no pretenden ser una declaración final, pero antes de la presentación de dos casos que quieren discutir una teoría de fondo.

La técnica utilizada en la investigación psicoanalítica de la esquizofrenia no ha cambiado apreciablemente durante los últimos veinte años, en la medida en que el paciente tiene sesiones de cinco o seis veces a la semana en la sala de consulta

del analista o es visto regularmente en un hospital o asilo. El paciente en el estado agudo generalmente no utiliza el sofá. No sólo sus comunicaciones verbales, sino también sus gestos y acciones se utilizan para ayudar a entender e interpretar la relación. Aunque la capacidad de los pacientes esquizofrénicos agudos para comunicarse en el análisis varía considerablemente a menudo es sorprendente la claridad con la analítica de material desarrolla. El lenguaje del esquizofrénico difiere mucho de común idioma, sobre todo cuando se engaña al paciente. A menudo suena más como un sueño, y en otras palabras, parece estar basada en lo que podría llamarse "el proceso primario". Uno tiene razones para creer que el propio paciente no entiende sus comunicaciones con el analista, en

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 220 -

del mismo modo que la gente en general no entiende el idioma de sus propios sueños. Así, el paciente necesita la capacidad del analista para pensar y traducir en palabras comunes con el fin de dar sentido a su propia comunicación. En términos más teóricos del analista contiene proyectiva del paciente identificación.

Cuando la interpretación de lo que el paciente se está comunicando es una traducción correcta incluso un paciente esquizofrénico agudo es a menudo capaz de confirmar que. Soy de la opinión, por lo tanto, que incluso en el paciente esquizofrénico muy perturbados se encuentran vestigios de la sana personalidad con cierta capacidad para el normal pensar que puede ser fortalecida a través de interpretaciones. Las interpretaciones ayudan a la transferencia para el desarrollo, y al ramificarse me resulta útil tener en cuenta que la esquizofrénica personalidad se divide en diferentes partes relativas a distintos objetos y con diversas funciones y significados. Por lo general se distingue entre la psicosis y la no psicótica (o sano o adulto) de parte del paciente, pero en el estado psicótico agudo éste generalmente se pierde. El paciente espera que el analista, si va a haber alguna ayuda, para funcionar como esa parte. Para ayudar a hacer esto, es necesario que el analista de examinar la transferencia de las partes psicóticas de los pacientes con mayor detalle. Entonces uno encuentra que algunas partes de un paciente de personalidad son mucho más psicótica delirante que otros.

Primero me centraré en los más típicos psicótico transferencia del esquizofrénico, basado en 'proyectiva identificación', examinando su origen en relación a la normalidad de los procesos. En segundo lugar, describiré lo que podría llamarse el psicótico delirante transferencia en la esquizofrenia, lo que conducirá a un examen de la estructura del proceso esquizofrénico delirante. Yo también trataré de diferenciar ciertas partes psicóticas menos de la transferencia que aparecen en pacientes esquizofrénicos agudos. Esto me dará la palabra lo infantil de transferencia, ya que se refiere principalmente a las relaciones del bebé auto a un objeto parcial, el pecho.

El psicótico típica transferencia observó en los esquizofrénicos tratados por mí y algunos de los compañeros que he estado dirigiendo puede ser entendida teóricamente como una relación en la que proyectiva identificación predomina con mucha fuerza. Esta transferencia suele ser perceptible desde la primera sesión. A menudo es evidente que una relación intensamente de control está en existencia - si esto se lleva a un activo o forma pasiva. A través proyectiva identificación del paciente siente que controla la mente y del analista del cuerpo, que a su vez conduce a los temores de que ha cambiado o enloquecido el analista y ansiedades paranoides relacionadas con sus impulsos proyectados. En particular, se teme que las partes proyectadas de sí mismo, confundidos con el analista,

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 221 -

se le vuelva a entrar, dejándolo privado de su mente y el yo. Es esta situación, que el paciente cree muy concretamente, que da lugar a la psicótico transferencia convertirse en un delirante uno. El paciente se siente delirante que está realmente atrapado dentro del analista y / o el analista está realmente atrapado en su interior, causando confusión y pánico. La tarea del analista en esta situación es, en primer lugar, para ayudar al paciente a entender lo que está sucediendo y, en segundo lugar, para estar en contacto con la situación infantil, revelado en la transferencia, que es la fuente del problema.

Con estas ideas en mente ahora voy a presentar dos casos. El primer paciente, Iris, fue tratado por un psicoanalista, el doctor K., a quien yo supervisé en 1962 y 1963. Al igual que antes, los informes Dr K. 's están en letra cursiva, con mis pensamientos y comentarios en el tipo romano. Iris desarrolló una psicosis de transferencia dominado por proyectiva identificación en la segunda sesión, que el Dr. K. tratarse con mucho éxito.

Iris

Al comienzo del análisis de Iris, una joven soltera mujer de veinticinco años, estaba en los tiros de su tercer ataque esquizofrénico, que había sido diagnosticado como una combinación de paranoico y hebefrénica esquizofrenia. Las autoridades del hospital estaban ansiosos de que estaba empeorando y puede morir en el tercer ataque que estaba empezando a rechazar la comida y había llegado a ser muy inquieto. Desde el punto de vista de su infantil historia es interesante que Iris fue hospitalizado por pielitis a la edad de dos años y medio, y esto coincidió con el nacimiento de su hermana, en ese momento se convirtió en casi anoréxica en el hospital, y fue llevado a su casa y cuidado hasta que sana

por los padres. Iris fue trasladado desde un hospital psiquiátrico a una clínica privada con el fin de analizar y fue visto por el Dr. K. regularidad seis veces a la semana. En la primera sesión se puso en contacto con el Dr. K., y al final le preguntó si iba a volver, que confirmó y explicó a ella que él iba a verla con regularidad.

En la segunda sesión de Iris, sentado en la cama, saludó el doctor K. con una explosión de carcajadas e inapropiado. Entonces ella dijo: 'Yo puedo ver una sonrisa en sus ojos. ¿Crees que estoy loco de ganas de casarse con un hombre cuando me río así en sus cartas? En respuesta, el Dr. K. dijo que Iris sintió que estaba loca al pensar que había cumplido su promesa de estar allí. Ella creía que él estaba allí sólo por su sonrisa, que le había hecho venir a verla. Su sonrisa era ahora dentro de él, en sus ojos, que lo controla.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 222 -

- *La sonrisa se ve en los ojos del analista era claramente omnisciente delirante materiales , y el analista en respuesta tomó solamente la transferencia de significado de la frase.*

Iris respondió diciendo, "Me gustó el Dr. A. Tenía un curioso sentido del humor, es por eso que lo que me gustaba. Él dijo que iba a venir y nunca lo hizo. "

- *Esto inmediatamente plantea la pregunta, ¿por qué le gusta alguien que no mantuvo su promesa y su olvidado?*

Dr. K. tuvo la impresión de que estaba comenzando a diferenciar entre él y el Dr. A. Él interpretó que estaba negando su creencia de que el Dr. A. había respondido a sus deseos de control (que se sentía ser cruel) por un cruel engaño. Ahora tenía miedo de controlar su analista con su magia cruel. Esta Iris confirma diciendo: "Yo soy cruel con Tony (el hombre que había escrito las cartas que se refiere al inicio de la sesión)," escribe a mí. Mi padre quiere obligarme a casarme con él. Si quiero estar casado no necesito ser forzado. Ella hizo algunos comentarios rencorosos sobre Tony y laughed carcajadas.

Iris continuó: "Cuando yo estaba enfermo, mi padre hizo algo horrible para mí. No puedo recordar lo que era, creo que dijo algo sobre el deseo de poseerme. Es por eso que quería salir de casa. Me entendía bien con mi madre, quien solía confiar en mí. Me llevaba bien con ella. ' Entonces gritó: "Yo estoy en contra de psicoanálisis. Analista de mi padre - que era una fantasía delirante - es ochenta y tres. Estaba familiarizado y grosero en el teléfono, gritó cosas salvajes en mí '.

- *En este momento se hace evidente que estaban surgiendo tendencias negativas. El, abrumadora aterradora padre fue fotografiado relacionado con un analista de edad que gritaba cosas íntimas y salvaje en ella desde que ella tenía que escapar. Uno puede ver aquí que un delirante transferencia se formó rápidamente, con Iris temiendo que al igual que ella sentía que había obligado a sus sentimientos con el Dr. K., que obligaría a sus sentimientos hacia ella y apoderarse de ella.*

Dr. K. interpretarse en este sentido, pero no tuvo el miedo de Iris de ser asaltado sexualmente por él, que en ese momento parecía haberse mezclado o vinculado con el padre.

- *Dr. K. estaba tomando la línea que es mala técnica para interpretar la sexual emerge rápidamente la transferencia de un esquizofrénico. Como argumenté en el capítulo 1, transferencia interpretaciones basadas en el Edipo clásico complejo no se indican con psicótico*

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 223 -

pacientes. Esto fue confirmado por los resultados. Dr. K. 's interpretación del proyectiva identificación disminuyó con éxito la confusión y la sexual concreta la transferencia . De repente, la situación analítica se hizo más manejable.

"Después de la interpretación Iris era más tranquilo, pero otra vez idealizada del hospital psiquiátrico como un mal lugar al que quería volver. Ahora podía relacionar esto con el material de la sesión, su miedo de controlar el buen analista de sus sentimientos y de su terror de ser controlado a cambio. Más tarde se hizo evidente que la identificación proyectiva llevó también a los temores de confusión conmigo. Una vez le explicó esto diciendo que tenía que verme con mucho cuidado para no hacer lo que podría estar haciendo. Se acurrucó lejos de mí cuando sintió que estaba sucediendo. En una ocasión le pareció ver una media sonrisa en la cara y sintió que aparece en su cuenta. Esto la asustó, y de inmediato se contrarrestaría la situación fantasías idealizadas del hospital mental '.

Iris se recuperó del estado esquizofrénica aguda después de tres o cuatro meses de trabajo analítico. Sin embargo, el más cuerdo se convirtió, más que tenía miedo de que la locura y la confusión se pueden reintroducir en ella por el Dr. K. Esto implicó que ella sentía que el Dr. K. ahora contenía un poco de su locura, lo que fue particularmente cierto en

situaciones de separación como antes de las vacaciones. Había un poco de miedo agudo de esto antes del primer día de fiesta después de cuatro meses de análisis. Sin embargo, las interpretaciones de esta línea trajeron alivio y la ayudaron a sobrellevar bastante bien con este día de fiesta.

El caso de Iris ilustra la forma en que la típica transferencia del esquizofrénico emerge con gran rapidez y, a veces puede conducir a una delirante transferencia. En la segunda sesión, ella parecía creer que había ido omnipotente dentro de la mente Dr K. 's a través de su sonrisa cruel. Sin embargo, con esta creencia que distorsiona lo que había ocurrido con el Dr. K. (su visita a verla en el hospital), convirtiéndolo en un avance sexual. Ella cree que el Dr. K. (confundido con su padre) la atacaría con las cosas salvajes, de la que necesitaba para escapar. Sin embargo, al concentrarse en la ilusión y la proyectiva identificación en lugar del Edipo de material, el Dr. K. fue capaz de contener este principio muy cargada al análisis.

Sarah

Ahora voy a ilustrar un grave estado de delirio en el que el paciente, Sarah, experimentó su yo infantil como prisionero en un mundo o un objeto. El mundo estaba lleno de objetos crueles sádicos que representan

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 224 -

partes de sí misma, que la apartó de una buena relación de dependencia con el analista / madre, sobre todo los fines de semana.

Sarah, también tratada por un colega con experiencia analítica, el Dr. O., quien supervisaba, era un judío hebefrénica chica. Ella tenía dieciséis años al inicio del tratamiento, y que había sido manifiestamente esquizofrénico durante cinco meses, antes de que ella había estado en psicótica aguda depresión de dos y medio años, después de haber sido hospitalizado y dado ECT en dos ocasiones. Sarah había sido descrito como inteligente y divertida antes de su ruptura. No trauma se había informado, pero parece que (debido a que la madre ayudó al padre en la empresa familiar) puede haber habido alguna negligencia materna a principios de la infancia. Algunos de los psiquiatras que vieron a Sarah en su estado esquizofrénica aguda creían que fuera irremediamente incurable. Ella no respondió al tratamiento físico y no se podía hablar de usar ordinaria idioma. Sin embargo, una vez en el análisis de las cosas eran diferentes. Ella respondió de inmediato a las interpretaciones, y una muy vívida transferencia apareció. Al principio su analista, el Dr. O., representó un padre o un hermano, pero predominantemente madre / mama transferencia siguió.

Después de cada vez mayor cooperación en las primeras semanas del análisis de Sarah comenzó a revelar un sistema delirante. Ella creía que había sido vendida por sus padres a un hombre rico y poderoso. Él la estaba utilizando como animal de experimentación en un proyecto de investigación elaborado en la cura de la locura. Para ello se le limita a un conjunto de cine en el que nada era real. La mayoría de la gente en el set eran artilugios, y todo el proceso se está filmado y televisado simultáneamente. El set de filmación estaba defectuoso porque era sordo en color, y el "oxígeno" que ella tuvo que vivir de no era como el aire fresco. Dr. O. También se describió como un artefacto o actor, y los padres de Sarah se discutieron como imitaciones de los verdaderos padres. La única persona Sarah vio tan real en el mundo exterior era una mujer que había amado maestro.

Cuando ella le había confiado sus creencias delirantes Sarah se volvió más amable, pero comenzó a quejarse de Dr. O. No era real. También los colores no son vivos. Sus quejas involucrados sentir encarcelado, que fue expresada por comentarios como: "¿Por qué no cortar la película? y más tarde una demanda de leucotomía. Sin embargo, esta oscila con la sospecha de que algo bueno estaba siendo retenido de ella, que se expresó por dando a entender que había una droga que podría curarla en un segundo.

Este toque de la retención de mama aumentó antes de un fin de semana particular. Hizo hincapié en esto con una estrella amarilla judía de su blusa. El lunes siguiente, reveló un sueño de

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 225 -

Sábado por la noche. En el sueño ella estaba en un coche con los demás, y los coches llenos de soldados nazis estaban en el frente y atrás. Estaba bien hasta que tuvieron que parar, y luego los nazis se acercaban. Ella había revelado previamente que oyó la voz de un niño nazi. Él le contaba historias sobre las atrocidades crueles campos de concentración, que la hacían reír, una ilusión que podría estar relacionado con crueles fantasías de masturbación. Parecía que había indicaciones en el sueño que Sarah sentía que detener el análisis durante los fines de semana la encarceló en su sistema delirante. Su sádica compulsiva masturbación empeoró, representada por los nazis cada vez más cerca. Esto y mucho otro confirmación materiales sugiere ese mundo ilusorio de Sarah podría entenderse como una forma de representar el encarcelamiento de su bebé en el auto un objeto que parecía estar lleno de objetos crueles. Allí estaban los nazis, lo que representa partes sádicos de sí misma, que estaban en la oposición a la necesidad de depender de su analista como el de mama / madre.

Necesidad de Sarah para el contacto con el mundo real aumentó antes del primer día de fiesta analítica. Su primera experiencia de la emergencia parcial de la prisión fue descrito por ella como mirando desde una ventana del autobús y ver chicas, probablemente gemelos, en abrigos color rojo brillante, por primera vez en los colores reales. Esta experiencia implica que todavía veía a sí misma dentro de un objeto, el autobús, pero que ahora era capaz de ver el mundo real en el color normal, representada por los dos senos, las niñas gemelas. ¹ Después de esta realización Sarah oscilaba entre el delirio de transferencia relación, en la que experimentó su analista como un perseguidor que mantenía encarcelado y una infantil de transferencia, en la que dependía de él como una madre / mama. Voy a ilustrar este fenómeno con un resumen de la transferencia situación tal como fue reportado por el Dr. O. largo de varias sesiones.

Sarah se iniciaría una sesión diciendo repetidamente: "Tú eres un tonto." Al ser cuestionado acerca de lo que quería decir, ella se lo explique en un principio de manera delirante diciendo que el Dr. O. era una persona muy rica con malas inclinaciones. Estaba perdiendo el tiempo haciendo el trabajo sucio cuando debería estar enseñando en la universidad. Al mismo tiempo, Sarah estaba dando a entender que ella, con su bondad, se le protege. Sus malos caminos lo más y más enemigos que con el tiempo a superar estaban haciendo. De material previo que se había trabajado a través de una y otra, el Dr. O. decidió que era necesario repetir las interpretaciones de las proyecciones detalladas en la transferencia delirante. En cambio, señaló lo que se vivió en el ámbito de la transferencia infantil. Sarah sintió que, sugirió, el analista de mama / madre / estaba en peligro, tomando en la inmundicia de los delirios y angustias de Sarah (en particular la desesperación que ella misma loca no quería

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 226 -

reconoce y que siempre se sintió como fecal). Sarah sintió el analista / madre / mama deberían tener nada que ver con la recepción de dichas heces inmundas y sólo debe alimentar a su (la enseñanza en la universidad). Después de esta interpretación, a la que Sarah escuchó con atención, parecía inmediatamente para recuperar un buen contacto con el Dr. O. Ella le preguntó por qué se cubrió la boca y dijo que quería mirarlo cuando habló. Después de esta experiencia, la relación de Sarah con la boca Dr. O. 's se convirtió en la expresión regular de una buena relación parte-objeto. Obviamente, representó a la mama en la transferencia infantil.

- *¿Cuál es, creo yo, que estaba pasando en estas sesiones era que Sarah sintió que su analista estaba en peligro. Por lo que le permite proyectar todas sus ansiedades en él, sobre todo su locura (los enemigos), pensó que estaría dominado (que obtendría más enemigos). Sentía que su parte loca era despiadado e interesado sólo en la continuación de la situación de locos. El experimento, que ella atribuye al Dr. O., no implicaba la preocupación por la continuación de la situación analítica (principalmente representada como la situación de alimentación / charla). Al proyectar la locura en su analista Sarah lo involucró en su sistema delirante, causando a sí misma tanto la ansiedad. Luego trató de lidiar con él por la separación de la proyectiva y el proceso introyectivo: ¿Por qué te metiste con mis ilusiones proyectadas (trabajo sucio) y ¿por qué no en lugar de dar a las cosas a las personas que quieren tomar las cosas buenas de la (conferencia) ? Lo que Sarah no podía parecer tener que reconocer el hecho de que era la aceptación de su analista de sus proyecciones, y su comprensión de su significado, que fue un gran alivio para ella. Esto es lo que lo convirtió en una persona muy protectora e importante para ella. Era su resentimiento por tener que sentir tan pequeño y dependiente, en cambio, que le causó envidia a asumir y identificarse con el analista / madre en el papel protector.*

Antes ansiedades de Sarah Navidad aumentaron, y se volvieron con frecuencia al hospital, donde fue admitido cuando quisiera o los padres sentía que necesitaba. Temporalmente parecía que el proceso delirante que abrumó su parte cuerda había conseguido la ventaja. Ella dio una conferencia el Dr. O. frecuencia. Parecía que su auto esquizofrénico estaba haciendo un enorme propaganda. Las influencias pervirtiéndolo de la masturbación y la retirada se recomendaron como el mejor medio de hacer frente a la soledad de las vacaciones de Navidad. Dr. O. consideró que a través de este estado de Sarah estaba haciendo ataques particularmente cínica y omnipotente sobre la realidad psíquica que había sido adquirido con anterioridad. Por ejemplo, argumentó que "lo que hace que la gente loco feliz es bueno para ellos". La forma de moverse y algunas señales verbales e ilustraciones

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 227 -

gradualmente mostró que lo que se refería era la masturbación. Así que el Dr. O. entonces podría interpretar que estaba argumentando que la masturbación era bueno para los bebés solitarios. Insistió en que "las personas que han estado en campos de concentración surgieron mejores personas por haber visto todo el sufrimiento ". Estas comunicaciones gradualmente podrían ser reconocidos como un argumento de que la masturbación anal del paciente y la crueldad, en combinación con el voyeurismo, el fortalecimiento de su capacidad de amar más que la leche de sus madres (la ayuda de su analista). Otro argumento, que sonaba aparentemente sano, fue que "los locos son más felices cuando los visitantes se

introducen en la sala". Esto poco a poco se podría traducir en el sentido de que la parte loca del paciente sería mucho mejor si las partes infantiles de ella, que habían reconocido el valor de la analítica de mama, también se volverían locos de nuevo.

Sarah materiales ilustra el poder enormemente persuasiva de la parte esquizofrénico delirante de uno mismo y la forma en que se propone seducir y pervertir las zonas más habituales de los pacientes personalidad . Esta es una característica muy común en los pacientes esquizofrénicos. También ilustra la lucha entre la parte esquizofrénico de la paciente y las partes infantiles más sanas de la personalidad . Para el propósito de la presente discusión, sin embargo, el caso de Sarah (como la de Iris) ilustra cómo, a través de proyectiva identificación , un delirante transferencia se puede crear lo que enmascara y se confunde en la repetición de la experiencia infantil del paciente. Sarah sintió que las partes sádicas de sí misma, "su locura", podrían entrar en la mente del Dr. O como enemigos que le podría abrumar.

También hubo un surgimiento gradual de una más infantil positivo transferencia al Dr. O., lo que representa un objeto externo o parte-objeto . Ella tuvo que luchar para ayudar a los buenos sentimientos infantiles separados de los malos delirantes para recibir algo nutritivo del análisis .

La transferencia erótica

Una segunda característica de la psicótico transferencia en el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos es que tienden a desarrollar una fuerza erótica transferencia desde el principio del tratamiento. He mencionado en el capítulo 10 lo que he aprendido de la experiencia hace muchos años que si esta transferencia se interpreta desde el principio en el tratamiento a nivel edípico, el paciente se vuelve rápidamente más confuso, alucinado y negativista. A veces puede ser casi imposible de continuar el tratamiento. Como ya he mencionado en el capítulo 1, he considerado que la razón de esta dificultad es la naturaleza concreta de la paciente esquizofrénico pensamiento y el sentimiento. Él o ella tiene la mayor dificultad para

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 228 -

diferenciar entre la fantasía y la realidad . Por lo tanto las interpretaciones del analista se sienten como sugerencias concretas en lugar de las interpretaciones de las fantasías del paciente. He descrito cómo en algunos de mis primeros trabajos me dieron un buen susto cuando los pacientes respondían a las interpretaciones sobre su atracción a mí como terapeuta como invitaciones sexuales. He encontrado que en estas circunstancias, cuando los pacientes sienten un avance sexual directa se ha hecho, reaccionan de varias maneras. Pueden disminuir tímidamente, responder positivamente al hacer avances sexuales, o responder de una manera persecutoria experimentando la interpretación como un asalto sexual real. Esto puede explicar por qué muchos pacientes esquizofrénicos han sumido en un estado de esquizofrenia aguda, en una o dos sesiones, por los intentos de interpretar el Edipo sexual transferencia desde el principio en el análisis .

Para entender lo erótico transferencia clínico y teóricamente creo que es necesario examinar, en primer lugar, la psicopatología de la perturbación de la simbolización que conduce al hormigón pensamiento . He aprendido a interpretar los procesos de ego división y proyectiva de identificación del inicio del tratamiento y que cuando esto se hace las interpretaciones son menos propensos a ser mal entendido. A menudo no erótico incontrolable transferencia se desarrolla. Sin embargo, proyectiva excesiva identificación (con su creación masiva de objetos fusionados con el auto) interfiere con la simbolización verbal y el pensamiento y hace que la interpretación no es sencillo. Es proyectiva de identificación , que es responsable de la concreción del pensamiento esquizofrénico procesos y que aumenta la tendencia a desarrollar un erótico incontrolable transferencia . Mi comprensión de la relación de proyectiva identificación , ego división , y concreta el pensamiento me ha llevado a insistir en que la interpretación de los procesos del ego división debe tener prioridad en el tratamiento de la esquizofrenia a través de cualquier otro material de que se informa; hormigón pensamiento conduce a la incomprensión constante de las comunicaciones con el mundo exterior, lo cual es particularmente grave si se incluye la falta de comprensión de las interpretaciones del analista de la erótica transferencia .

Los orígenes de la erótica transferencia del esquizofrénico son dignos de estudio. A pesar de que aparece en la superficie que la mayoría de los esquizofrénicos constituyen una erótica de transferencia que se asemeja a una situación edípica, la investigación analítica más detallada revela que el analista es por lo general como un objeto parcial , de mama o de pene . Ya he mostrado cómo puede suceder esto en el paciente hebefrénica, Sarah, discutido anteriormente en este capítulo. Sarah a veces mirar los genitales de su analista oa otras veces en el pecho. Relación infantil de Sarah a la mama parece haber sido muy

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 229 -

erotizada, situación que habría sido probable que interfiera con su normal, satisfactoria mama experiencia y se repite en la transferencia de relación. Cuando fuertes sensaciones eróticas acompañan la relación con la mama a menudo hay una

confusión entre el pezón y el pene, una devaluación del papel funcional de la mama, y las fantasías delirantes de una relación sexual con la madre. Por otra parte, la experiencia del niño de sentirse pequeño y necesitado de la mama puede despertar fuertemente omnipotentes envidia, sentimientos sádicos. Estos son acompañados por sentimientos sexuales elaborados en fantasías de masturbación. A menudo se llevan en el esquizofrénico a un delirante toma de control de la función de la mama / madre, que en estas situaciones se experimenta como seductora, tentadora, y frustrante.

De hecho, Sarah ilustra esta afirmación particularmente bien. Ella se haría cargo del papel de la atractiva madre especialmente después de los descansos de fin de semana en el análisis. Ella entonces tratar Dr. O. como el bebé, pero burlarse de él con preguntas como: "¿Cómo le gusta a mi novia? (Refiriéndose a una mujer que estaba en amor con.) Después de esto, ella le ofrecería sus pechos para chupar, burlándose de él, al mismo tiempo con los gestos y la limitación de las interpretaciones Dr. O. 's. En otros tiempos esto fue demostrado por el roce de sus pechos, o mostrando su fosa cubital, que a menudo se quedó un sexualmente excitante mama, probablemente confundirse con la vulva. Al mismo tiempo se podía pasar por alto y se burlan Dr. O. con "Así que todavía estás aquí?" En estas circunstancias ligeros errores en la parte del analista parecían aumentar la excitación erótica. Sarah, en lo infantil de transferencia, que se cree en el poder de sus omnipotentes fantasías de masturbación relacionados con la participación en la mente y el Dr. O. 's cuerpo y lo controla todo. Por ejemplo, Sarah iba a explotar en un torrente de burlas y mímica en cualquier gesto expresivo involuntario o una expresión facial que el Dr. O. hizo como una desviación de su conducta habitual. Se trataría de hacer reír al comportarse de una manera particularmente divertido, o tratando de evocar los movimientos en el analista por entregarle cosas y pedirle lo que eran, o haciendo referencia a los objetos detrás de él, tratando de hacer que darse la vuelta. Si el Dr. O. cayó en la trampa que se convertiría emocionada y con frecuencia mostró su entusiasmo por los movimientos de masturbación con su cuerpo o las manos. De vez en cuando, en tales situaciones, el Dr. O. parecía ocupar el papel del padre en la transferencia expresada por fálica bromas y comentarios como: "Doctor, usted tiene un gran personal." Pero a menudo se hizo evidente que a través de este intento sexual seducción la madre analista / sedujo agresiva de su función normal de alimentación, probablemente como resultado de la paciente la frustración o la envidia.

Para ilustrar la forma en que lo erótico transferencia está ligada

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 230 -

con proyectiva de identificación, así como las dificultades que vayan surgiendo, quiero traer un poco de clínica más detallada materia de Sarah análisis. Dr. O. había informado de que, a pesar del sistema delirante, una transferencia había desarrollado en un nivel infantil en la que se representa principalmente la mama o una persona que podía depender de más. Sin embargo, considero que el proceso esquizofrénico parecía esencialmente con entusiasmo narcisista masturbatoria. Esto se pretende sustituir la necesidad de que la dependencia en el pecho por completo, o tomar delirante sobre el apasionante madre rol o en otras inversiones de la madre / mama relación / niño. Lo haré ahora una vez informe interpolar Dr. O. 's sobre un determinado fase en el análisis (en letra cursiva) con mis pensamientos sobre él (en letra romana).

En la sesión antes de la que quiero que informar, dijo Sarah, "Ellos piensan que pueden gobernar el mundo, pero es la persona que realmente tiene lo que tiene el poder." En consulta Sarah explicó en su idioma delirante que el líder del experimento planeado para gobernar el mundo, pero su propia popularidad iba en aumento y le daría la eventual poder. Dr. O. consideró que esto implicaba que Sarah estaba pasando de la situación de sentirse perseguido a convertirse en la persona que omnipotentemente asumió el papel importante. Como el Dr. O. consideró que había sido previamente evidencia de que algún buen sentimiento se había establecido a él como la madre de alimentación, les explicó que el bebé parte del paciente identificado con el pecho bueno y se hizo cargo por completo el papel de la mama analítica. Mientras tanto, había un peligro cada vez mayor de que el Dr. O. tuvo un pecho fuera vaciado y se consideró que hacerse pequeños, débiles, y en su poder. Como ocurrió el material poco antes de Navidad, el Dr. O. sintió que implicaba que sería totalmente dependiente de ella y no pueden salir de ella. Agregó que esto llevaría al peligro de que Sarah se interrumpía el tratamiento, ya que casi pasó algún tiempo antes. Al hacerse cargo de la mama por completo en el tratamiento, Sarah creía que podía hacer todo por sí misma y no necesita tratamiento. Ella respondió que todo el mundo sabía que todos los hombres son iguales. "No es justo", explicó, "para usarme como un animal experimental. Dr. O. sentía que podía interpretar a Sarah que este comentario era una protesta de su parte del bebé que se quejaba que necesitaba el análisis y no se sienten a menudo necesario. En otras palabras, él pensó que el análisis en este punto se había puesto en contacto con su resentimiento infantil contra el importante, la madre necesitada, representada por el Dr. O.

• *Lo que noto es que el Dr. O. concentra sus interpretaciones sobre lo infantil transferencia. Él no se refiere a la delirante transferencia que el paciente se dirige conscientemente con él. Yo hubiera pensado que en este momento el Dr. O. tendría que recordar que Sarah se había quejado de que no estaba cuidando*

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 231 -

suficiente para ella. Él la estaba utilizando para sus propios fines de hacerse importante y dejar a su pequeña y sin protección. Sin embargo, hizo hincapié en que Sarah había tenido éxito en la lucha contra este sentimiento, lo que la hizo sentir más amable y más fuerte. Siento la declaración de Sarah que todos los hombres son iguales, y no es justo para usarla como un animal de experimentación es una continuación de la denuncia que se siente mal, ella no se cuida y se le hace sentir inferior. Ella afirma su derecho a ser amado y cuidado. Yo he interpretado a lo largo de estas líneas, probablemente añadiendo que si ella siente que es digno de ser amado, pero se da cuenta de que todavía necesita Dr. O., ella siente que es importante para ella, y esto aumenta la sensación de estar pequeña. De esta manera, el Dr. O. habría dejado claro que es consciente de que Sarah le experimenta como superior, sin importarle, y el uso de ella para fines egoístas. Creo que Sarah está resentida contra él porque ella experimenta sus comentarios como frotar en su propia importancia. Él se siente estar mostrando.

En la siguiente sesión el Dr. O. informó que Sarah apareció por primera vez con un secador de banda, pero de la que no pudo dar ninguna información. Interpretó este pelo-banda como una representación del pecho bueno interna. Funcionamiento con él, como el análisis, mantuvo sus pensamientos en orden. Dr. O. informó que había habido otro material antes de que la función del análisis, ya que ayuda a su mente, había ilustrado. En su opinión, la presencia de los cabellos de banda también mostró que las interpretaciones de la sesión antes, sobre la amenaza de interrumpir la relación en el análisis, han contribuido a fortalecer la buena relación. Después el Dr. O. poner esto en palabras Sarah estaba al principio en silencio. Entonces ella dijo: "Cada paso de la crueldad es un paso atrás, al igual que todos los pasos de la bondad es un paso adelante." Su mano hizo un gesto un movimiento masturbatorio. Y continuó: "Una persona rica que ha crecido en riqueza y desperdicia su tiempo dando droga, como a los caballos, no se ve como parte de la vida y no es por lo tanto" - torciendo su pelo - 'como se desarrolla intelectualmente como basurero. Él, al menos, la gente se reúne y hace un trabajo útil.

Dr. O. recordar que en las últimas referencias a la crueldad había sido entendida como una referencia a la masturbación anal cruel. Torcer el pelo es también una expresión de la masturbación usado antes. Su respuesta, por lo tanto, parece dar a entender que quería ilustrar con el pelo-banda que algo de movimiento hacia adelante había tenido lugar. El rico fue en general una referencia al líder de la prueba en el sistema delirante, por lo que el Dr. O. trató de mostrar ella, después de reconocer el ridículo en su discurso del líder del experimento, que todavía parece hacer propaganda a la bebé parte de sí misma. Afirma que su dedo masturbatoria puede hacer más para desarrollar su mente que el pezón de la mamá en la boca. Esto está implícito en la masturbación, torciendo su pelo implicaba hacer un trabajo útil. Dr. O. confrontó

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 232 -

ella con la falsedad de esta afirmación propaganda mostrándole que por el momento parecía, con los dedos el pelo enrollado del cabello, para ser de nuevo sustituyendo el análisis del pelo de banda, lo que parecía ser la celebración de su mente juntos.

- Creo que Sarah estaba dando a entender que tenía el pelo de banda para mantener su mente juntos. Sin embargo, ella es, obviamente, muy seguro de ir hacia adelante o hacia atrás. Ella parece darse cuenta de que el acto de crueldad se va hacia atrás. Ella quiere seguir adelante. Pero yo no creo que ella está claro cómo se puede seguir adelante. Probablemente ella siente que tiene que hacerlo por su propia masturbatoria fantasía, porque es demasiado incierto sobre el Dr. O. en este momento. Creo que su discurso acerca de la persona rica que desperdicia su tiempo dando la droga es un ataque contra el líder de la prueba, que es una figura delirante interna, sino también el analista. En ese momento, ella siente que el Dr. O. es el que hace discursos de propaganda, que ella llama dando la droga pero que llamaría a hacer el trabajo útil. Ella piensa que su propuesta está conduciendo su revés a fantasías crueles, que parece estar luchando en contra. Ella siente que hay alguna posibilidad de ir hacia adelante cuando ella es capaz de sentir y experimentar algo de bondad.

Después el Dr. O. 's última interpretación Sarah ajusta el pelo de banda, se ajustó la falda, cerró el cierres de cremallera del bolsillo, y le dijo: "Tú eres un tonto." Al ser cuestionado sobre esto, ella explicó que el Dr. O. debe saber que los locos no saben que están locos. Dr. O. respondió que se da cuenta de esto y está de acuerdo con él, pero le sugirió que la dificultad en este momento se refirió a la parte de su bebé. Ella no quiere saber que ella es dependiente de la mamá analítica. Se trata de la ayuda externa que preservará su cordura. Él también relacionó esta idea a fantasías de buenos padres, que se produjo en la última sesión como el establecimiento de buenas conexiones de Sarah. Pero, después de un silencio, dijo Sarah- Pero usted es un tonto por tráfico de droga, usted podría estar fuera haciendo con el oxígeno. Dr. O. había establecido que este oxígeno ha sido durante algún tiempo un símbolo para el semen. Sintió el material, por lo tanto, indicó que de repente una confusión en la mente de Sarah sobre la relación de la mamá, el pezón y el pene. En la sesión antes había habido referencias al oxígeno ya la relación sexual entre los padres, así que trató de diferenciar entre la confusión en la mente del bebé. Su bebé de uno mismo está centrado entre el pezón, que entra en la boca y en la que ella se siente dependiente pero que ella confunde con su adicción a la masturbación, y el pene de su

padre, que se siente en el fin de semana para ir a la boca de la madre para alimentarse y restaurar ella. Su demanda ", que podría estar haciendo fuera con oxígeno", por lo tanto, se refiere a su bebé auto alegando que el pene podía servirla en una mejor manera, sin la dependencia de la analítica

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 233 -

pezón. Sería mejor para ser el papá / la esposa de s de la momia / analista analista bebé s.

- *Creo que el Dr. O. aquí había dado cuenta de que Sarah estaba muy confundido. Él estaba tratando de resolver esto y le ayudará con la confusión. Pero Sarah parece haber sido insistente en señalar que lo que ha sido un tonto. Repitió esto varias veces. En particular, ha sido un tonto por tráfico de drogas. En otras palabras, Sarah debe haber sido muy consciente de que había algo falso pasando. Ella se sentía que esto era una situación propaganda que no deriva sólo de ella. Quería Dr. O. para afrontar y reconocer la falsedad. Por su insistencia en que los locos no saben que están locos Sarah también pregunta el Dr. O. para mayor asistencia. Ella quiere ser ayudado a salir de su confusión por lo que puede llegar a ser más capaces de distinguir entre sus fantasías locas y sus ideas sensatas. Ella necesita desesperadamente esta ayuda. Si esto es correcto, la acusación de tráfico de drogas es una acusación contra el Dr. O. Él es el que hace la propaganda que tiene un efecto hipnótico y confuso para ella. Eso le arrulla en un estado narcotizado donde ella no piensa con claridad.*

Diferenciación de la droga y el oxígeno Dr. O. 's parece estar en lo cierto. Permite la confusión para ser interpretado con mayor claridad. Pero creo que la referencia frecuente a la droga y las acusaciones relacionados con ella enfatizar lo importante que es escuchar a las repetidas acusaciones de este paciente. Ella se quejaba de algo Dr O. parece estar haciendo. Si él podía entender esta acusación podía ser consciente de sus errores y confusiones e interpretar a Sarah con mayor claridad. De hecho, su interpretación de oxígeno como algo que da vida, pero sexual en relación a los padres, trae un erótico transferencia a la luz.

Después de un silencio, Sarah dijo: "Tú eres un taladro, un gran agujero. En el interrogatorio, explicó que es "el aburrido con esta droga", pero ella seguía mirando sus propios brazos. El nuevo interrogatorio Sarah reveló que tenía una inyección una vez. Ella preguntó al Dr. O. el nombre de la vena. Se encontró diciéndole. 'Oh!' -dijo-, pensé que era diferente ", y me emocioné. Dr. O., dándose cuenta de su error, y luego interpretó que la parte pequeña de la paciente fue ahora asegura que ella era la mamá que recibe el pene, la aguja de gran calibre, del papá analista. Reconoció que se había equivocado al responder a la pregunta como si fuera una enfermera, y mostró cómo, al hacerlo, había confirmado concretamente la idea. También explicó que detrás de este bebé pretensión de ser la momia se encuentra el miedo al bebé de ser poco interesante para el analista momia, que dejará ella en las fiestas de Navidad que viene

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 234 -

sin ningún deseo de regresar. En ese momento apareció material muy interesante. Sarah ató el cordón, ajuste el pelo de banda, y explicó: "Se mantiene el deslizamiento. Dr. O. interpreta que ella estaba diciendo que había cometido un desliz que podría evitarse si podía atar su propia mente (que representa tanto la buena mamá y papá) con más seguridad juntos. Entonces sería más seguro.

- *Creo que las interpretaciones Dr. O. 's ahora se vuelven más diferenciados y son más útiles para el paciente. No obstante, es interesante que en el ajuste de su pelo de banda, explicó: "Se mantiene el deslizamiento. Esto fue interpretado por el Dr. O. que había cometido un desliz. Sin embargo, Sarah no se refería a un error sino a una variedad de errores que había cometido. El pelo de banda había mantenido deslizamiento - como he tratado de aclarar con mis comentarios anteriores. Por lo tanto, habría sido útil si el Dr. O. se había referido a algunos de los otros se desliza también. Puede que todo haya mencionado la necesidad de Sarah constantemente a repetir que él le estaba dando drogas, en referencia a sus interpretaciones confusas, que ella experimentó como propaganda de su parte que le impedía pensar con claridad. En cualquier caso, el material de que acabamos de describir trajo Dr. O. con mayor claridad en contacto con los errores que había cometido, y las restantes interpretaciones que hizo fue muy pertinente.*

Sarah se convirtió entonces en muy tranquilo y con sueño como un bebé. Parecía mucho más en contacto con la parte del bebé, después de haber recibido un feed - ella estaba bostezando, ojos caídos. Ella también miró el reloj, haciendo hincapié en la importancia de la sesión final en el tiempo y no querer inmiscuirse seduciendo Dr. O. en la fabricación de un nuevo error. Al salir de la sala de consulta Sarah rió burlescamente a su madre, tanto en la sala de espera y en la calle.

- *Es interesante que mientras el bebé / de mama relación en esta sesión podría rápidamente ser restablecido por*

la interpretación de la, banda de pelo antideslizante encaje para empatar el material, parte de la inversión burlona del bebé / madre relación fue aún siendo actuado por fuera.

El material de que he presentado aquí contiene muchos puntos que no puedo desarrollar en detalle. Ilustra sobre todo la facilidad en una situación frustrante, por ejemplo antes de un día de fiesta, omnipotentes fantasías de masturbación en relación con el proceso esquizofrénico se confunden con la dependencia infantil en el pecho / pezón. La confusión entre el pezón y el padre's pene se incrementó en el bebé estar enojado por la necesidad de la mama. Esto tuvo

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 235 -

reforzado la tendencia a rebotar en la identificación con lo erótico madre y así escapar de la dependencia. El material de ilustra cómo una equivocación analítica puede dar lugar a graves actuar. Dr. O. confirma, respondiendo a la pregunta sobre el sentido, que la afirmación de la omnipotencia del bebé de ser la madre es una realidad. Esto implicaría que la parte del bebé normal y la buena relación con la mama se pierden por completo. Excitación masturbatoria sería violento. En realidad, Sarah notó el error, ya que estaba muy sorprendido por la respuesta - "Pensé que era diferente. Excitación de Sarah en esta situación particular no era tan grave por dos razones. En primer lugar, el Dr. O. inmediatamente reconoció su error y se analizó en detalle la delirante identificación con la madre. En segundo lugar, en el análisis hasta la fecha el Dr. O. había hecho algunos errores y se había manejado la transferencia también. Algunos seguridad real en relación a una madre la figura se estaba desarrollando. Esto explica también la sorpresa de Sarah sobre su error.

Después de aproximadamente quince meses de tratamiento, el Dr. O. informó de una transferencia situación en desarrollo, que es muy reveladora.

Después de fines de semana, el lunes, por lo general riendo y bromeando con respecto a la excitación sexual durante el fin de semana. Siempre ha sido el patrón que la retirada del analista - como un importante objeto externo - el fin de semana lleva a la excitación masturbatoria genital o anal. En lugar de ser informado por el paciente, esto se demostró siempre. Para el martes que suele ser más tranquilo, a menudo presiona su labio en un solo lugar, como para sostenerlo, lo que parece un intento de presionar su boca en contacto más estrecho con el Dr. O., representante de la mama. Para el miércoles está por lo general muy ocupados tejiendo una diadema, que se va a sustituir a la perdida. El pelo-banda tiene de sesiones anteriores, como la reportada anteriormente, el significado de la celebración de la buena mama interno en su lugar, lo que implicaría una mayor claridad en el pensamiento y devolver la cordura. Sin embargo, tan pronto como un mejor contacto es establecido - y se muestra esta llevando el cabello banda el jueves - la depresión se hace muy visible, y casi se sacude con una emoción interior. El pelo de banda comienza a deslizarse hasta las orejas y los ojos hasta el viernes, cuando se vuelve preocupado por el próximo fin de semana, el hairband cae sobre su rostro, dándole un aspecto ridículo. Al mismo tiempo, la digitación de los cambios en la boca, ella comienza a acariciar sus labios y juega con ellos. Esto se asemeja a la masturbación con tanta claridad que el Dr. O. es capaz de demostrarle que el buen contacto con el análisis está cambiando de nuevo en uno masturbación antes del fin de semana. Para ello, responde ella, con un fuerte acento americano (Dr. O. es estadounidense), "Cambio y fuera", reconoce el mensaje recibido.

- Uno tenía por supuesto esperar que, a pesar de la cooperación de los

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 236 -

el paciente, la repetición de la situación sería continuar durante un largo tiempo antes de que se podía esperar cualquier movimiento adicional. Desde el punto de vista de nuestra discusión, es importante que la erótica transferencia durante la semana se reduce en gran medida a menos que existan perturbaciones externas.

Lo erótico transferencia que he descrito es una gran perturbación del desarrollo de un país no erótica positiva mama relación en el análisis, en el que lo normal de desarrollo se basan y el progreso analítico. He tratado de dejar en claro que lo erótico transferencia es causada principalmente por apartarse de la buena mama relación debido a sentimientos de frustración, celos, y sobre todo el resentimiento y la envidia. Por rápida y omnipotente poniéndose en el lugar de la madre o del pecho, el paciente esquizofrénico, repitiendo una situación de bebé temprano, se engaña a sí misma que ella es la madre, es mayor de edad, se puede casar, etc Como se trata de un omnipotente delirante fantasía del bebé, el cuidado tiene que ser tomado para mostrar esto al paciente y otra vez para traer de vuelta a un contacto no delirante. Este movimiento generalmente lleva de nuevo al resentimiento se hace sentir pequeño por la madre / analista, que fácilmente puede conducir de nuevo a la inversión si no se interpreta de forma detallada. Es importante no confundir las fantasías sexuales delirantes de la esquizofrenia con la situación edípica real que puede desarrollarse sólo cuando un no-erótica de mama relación se ha establecido con seguridad.

El desarrollo de la psicosis de transferencia en la esquizofrenia está siempre en peligro. Incluso si el analista logra

contenerla todavía puede haber todo tipo de problemas externos. Para ilustrar la dificultad que puede surgir Quiero ahora discutir algunas consecuencias de los defectos en la configuración o manejo del paciente esquizofrénico. Yo, una vez más, utilice el caso de Sara, como un ejemplo.

Dr. O. informó varias perturbaciones del proceso analítico como resultado de defectos en el ajuste o la intrusión en el proceso. Sin embargo, se hicieron menos explosivo que la terapéutica transferencia a la mamá estaba más fuertemente establecida. Negligencia o estupidez padres, las dificultades del personal del hospital no psicoterapéutica orientada en cooperar en el tratamiento; errores técnicos por parte del analista, nuevos zapatos, movimientos expresivos y gestos suyos, respondiendo a las preguntas que necesitan ser interpretados, alentando al paciente demasiado fuerte para tumbarse en el sofá, y los acontecimientos del mundo (Profumo asunto, la muerte de Gaitskell y Kennedy) - todos han jugado su parte. Quiero dar dos ejemplos.

En primer lugar, los padres de Sarah en el inicio del tratamiento se les dijo que mandan los cánones de análisis al Dr. O. por correo con el fin de no perturbar el

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 237 -

paciente. Sin embargo, sus padres una y otra vez pidió a Sarah para dar Dr O. las tasas de análisis en un sobre, que siempre dio lugar a varias sesiones distrubed. Cada vez que esto sucedió delirante materiales se incrementó en las sesiones. El líder del experimento se habla, o Sarah daría una actuación muy convincente de ser una prostituta que estaba contando el dinero recibido de sus clientes, levantando sus faldas, frotando sus muslos, etc En esas situaciones, el bebé parte ella afirma que el analista / mamá no la trataba de la preocupación y el interés, pero todo por el bien de dinero. Así que, al tomar el papel de la prostituta / madre , demostró que ella estaba interesada sólo en el dinero y no tenía tiempo para los bebés , etc

Es, por supuesto, muy difícil convencer a los padres, sobre todo los más ignorantes, como los padres de la paciente, en cuanto a la importancia de la gestión analítica del paciente esquizofrénico. Un consejo muy detallada general debe darse al inicio del tratamiento.

Un segundo ejemplo es que el psiquiatra en el personal del hospital donde Sarah fue tratado en ocasiones inadvertidamente causó una conmoción en el tratamiento, que duró alrededor de una semana. Sarah era a menudo lo suficiente como para quedarse en casa durante varias semanas, pero cuando ella se perturbó tanto a sus padres o que ella misma tenía el derecho de pedir la admisión en el hospital. En estas ocasiones, el Dr. O. iría al hospital y ver al paciente al mismo tiempo que la vería en su consultorio, pero, debido al tiempo que tarda en viajar, por un período un poco más corto.

Un jueves, previo al incidente que me estoy informando, Sarah había entrado en el hospital a petición propia a causa de agitación y la depresión en la cabeza. El lunes después del fin de semana el Dr. O. se recibió en la puerta de la sala por el psiquiatra, que lo fue de prisa a la sala de interrogatorios, que parecía muy preocupado. Dr. O. fue momentáneamente miedo de que algo grave había sucedido. Pero cuando se enteró de que el problema era que los padres de Sarah se preguntó si las tasas podrían bajar, cortó la transacción corto. El incidente llevó unos tres minutos en total. Sin embargo, Sarah estaba fuera de la sala de interrogatorios y vio analista y psiquiatra emergen. En la sala de tratamiento después ella fue al principio muy callado, mirando muy paranoico. Los detalles de la situación se explicó a ella, sin que, de hecho, culpando al psiquiatra. Su estado de ánimo se suavizó un poco de actitud superior, se deslizó adentro, y en tonos judiciales dijo: "Cuando usted introduce algo antes de los ojos de alguien que no se pueden ver, el resultado está obligado a ser que todo el mundo se ve envuelto. Explicó esto más adelante en su camino delirante. Ella creyó que esto era parte de la televisión

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 238 -

difusión del experimento que daría lugar a todo el mundo convirtiéndose en su amigo y enemigo, el Dr. O. 's. Sin embargo, el Dr. O. interpreta lo infantil transferencia , es decir, que el bebé se sentía de haber sido testigo, debido a la falta de cuidado parental, la verdadera unión de los genitales en el coito. Ella, con razón, sentía que esto había excitado excesivamente cada parte de su mente y era un espectáculo que los bebés no pueden ver sin daño. Su comportamiento en la sesión fue bastante provocativa, ella estaba sentada con las piernas al descubierto, mirando con picardía al Dr. O. "¿Qué estás pensando ? ... Usted *es* malvado Usted no es mal parecido, ya sabes. " Toda la hora se dedicó a la interpretación de los efectos del incidente y cómo había aumentado la erotización de la relación con la mamá , el retorno del pezón / pene confusión, la proyectiva identificación con la prostituta / madre , etc

La siguiente sesión fue en el consultorio Dr. O. 's (que el paciente tenga mientras tanto regresó a su casa). Fue precedido por Sarah marcha su madre en la carretera, diez metros por delante de ella, antes de la sesión. Del mismo modo que sucedió riendo y comportamiento tiranizar a ella al final, el comportamiento que era típico cuando Sarah era sexualmente sobreexcitado. Al final de la sesión siguiente entró en el jardín delantero de la casa de Dr. O. 's, miró por la ventana de la sala de consulta, y se rió con entusiasmo. A través de todas estas sesiones, este incidente con el psiquiatra, que representa una escena primitiva de ella, se trabajó sobre de muchas maneras diferentes en la transferencia . Contacto con el Dr. O.

lentamente fue restaurada, y se volvió más serio y comenzó a establecerse de nuevo en la mirada de la boca Dr. O. 's. En ese momento su boca representada principalmente el objeto parcial respecto a la mama , lo que representaba el buen contacto no sexual con el pecho . Al final de la semana que seguía regañando Dr. O. un poco. Él, a pesar de todo, parecía haber sido culpado por este incidente. Ella dijo: "Lo primero que le preguntarán en la corte es su nombre, y qué se puede responder si no es real? Cualquiera persona puede demandar a usted, especialmente para la crueldad, porque la evidencia está por todas partes, a plena luz del día. " Estas declaraciones fueron, por supuesto, una y otra vez se recogen en detalle en relación a lo que había presenciado, mostrando tanto su excitación sexual y sus sentimientos paranoides suscitado por este incidente. Sólo fue gradualmente el status quo restablecida en la transferencia .

El caso de Sarah ilustra, pues, dos requisitos muy importantes en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos: primero, la necesidad de estar constantemente alerta y de interpretar el delirante transferencia , en segundo lugar, la necesidad de examinar el material de mucho cuidado para la crítica del analista y su relación con el delirante transferencia . La eyaculación interpretación

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 239 -

de las relaciones infantiles o edípica puede tener efectos muy perjudiciales, especialmente si el delirante transferencia se ignora.

Nota

¹ Esta representación corresponde a los sueños de nuestros pacientes neuróticos cuando los senos son con frecuencia representados por dos niñas.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 240 -

12. La identificación proyectiva y dificultades contratransferencia en el curso de un análisis con un paciente esquizofrénico

En este capítulo quiero ilustrar la importancia de la comprensión de la lucha contra el del analista transferencia de reacción como un medio fundamental para la comprensión de las comunicaciones de un paciente esquizofrénico, expresadas a través de la poderosa proyectiva identificación . Emociones muy violentas de amor y odio , sentimientos de confusión grave y severamente desintegraron estados de ánimo pueden ser transmitidos a través de las formas primitivas de proyectiva de identificación que a veces no son registrados en una forma fácilmente comprensible por el analista. Cuando las emociones son particularmente violenta el analista puede sentirse abrumado y ser incapaz de funcionar como un contenedor. En esos momentos el paciente comunica no verbalmente por una fuerza hipnótica primitivo. El analista puede entonces desarrollar contra-defensivas transferencia reacciones, tal vez sintiendo enojado. Sólo más tarde, puede darse cuenta de que lo que siente es la desesperación y la depresión relacionada con un sentimiento de fracaso. En el análisis de ahora voy a reportar el analista consideró que el confuso proyección fue un ataque contra el análisis , una especie de anti- comunicación que podría destruir por completo la relación analítica. Depresivo contra-de un analista de transferencia es a menudo percibida por un paciente neurótico, pero más aún por un psicótico. Los pacientes psicóticos tienden a exagerar el alcance de su analista de la depresión y pueden engañarse a sí mismos de que el analista es tratado injustamente. Estos delirios deben ser diagnosticados temprano, porque para proteger el analista, el paciente puede ir tan lejos como para intentar suicidarse.

Dr. N. presentó María, una paciente hebefrénica, en mi seminario en varias ocasiones. La primera vez que la vio en su clínica cuando tenía veintiún años. Se había vuelto manifiestamente mal cuando tenía dieciséis años. Hasta entonces había sido un éxito en la escuela y no

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 241 -

anormalidad se había dado cuenta. A los dieciséis años, sin embargo, empezó a fallar en la escuela y su relación con su madre cambió. Se hizo obstinado e irritable, y esto se combinó con infantilismo excesivo. También habló de voces en su cabeza. En un primer momento se le diagnosticó hebefrénica, pero hasta que se estableció que estaba alucinando no quedaba alguna duda. Cuando se confirmó el diagnóstico que le dieron medicamentos neurolépticos. Durante este tiempo, María hizo un intento decidido a arrojarse frente a un tren. No hay un tratamiento psicológico se organizó hasta tres años más tarde, cuando el Dr. N., un analista que trabaja en la clínica psiquiátrica, fue abordado por la paciente madre , quien le

pidió que tratarla analíticamente. María había comenzado a quemarse con colillas de cigarrillos y cortarse con cuchillas de afeitar. Al principio el Dr. N. negó a tratar María analíticamente. Temía que un paciente esquizofrénico era imposible de analizar. Pero tres años más tarde, cuando su tendencia a cortarse mal se hizo aún peor, comenzó el análisis con sus cuatro veces a la semana y se unió a mi seminario regular.

Acerca de María historia que quiero mencionar en esta etapa sólo que ella tiene dos hermanos menores: un hermano dos años menor y una hermana cuatro años menor. En el momento del nacimiento de María su padre estaba muy enfermo. Él tenía ataques epileptiformes, y un tumor cerebral se sospecha que remitieron a una operación de cerebro. Parece ser que durante su embarazo y el primer año de la vida de María la madre debe haber sido muy preocupado de su marido enfermedad. Este fue un hecho que la propia María informó a la terapeuta. Otra situación traumática para ella fue el suicidio de un tío, su padre, hermano 's, cuando tenía diez años más o menos. Parece que su madre y su tío pudo haber tenido un amor aventura. Su madre es bastante desequilibrante, le encanta hablar y que a menudo la gente inunda con la necesidad de hablar demasiado. Su padre es cariñoso, sino más bien débil. María parece tanto a ser muy aficionado a su padre y le desprecian a causa de su debilidad. Ahora voy a interponer informes del Dr. N. (en cursiva), con mis comentarios (en letra romana).

Cuando María se presentó primero en el seminario el Dr. N. destacó que su tratamiento era para él especialmente difícil y tedioso. Ella habla de una manera muy confusa y muy tranquilo y es difícil escuchar o incluso escuchar a todos. En el principio de vez en cuando le preguntó qué había dicho porque no podía entenderlo. Pero sería entonces en silencio por diez a quince minutos. Debido a que tuvo que dejar su interrogatorio. Sólo mucho más tarde fue posible pedir María veces lo que había estado diciendo. A pesar de esto el Dr. N. sentía que estaba muy decidido a hacerse entender. Ella estaba con frecuencia muy enojado con ella porque ha hecho

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 242 -

misma manera incomprensible. De vez en cuando le pasó algo por escrito al Dr. N. Además ella expresarse hacia él de una manera simbólica con las nociones y regalos mágicos. Por ejemplo, ella le dio pintó cuadros que a menudo parecía bastante infantilmente ingenua, pequeños corazones de chocolate, y los granos.

Dr. N. dio un ejemplo de la comunicación verbal: "Todo lo que hago parece ser bastante peligroso, ya que si se incendian. Tonterías, que lo que hago tiene de todos modos siempre estar equivocado, de lo contrario las cosas no serían como son ahora, alguien cierra la puerta. Eso significa que yo y este lugar no me permite seguir adelante en este camino. Lo que debería. Me siento perdido. Esto viene ahora un poco. Se trata de que mis padres se quejaron de mi charla. Oh! Y ahora estoy de nuevo enfadada. Esto en realidad no existe. Pero ese estado existe. Pero no puede existir realmente en la realidad. Pero existe alguna manera. Pero es una tontería, una enfermedad o algo por el estilo. Por supuesto que era así. Sí. En realidad desde hace mucho tiempo que no entiendo nada más. Debido a que no es para mí ningún momento, o algo así. Y si alguien realmente observada, entonces no es más que la realidad de la que se observa".

- *Este es un ejemplo elocuente y típico de la comunicación de un paciente psicótico que trata desesperadamente de comunicarse lo terrible que es vivir en un estado de incertidumbre en cuanto a lo que es real y lo que no es real y lo que tiene sentido y lo que no tiene sentido. Ella se siente condenado por otros, por ejemplo, la madre y el padre, para seguir viviendo en un mundo de aparente sinsentido.*

Dr. N. continuó su informe diciendo que sólo en determinados períodos del análisis fue posible descifrar el pensamiento de María y de hablar, que se había convertido invadido por sus expresiones simbólicas. Él fue capaz de entenderla mejor cuando se dio cuenta de que generalmente se piensa de una manera muy concreta. Mientras que ella estaba pensando ella consideraba ciertos ruidos que existieron en la realidad externa como algo significativo en un sentido personal específica, su estado de ánimo también fue influenciado por las voces que oía.

- *A pesar de todas las dificultades que María hizo una evidente mejora a través del análisis. Era posible que ella estuviera fuera del hospital durante mucho tiempo. Ella incluso fue capaz de completar su educación escolar interrumpida, para poder estudiar, y para participar en seminarios sobre enfermería y niño cuidado. Dr. N. encontraron esta sorprendente ya que todavía se estaba comportando de una manera psicótica y no cuando estaba con él.*

En el análisis quedó claro que María sintió que era una niña muy pequeña y quería meterse redonda sobre el piso de la sala de consulta. Se considera a sí misma como parte de Dr. N. 's de la familia y se dirigió a él a menudo como 'papá'.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 243 -

De hecho, ella utilizó su nombre para su propia firma. En ese momento María con frecuencia no se sentó en una silla. Ella se puso en el suelo en la esquina de la habitación detrás de una silla muy grande. También suele evitar mirar Dr. N. y se sentó en una posición tal que ella no podía verlo, pero también utiliza su largo pelo para ocultar su rostro, dejando caer sobre su cara.

Otra dificultad en el análisis fue la tendencia de María a doler la cabeza considerablemente golpeándola contra el radiador o contra el duro suelo. Dr. N. sintió obligado a impedir que se dañe a sí misma. Sentía que María tenía la conciencia arcaica muy cruel que provocaba constantemente a estos graves auto-castigos. También observó que el comportamiento auto-dañino ocurrió sobre todo cuando fue experimentada por María como muy amable. Así lo comunicó claramente a él en una sesión después de haber golpeado la cabeza muy violentamente contra el suelo. Ella se quedó en silencio por un largo tiempo, pero cuando se recuperó de la conmoción de dañarse a sí misma, ella dijo: "¿Por qué eres tan agradable y amable conmigo?" Había esperado que, obviamente, después de que ella había estado hablando en su confusa e incomprensible manera Dr. N. se enojaba y de reproche, y le gustaría pegarle, ya que su madre a veces hacía cuando estaba exasperada con ella.

En otra sesión de María fue de nuevo capaz de arrojar algo de luz sobre su comportamiento. Por ejemplo, insistió en que para sentarse en el suelo en la esquina era su lugar correcto, y cuando se sentía tan mal que se dio cuenta de que era realmente malo y desagradable, por lo que tuvo que sentarse en un lugar tan bajo. Pero también admitió que se sentía a veces como un niño pequeño que sólo podía simplemente gatear, no era capaz de hablar, y sólo pudo jugar. En esa situación se alegró cuando el Dr. N. podía aceptar tal como era.

Dr. N. dijo que cuando empezó a entender algunas de conducta de María y se interpreta esto a ella se dio cuenta de que iba a ser muy sensible. A menudo se podía hablar durante cinco o diez minutos con absoluta normalidad.

- *Este paciente, María, tiene una serie de características en su comportamiento y reacciones al analista que me recuerdan a otros pacientes que también dependían enteramente de la comprensión del analista para encontrar el acceso a su normal de pensamiento y expresión oral.*

Dr. N. reportó algún material después de un análisis de tres años. Él dijo en el seminario que él había oído de María, que se había ido de vacaciones de dos semanas después de la Navidad. Ella lo había llamado inesperadamente a decir que ella estaba haciendo muy bien. ¿Se acepta que ella pudiera alejarse una semana más? Dr. N. dijo que él había estado de acuerdo con esta propuesta y no demasiado rápido y que María había sonado con bastante rapidez también.

María no regresó a la hora acordada. Dr. N. empezó a preocuparse y luego escuchó a un psiquiatra en un hospital mental en otra ciudad. Ella fue internada allí porque había intentado suicidarse, cortándose de nuevo

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 244 -

muñecas profundamente. El psiquiatra consideró que María estaba demasiado enferma para salir del hospital, y esto era por qué no había regresado al tratamiento. Dr. N. informó un poco de material de los últimos diez días antes de que María había ido a la fiesta.

María todavía no lo miraba, pero había entendido mucho sobre ella - por ejemplo, lo peligroso que sentía que era para ellos mirar el uno al otro. A pesar de las mejoras, algunos de los síntomas que hicieron el análisis tan difícil de volver otra vez. Dr. N. informó entonces algún material específico desde el comienzo de la sesión: María parecía bastante oscuro y perdido. Dr. N. pensaba 'Oh! Esta volverá a ser una sesión muy difícil y confusa. Había un montón de silencios y muchos incomprensibles, confundido frases en las que María dijo que ella volvió a escuchar una serie de ruidos y puertas particularmente muy fuertes que se abre. Estos ruidos provenían de la casa junto al Dr. N. 's. En su mente esos ruidos eran siempre relacionados con ella. Tenían un sentido particular, un significado delirante que el Dr. N. le dio una señal de que él estaba presente. En una situación anterior se hizo evidente que había oído los ruidos después de la muerte de su perro, a quien estaba muy unido. A continuación, su único gran amigo tenía que ir a América del Sur, lo que también altera mucho. Porque el Dr. N. sabía que estas alucinaciones tuvieron algo que ver con asegurándole que él estaba presente, llamó la atención sobre el hecho de que era él, porque algo nuevo parecía preocuparla mientras oía los ruidos.

- *Esta interpretación fue, por supuesto, bastante vaga. Uno tiene la impresión de que María, cuando ella estaba planeando irse de vacaciones, ya estaba muy preocupado por el estado depresivo del analista de la mente cuando ella se fue. También hay una pista de que ella teme que el analista va a morir, porque oyó los ruidos tras la muerte de su perro.*

María reaccionó a la interpretación Dr. N. 's al permanecer molesto. También habló en tercera persona, lo cual hizo muy a menudo para crear una mayor distancia. Ella murmuró algo que sonó como un reproche, pero no fue posible que el Dr. N. escuchar qué era lo que dijo. Poco a poco empezó a darse cuenta de que María estaba preocupada por las decepciones que había vivido con él. Luego se enfrentó a ella directamente y dijo: "Creo que usted está hablando de mí y me reprochas debido a algunas decepciones en el pasado." María respondió inmediatamente riendo. Recordó Dr. N. que hace ya mucho tiempo, de hecho, hace más de cinco años, y otro paciente había inventado una trama de pensar y

cultivar pensamientos suicidas. Cuando el Dr. N. visitó el pabellón de ambos relataron sus fantasías suicidas a él en gran detalle. (Dr. N. explicó que en esta situación se había hablado muchas veces sobre este terreno de una manera muy jocosa. Una vez había dicho: 'Si las cosas están tan mal como parece, entonces los tres pueden cometer

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 245 -

suicidarse juntos. ') María se había dado cuenta en ese momento que se trataba de una broma, pero también percibido correctamente que ella y los otros pacientes estaban recibiendo en sus nervios. Debajo de él se estaba volviendo impaciente y enojado y se siente desesperado y deprimido por ellos. María había elegido esto. Dr. N. dijo en el seminario que era increíble que María recordaba cosas tan atrás, mucho antes de que empezara el análisis.

Cuando comenzó el análisis con ella no se dio cuenta la gran diferencia que haría a ella que él la había tratado en un principio diferente, simplemente psiquiátricamente. Explicó que creía que María ya llegó de nuevo con el fin de aclarar algunos de los malentendidos que se había acumulado anteriormente. Estaba claro que ella estaba sumamente preocupado acerca de su comportamiento jocoso, por lo que fue llevado ahora a recordarle de su capacidad para notar sus reacciones negativas a ella. Dr. N. pensó que era como si María estaba diciendo, '¿No puedes explicarme por qué te has portado conmigo en ese tiempo de esta manera?' y quería que él pensara en ello y explicar a ella. Dr. N. informó al seminario que, como María había estado discutiendo ideas de suicidio, él le dijo: "Ahora sé que mucho mejor que por supuesto he entendido mucho más fácil ahora. Pero en ese momento, hace cinco años, obviamente no estaba siempre en contacto con, o sensible a sus sentimientos. Soy consciente ahora que te preocupa mucho con mi comentario jocoso. Después de esto, María lo miró a la cara. Él sentía que había una sensación mucho mejor en la sesión porque ella habló muy claramente. Le habló de una serie de decepciones anteriores con él, todos del mismo tipo. Por ejemplo, le preguntó: "¿Por qué me tienes tanto tiempo en el pabellón cerrado cuando ya no era necesario para mantenerme allí? ¿Por qué no se impide a las autoridades de mi puesta en otro hospital o pupilo? Todas estas reclamaciones fueron presentadas con la pregunta implícita: fue el motivo por el que se había comportado de esta manera porque estaba harto de ella? ¿No le aguanto más? ¿Por eso se comportaba hacia ella de esta forma insolidaria?

- Yo creo que hubiera sido importante para el Dr. N. a preguntarse por qué el material fue llevado por María en este momento. Sentía que era un elemento muy fuerte y positiva en traer estos viejos rencores a la superficie y le da una oportunidad para solucionarlos con ella. Pero en la forma en que discutió este problema que parecía no darse cuenta de que ciertos aspectos de lo que ella ocupaba desde tanto tiempo antes de que seguían siendo pertinentes hoy. Ellos pueden ser particularmente importante en vista de la inminente día de fiesta. En otras palabras, se asustó ella ahora que había vuelto terriblemente deprimido y harto de ella? ¿Era eso lo más urgente cuestión de discutir con ella y tratar de aclarar?*

En la materia se ha mencionado, de María planear el suicidio y preocupante Dr. N. de ello había supuesto jugado un papel muy importante

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 246 -

papel. En ese momento él había conjurado su ansiedad por hacer una broma. Pero fue él ahora está haciendo el mismo error al no tomar el material de suficiente seriedad. Creo que fue muy reconfortante decir que ahora la conocía y entendía su mucho mejor. Tengo la impresión de que el Dr. N. También se sorprendió de que María había recordado y también ha impactado sobre la forma en que se había comportado en el pasado. Es por esta razón que tenía para ofrecerle la seguridad de que las cosas estaban mejor ahora - por sí mismo. La retrospectiva es siempre fácil, pero siempre es muy importante preguntar, cuando estos problemas aparecen en el pasado de un paciente: ¿cuál es el aquí-y-ahora la situación que provoca estas preguntas? Sugiero que María tenía miedo de que el Dr. N. estaba harto de ella y deprimido por ello. Por esa razón, tranquilizando María en el presente debe haber aumentado su miedo. La tranquilidad se siente generalmente por los pacientes como oculta la agresión. A pensar de nuevo cinco años antes de Dr. N. fue bastante claro que debajo de su actitud jocosa se había producido una sensación de depresión, la desesperanza, la impaciencia y la ira con sus pacientes, que se dio cuenta de que ella había recogido.

Dr. N. informó una sesión posterior de la misma semana antes de las vacaciones. Hizo hincapié en que María habló de nuevo en su camino muy oscuro e incomprensible. Sentía que casi tuvo que sacar la información de su ruido y decidió permitir que se vaya a hablar de esta manera la mayor parte de la sesión. Pensó que le estaba dando un descanso y dejar que hable como ella quería. Sin embargo, para el final de la sesión se sentía muy enojado y expresó algo de él. Me dijo: '¿Por qué siempre se comporta una y otra vez de una manera tan desconcertante para mí?' Luego levantó la cabeza y lo miró a la cara, diciendo: "Pero también he constantemente para descifrar lo que está pasando." Y continuó: "No es sólo que alguien me rompecabezas de las cosas que hace, pero me siento muy confundido cuando estoy por mi cuenta. Hay

varias palabras y pensamientos, a veces, frases, que parecen estar desconectados del todo, y no puedo entender lo que significan. Cuando estoy tratando de escribir algo que no es posible concentrar porque las palabras o pensamientos vienen en el medio y me confunden. Dr. N. hecho alguna interpretación para tratar de vincular esto juntos. Ella respondió: "Mi madre también habla algunas palabras por el estilo. Ayer escuchamos a la televisión y mi madre constantemente interrumpidos ella. Ella siempre tenía que decir lo que estaba pensando lo que no se podía escuchar la televisión '. Luego interpretó que tal vez su madre también interfirió en su mente cuando estaba sola. María estuvo de acuerdo con esto.

Dr. N. no tenía notas acerca de la próxima sesión, pero recordó que en la última sesión antes de las vacaciones había un montón de hablar, pero quizás no lo suficiente sobre ella va de vacaciones y la forma en que pudo haberse sentido muy

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 247 -

miedo de que ella era una pesada carga para el Dr. N. Tal vez fue demasiado para él. Explicó que esta fue también la razón por la que tan a menudo se le preguntó cómo se sentía, si se sentía bien. Ella mencionó entonces que ella había soñado algo malo, pero ella no quería hablar de ello. Podría haber sido de él morir. De todos modos, no era claramente la sensación de que podría enfermar si ejerce demasiada presión sobre él. Dr. N. piensa que esta interrupción de la madre podría estar relacionado con el miedo de María que su madre también interfiere con la relación con su padre. Sin embargo, explicó que aún no estaba de acuerdo con esto. Ella tenía una relación tan buena con su padre, que era tranquilo. Fue su relación con su madre, que era a la vez más importante, pero también confuso.

• A partir de las dos últimas sesiones antes de las vacaciones parece claro que María reveló una gran parte de su ansiedad de que el Dr. N. estaba deprimida acerca de su progreso. Tenía miedo de que iba a morir. Se concentró en la última interpretación de María de la madre y el padre, pero dejó fuera de su interpretación aguda de María ansiedad manifestada en su sueño que él podría morir. En tales situaciones interpretaciones del aquí y el ahora de transferencia son esenciales para evitar que el paciente ansiedad se salga de control. Después de todo, el analista había mostrado signos de depresión al obtener tan enojado con María. El hecho de que la depresión y la ira con María se estaban saliendo de control debe haber aumentado su ansiedad sobre él morir durante las vacaciones.

La charla de María acerca de su confusión e interferir madre era, por supuesto, interesante. Pero parece más probable en ese momento para que el propósito de tratar de apaciguar a los intereses y el analista enojado. El problema es, ¿cómo puede esta difícil situación se acercó analítica? En estas situaciones, creo que es esencial para el analista a entender que ha estado tomando embrollo y confuso discurso del paciente como un ataque contra él, lo que crea un contrapeso considerable hostil transferencia y sentimientos de querer deshacerse de la paciente. Sin embargo, a partir de la materia en la última sesión antes de las vacaciones, está claro que la charla confusa y desconcertante de María es más una comunicación con él, a fin de obtener ayuda de él, en lugar de un ataque contra él. Es esencial hacer tal interpretación a un paciente como María, ya que esto disminuiría su terrible sentido de culpabilidad. Ella temía que su analista se sentía tan deprimido y destruido a través de su conversación desconcertante y confuso como ella sentía por ella interna madre 's confundido hablando con ella.

Me gustaría hacer hincapié en que la negativa contra- transferencia del analista, que surgió claramente en la última sesión, en respuesta

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 248 -

a la charla confusa de María, tuvo un profundo efecto en ella. En realidad, contribuyó a la formación de sus delirios. Se confirmó el temor de que la Dra. María N. no podía hacer frente a sus problemas y se convertiría en tan deprimido que iba a suicidarse. Su ansiedad sobre él seguía aumentando. Uno sentía que ella estaba reaccionando con una intensidad exagerada. Sólo más tarde hubo pruebas claras de que su engaño sobre el Dr. N. ella amenazando con el suicidio se relaciona con la percepción de su contra- transferencia. En el seminario que fue capaz de expresar su intensa irritación y enojo por no ser capaz de entender las razones profundas de la confusión del paciente. Durante las vacaciones de María hizo un intento de suicidio muy grave. La razón para este delirante suicidio surgió sólo lentamente en el análisis. Pero se desencadenó a través de su demasiado rápido acuerdo a su aparente deseo de prolongar sus vacaciones de Navidad. Dr. N. dio cuenta de que estaba harto de María en ese momento y se alegró de tener unos días más "fiesta de María. Nueve meses más tarde el Dr. N. presentó María en el seminario una vez más.

"Ahora ha pasado cinco años en el análisis. Ella se sienta en una silla frente a mí y ya no evita mirarme. Se ha aprobado un examen importante, que le permita conseguir un trabajo. Vive en una habitación propia, pero que todavía

está en contacto permanente con su casa, sobre todo con su madre. Pero se queja de que su madre constantemente sus anillos hacia arriba y no la deja en paz. '

Dr. N. recordó al seminario que los problemas entre madre e hija siguen concentradas en gran medida de María hablando incomprensiblemente a la madre, que a menudo estalló en ira. La madre era profesora de idiomas, le gusta hablar, hablar en voz alta en un lenguaje muy bien formulado, y exigió a su hija que ella hablaba, así como ella misma hizo.

Una gran parte del trabajo analítico se hizo para ayudar a María a mantener la imagen del analista independiente del de la madre. María esperaba que él la entendía mejor que la madre lo hizo y, al mismo tiempo que sentía que el Dr. N. permitiría a ella en ciertas maneras de ser un bebé porque entendía su comunicación, su actitud y el lenguaje del bebé bebé, que expresó no verbalmente hablando inaudible. Cuando se enfrenta a María con su forma de comunicarse, habla con claridad y distinción por un tiempo, pero luego ella todavía cae de nuevo en la tranquila, la comunicación inaudible. La ilusión de que ella es la hija del analista ha sido recientemente mejor, y ella lo reconoce como algo enfermo. Pero cada vez que hay un poco de tensión y algo de presión sobre ella, la ilusión se vuelve. La diferencia entre ahora y antes de que el engaño es ahora generalmente desaparece dentro de los diez minutos de trabajo en una sesión. Antes, era muy persistente.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 249 -

- *Creo que uno tiene que reconocer que mientras María parece mejor su manera confusa de comunicación aún continúa, y también lo hacen sus alucinaciones y delirios. Así que, después de cinco años de tratamiento, se podría haber preocupado porque el análisis está llegando a un punto muerto. Ha habido una mejora evidente, pero la continuación de los engaños sería realmente implica un mal pronóstico.*

Algunas de las ideas delirantes María tiene ahora se refieren a un automóvil BMW, que es la marca del coche conducido por tanto Dr. N. y su madre. Recientemente hubo un incidente en el que vio a un BMW negro en frente de la Clínica. En esta BMW había dos letras, D y H, lo que le preocupaba. Se convirtió gradualmente evidente que estaba conectado con la muerte (D-h). Dr. N. dijo que era consciente de que María habla mucho acerca de la muerte, pero es tan complicado que todavía le resulta imposible descubrir el significado de la misma. Se concentra en su temor de que podía morir o que algo podría sucederle. También se da cuenta de que ella teme que va a morir, porque ella cree que es tan malo, que le recuerda a la época, hace nueve meses, cuando ella trató de suicidarse.

Dr. N. mencionó que en una sesión de María estaba pensando en un momento en que se instaló en una habitación con amigos que tienen una serie de registros de Wagner. Wagner tiene algo que ver con Hitler y Hitler es, por supuesto, malo. Recordó que recientemente había estado leyendo el Fausto de Goethe. Luego se convirtió en contra incomprensible. Dr. N. entiende gradualmente que estaba leyendo en voz alta Faust. Fue cuando Mefistófeles parecía que ella sentía que era Mefistófeles y de repente se convirtió en el Diabolo. A continuación, pasó a hablar de manera incoherente. Ella dijo que ella se da cuenta de que este es un tipo de teatro. Pero tal vez no es teatro. Tal vez ella es, o se convierte, a su madre, cuando habla de la forma en que su madre habla y cuando ella se queja de que es agresivo como su madre. Entonces, de repente, no se sabe nada más. ¿Es ella, el paciente, que es tan furioso y quejándose o es la madre que está furioso y se queja? Esto no es un juego inofensivo más. No está jugando Mefistófeles, que se está convirtiendo en Mefistófeles. Ella es la mala madre agresiva. Dr. N. entiende esta situación y lo interpretó al paciente. Ella parecía entender y habló más claramente por un corto tiempo. Pero entonces se puso muy confundido otra vez y no estaba seguro en su manera de hablar. Ella dijo que ella teme que ella realmente se transforma en la madre, o el Diabolo.

Dr. N. dijo en el seminario un poco acerca de su técnica. Explicó que, según él, por ejemplo, "¿Por qué dice inmediatamente que usted es el diablo? ¿Por qué tus sentimientos cambian inmediatamente en algo tan peligroso como ser el diablo? Tal vez se puede observar que hay una gran cantidad de odio y agresión en ti. " Informó que cuando habló con el paciente de esta manera se quedó pensativo por un momento y luego dijo: 'Tal vez se conecta con el hecho de que en otro tiempo pensé en todo lo que de un modo absoluto. Bueno

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 250 -

y el mal, blanco y negro. Hay algo negro y hay algo blanco, y el negro es algo relacionado con la muerte. " En ese momento vio en el escritorio cuatro bolígrafos del analista. Los cuatro bolígrafos le recordó acerca de los cuatro miembros de la familia del analista, que ella cree que pertenece. Ella dijo que, obviamente, no fue casualidad que el analista compró cuatro de estos bolígrafos. Entonces, con mucho dolor, ella dijo que ella todavía quiere ser un miembro de la familia del analista y quiere pertenecer a ella. Dr. N. dijo que no se siente bien acerca de la interpretación de este a su vez, se da cuenta de este problema ahora y es muy doloroso para ella. Él siente que sólo se frota si le recordaba de nuevo.

• *Es importante notar aquí que el analista es sensible en el uso de la contra- transferencia intuitivamente, porque demuestra su conciencia de cuán fácilmente el paciente se lastima por él. Creo que, al discutir el problema de blanco y negro, María se centra la atención en un punto extremadamente importante. Cuando se habla de blanco y negro y luego convertirse en el Diablo, que de inmediato tuvo que volver a crear la ilusión de ser un miembro de la familia del analista. Esto implica que aún divide sus problemas con mucha fuerza en el bien y el mal, blanco y negro, el amor y el odio violento. Esto evita que cualquier reparadora normal de pensamiento . Es sólo cuando los sentimientos buenos y malos son capaces de llegar más cerca juntos, a través de una disminución de la división , que la depresión , y con esto normal pensamiento y los impulsos reparativos y la función, se puede desarrollar. Si esto no tiene éxito, la reparación maniaca lleva a cabo y la reparación maniaca crea el peligro de delirante reparación , lo que explica la razón de la creencia delirante del paciente que es un miembro de la familia del analista. Este problema tiene que ser entendida y tiene que ser tomado en el análisis de una y otra vez con el fin de ayudar al paciente a crear vínculos. Por tales interpretaciones muy detalladas del paciente será asistido gradualmente en la superación de la brecha seria en su pensamiento los procesos , sobre todo en una situación en la que se siente bien entendida y atendida por el analista.*

Dr. N. 's la falta de comprensión de este problema en ese momento estaba en mi opinión no es un contra- transferencial problema. Parecía suficientemente conscientes teóricamente que en pacientes psicóticos hay una fijación de la personalidad en un nivel inicial de desarrollo . objetos buenos y malos y los pensamientos tienen que mantenerse estrictamente separados, se separó de los otros. Si este problema no se trabaja a través del análisis , el análisis llegará a un callejón sin salida. En el análisis que es la capacidad del analista de integrar y poner las cosas juntas y mostrar esto al paciente - el que contiene la función

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 251 -

- Que es esencial para ayudar al paciente a superar las fallas en su o su temprana de desarrollo .

Los pacientes que descubren este problema de la división en sí mismos son generalmente miedo de que se trata de un proceso insoluble. Por lo tanto, fácilmente caen de nuevo en la reparación maniaca (ilusión de formación). Esto a su vez aumenta su ansiedad de que el problema es irreparable. Uno tiene que mostrar un paciente como María que se ha convertido preocupado por este problema y ayudar a que se dé cuenta de que es su preocupación , así como la ayuda de su analista que le puede ayudar poco a poco para encontrar una mejor solución. Uno de los preocupados por las dificultades es que, cuando se siente mal consigo misma, ella se siente completamente mal, en lugar de ser capaz de reconocer que el sentimiento de culpa también puede ser útil para tratar de hacer algo mejor.

El analista entonces habló sobre el miedo del paciente a quedarse solo, que era tan grande que a veces quería a los vecinos a llamar a su puerta para que ella pudiera darse cuenta de que alguien estaba allí. Esto se debía a que cuando se sentía sola se sentía terriblemente mal.

En el seminario me señaló el Dr. N. que pensé que era no sólo que María se sintió mal cuando estaba sola. También sentía que ella iba a estar sola porque ella era tan malo. Esto fue lo que hizo tan terriblemente atemorizante para ella estar sola. También se podría decir que el paciente siente que si ella estuviera bien, entonces, por supuesto, nadie nunca la dejara en paz. Es probable que en esta situación de estar a solas ella fácilmente se siente perseguido y luego se vuelve muy agresivo. También existe el peligro de que no puede soportar la idea de sentirse bien y mal, porque sus sentimientos buenos y malos son o se separaron el uno del otro, o se han confundido. Si ella se siente en la duda acerca de lo bueno o malo que probablemente hará que ella del todo malo. Es más fácil ser totalmente malo que sentir dudas acerca de si es bueno o malo. Así que cuando María se defiende contra la confusión existe el peligro de que ella puede sentirse tan mal otra vez.

Cuando los sentimientos buenos y malos se juntan los estados de confusión con frecuencia surgen cuando los sentimientos buenos y malos no pueden diferenciarse. Es esta confusión la ansiedad , que es un problema tan importante. Bajo estas circunstancias anormales división puede aumentar a medida que el paciente puede sentir que es preferible que sea el diablo que debe ser confundido. Por tanto, es absolutamente esencial para comprender las ansiedades confusionales en el tratamiento de los pacientes borderline y psicóticos. Son una de las razones más frecuentes por las que los pacientes psicóticos y borderline logran avanzar en el análisis . Quiero hacer hincapié en que los pacientes de este tipo son incapaces, cuando están a solas, para experimentar la ansiedad y la culpabilidad de una manera que les permite

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 252 -

trabajar a través de este problema. Es esencial para el paciente, por lo tanto, tener la ayuda en la del analista presencia . Las inquietudes que el paciente expresa que en un primer momento que se reunió en la mente del analista, y que tiene que experimentar por sí mismo lo que se siente al estar ansioso, preocupado y deprimido. También es esencial que el analista

reconoce la importancia de primero hacer el esfuerzo propio de soportar la ansiedad del paciente y permanecer en contacto tanto con su pensamiento y su sentimiento. Sólo entonces podrá comenzar de forma gradual para reproducir el problema de nuevo al paciente de manera que el paciente pueda entender y usar. En el seminario el Dr. N. contestó que él se dio cuenta de lo que estaba explicando era cierto incluso si el paciente no se puede decir con palabras. Su informe continuación, pasó a revelar ansiedades paranoides.

Dr. N. dio un ejemplo de la conducta de María en la sesión de ese día. Tenía como siempre un buen montón de mensajes y sus notas en pequeñas bolsas de papel. Ella los dejó con una gran cantidad de ruido en el suelo. Luego levantó a sí misma y se dejó caer en la silla de bastante alto por lo que hubo un gran ruido. Dr. N. interpretó que se trataba de una gran explosión agresiva. Ella estaba dando a entender: "Muy bien, entonces lo haré agresiva y tan ruidosamente como sea posible." María entonces volvió y miró al analista. Señaló que estaba en una sesión difícil. Interpretó que ella parecía estar molesto y furioso con él, y ella respondió: "¿Por qué no debería estar enfadada, porque tenía que venir ayer y de hoy a las cinco de la tarde porque ha cambiado mi sesión? María siguió desarrollando una falsa ilusión de que el cambio se pretende por el Dr. N. hacerla conocer a otros pacientes. Ella decidió entonces que estos pacientes eran sus ayudantes. Esto, María sentía, era típico de la forma en que dirigió y manipulado a ella.

- *En otras palabras, María cree que el Dr. N. no puede tratarla por su cuenta y ayudantes necesidades, ella es un paciente increíblemente difícil de tratar.*

Dr. N. continuación interpretó que ella pareció darse cuenta de que ella sentía que era tan difícil. Por lo tanto, se necesita ayudantes adicionales con el fin de hacerla mejor. Dr. N. dado cuenta de que en esta situación que siempre había que hacer frente a un fuerte sentimiento contra-transferencia, porque siempre se puso muy molesto con ella. Tenía que decirse a sí mismo una y otra vez que él era el analista. Se debe guardar silencio y no demasiado molesto.

- *Siempre es muy importante, así como un reto para buscar en la propia contra-transferencia y para entender por qué uno se siente provocado por el paciente. Pero creo que la provocación y el peligro de ser provocado se incrementan a través de tener conocimientos teóricos suficientes de por qué el problema se repite*

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 253 -

una y otra vez. (Esto es lo que traté de explicar al analista en el seminario.) En la descripción Dr. N. 's de la conducta de María, está claro que se trataba de su comportamiento para proyectar su ira en el analista. Ella era consciente de sentirse enojado, pero que no sabía cómo lidiar con él. Al proyectar su ira contra él quiere que se sintiera su ira y trabajar a través de su interior. También implica que ella quiere que él se siente culpable porque cambió el tiempo de su sesión, lo que no le gusta.

María pasó a recordar Dr. N. de la época en que era un paciente hospitalizado en la clínica: "¿No es verdad que en tiempos anteriores que trajo barras de chocolate y también registros y ponerlos en mi cama? Dr. N. informó que se refería a un cumpleaños cuando el paciente cree que encontró regalos de él en su cama y se ilusoriamente convencido de que así era. Ella todavía se aferra a esa vista. Ahora se cree que el Dr. N. juega algún tipo de juego con ella. Él dijo que recuerda que en ese momento parecía ser más posible para él para ayudar al paciente.

- *A partir de esta materia parece que el paciente siente que hay algo que hacer en el analista que no se enfrenta a y no explicarle.*

María ahora se puso muy silencioso y se quedó en silencio durante algún tiempo. Entonces ella comenzó a hablar de su tío George, que era un hermano menor de su padre. Este tío se había suicidado cuando el paciente tenía catorce años. Ella está asustada de que el suicidio tiene algo que ver con una trágica relación entre tío George y su madre, con la que no podía hacer frente. A veces parecía que su madre habló con María sobre este tío George y explicó que George había estado enamorado de ella. En ese momento el Dr. N. dijo que se dio cuenta de que María es también miedo de que cometa suicidio, que se está convirtiendo en identificarse con este tío George, y esta es, por supuesto, otra vez relacionada con la cuestión de la muerte. Dijo que sentía que María teme que pudiera cometer suicidio porque no es suficientemente amado por el paciente y que se convertiría en desesperada y no sería capaz de soportar la situación. Mientras esta discusión estaba pasando, María se dio cuenta de que el Dr. N. aparentemente movió la cabeza, como si él asentía. Admitió que era así y que él estaba muy interesado en este material, porque María no había podido hablar con tanta claridad acerca de su contra-transferencia.

María entonces dejó claro que creía que el Dr. N. estaba enamorado de ella. Interpretó que en ese caso se entiende ahora la situación con el tío George. Ahora era también comprensible que María creyó que no podía dar las presentes abiertamente. Él sólo puso en la cama con el fin de ocultar su amor por ella. También explicó que ahora entiende por qué

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 254 -

quiere sentir que ella puede terminar el tratamiento. Esto significa que ella quiere el analista para sobrevivir, para protegerse de la depresión suicida del analista que ella siente lo relacionado con ello. Ella está convencida de que la muerte puede ocurrir debido a que no puede hacer frente a sus sentimientos hacia ella.

Dr. N. añadió que él se da cuenta ahora que la ilusión de María que está enamorado de ella estaba relacionada con su intento de suicidio hace nueve meses, durante los días festivos. Se recordó al seminario que le llamó por teléfono para decirle que estaba muy bien, obviamente, con el fin de hacerle feliz. Pero ahora se da cuenta que está de acuerdo muy rápido con la sugerencia del paciente para permanecer lejos ya. Él confiesa que se sintió aliviado en ese momento que quería estar lejos más tiempo porque se había sentido agobiada y resentido por la conducta del paciente, sobre todo su ser a menudo incomprensible. Se dio cuenta de que no estaba conteniendo la proyección del paciente cuando estaba en connivencia con la sugerencia del paciente para permanecer lejos más tiempo y esto creó una situación imposible para ella. Su razón consciente para querer suicidarse era proteger el analista de sí misma y para salvar su vida.

- *Es evidente que de María falsa ilusión de que su analista está en el amor con ella es una inversión, una proyección en el analista de sus necesidades y frustraciones intensas. Cuando el Dr. N. quedó claro acerca de lo que estaba pasando se dio cuenta, con razón, que no debe interpretar la proyección en ese momento y él también se dio cuenta de que todavía hay una serie de confusiones relacionadas con este que él no entendía.*

En esta fase del análisis, parece que Dr. N. es mucho mejor en contacto con el paciente y él mismo. Él está conteniendo su mejor, lo que significa que el paciente será capaz de revelar más de su confusión. Yo creo que sería importante entender si la idea de que el analista está en el amor con ella pertenece a la paternal transferencia o el materno. Me sentí durante el seminario que el factor importante era que María nunca sintió que podía satisfacer su madre necesidad 's para un perfecto niño. Ella siempre sintió que su madre había sido muy dependiente de ella y que ella, el paciente, no había sido lo suficientemente satisfactorio para la madre, por ejemplo, al hablar en voz muy baja, por lo que había despertado su madre 's ira y constante frustración. Durante el análisis más persistente comportamiento repetitivo del paciente era muy similar a la forma en que se relaciona con su madre, sobre todo en la tranquila conversación desconcertante, que era incomprensible para tanto la madre y el Dr. N. Su molestia e irritación con María y su necesidad de información clara y la comprensión de ella son todavía muy similar a la relación con la madre, que hasta ahora sus teléfonos hasta una gran cantidad. Esto implica a María que su madre aún necesita ayuda y la información del paciente. Así que la ilusión del analista de ser en el amor con María es

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 255 -

probablemente no relacionada con el nivel edípico sino a la relación muy temprano a la madre. Esto se está volviendo a aplicar con el analista de una manera confusa.

Durante el próximo período de sesiones el Dr. N. informó que María era bastante confuso y además muy hipocondríaca. Su ansiedad hipocondríaca se expresó en forma de reproches contra el doctor N., es decir, que tiene probablemente una enfermedad interna muy peligroso que no ha sido diagnosticado.

- *María de la comunicación es muy interesante e importante porque indica claramente que existe una situación interna sin diagnosticar. Ella hace el analista responsable de la misma, y también lo hace consciente de que debe buscar para esta desconocida situación interna que le amenaza.*

Dr. N. dijo que se dio cuenta de que cuando un paciente acude a un médico para ser examinado el paciente cree que el médico va a pensar, 'Oh, sí, el paciente está sufriendo este tratamiento psicoanalítico, y el psicoanalista nunca examina a un paciente correctamente para encontrar lo que está sucediendo dentro de él' - lo que implica que el Dr. N. se está devaluando. Dr. N. refiere ahora a una sesión que ha querido informar a ilustrar algunos de estos puntos oscuros.

María tiene una hermana dos años menor que ella, y un hermano un año menor todavía. Al parecer, este hermano viene de nuevo a la familia ahora, y María parece estar bastante contentos con esto. Ahora busca un pequeño pedazo de papel donde ha hecho algunas notas y luego murmura algo que el Dr. N. no puede entender completamente acerca de los sueños. Ella piensa que es probable que haya dos sueños que ella quiere hablar. En uno de los sueños no es el agua y el fuego. En el segundo sueño hay una mujer joven y un niño y ambos son malos. Tuvieron que venir al hospital para recibir tratamiento. La mujer entró en la sala de medicina, y el muchacho tuvo que llegar a la sala de psiquiatría. Muy pronto, la mujer se dio cuenta de que no era muy bueno para el chico que tiene que ir a la clínica psiquiátrica. En el tercer sueño hay dos personas y un barco.

Dr. N. interpretarse que en el sueño de la joven y el niño parece que María está aparentemente representado por los dos. De esta manera se convierte en distante de su propio delirio hipocondríaco porque ella dice que ella tiene una enfermedad interna real. Ella está de acuerdo con que: "Prefiero ser corporal enferma en lugar de tener una enfermedad psiquiátrica. Él responde: "Usted se expresa más claramente que quiere decir:" Estoy muy mal físicamente, y que ha pasado por alto hasta ahora. "" Sin embargo, a pesar de estos sueños nada parecía aún más para llegar a la sesión. Dr.

N. dijo que era un ejemplo de cómo todo se pierde mucho para él y no es muy satisfactorio: ". Cuando estamos en ese período de sesiones, trato de hacer preguntas al paciente, y entonces todo se pone peor"

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 256 -

• *Esta es una situación típica en la que el analista se deja en un estado de confusión que es preocupante para él y exige claridad para el paciente. Pero él tiene que soportar esta confusión, incluso si es muy difícil para él.*

Uno de los miembros del seminario apunta que es importante aclarar la confusión que el paciente trata de alejarse de, pero también tiene miedo de agravar. Se procedió a explicar: nosotros como analistas dicen que hay algo muy peligroso internamente en el paciente que no se diagnostica, no reconoció. Pero el paciente dice que prefiere que el tratamiento médico físico. Esto significa que debe haber algún tipo de acceso a este peligroso problema interno, pero también debe ser una parte sana de la personalidad, donde no hay una locura, pero la comprensión. El paciente debe sentir que cuando ella está en el hospital psiquiátrico y luego se siente que el Dr. N. está atrapado, es loco o loca como ella. Entonces ambos son locos y confusos, y todo lo que sucede en un círculo, no pueden ir más lejos, y usted, como el analista, acaba de dar y no pueden pensar con claridad, que está torturando.

• *Estoy de acuerdo con esta formulación. Esto implica que el paciente está en la desesperación que ella no puede salir de su enredo con el analista y que siempre se ponga de nuevo en la situación confusa. En otras palabras, el hipocondríaco ilusión de que ella es físicamente gravemente enfermo sería creado para contrarrestar el estado de confusión y connivencia con el analista. La consecuencia de esto no es sólo que María quiere alejarse de estar enfermo y por lo tanto deben jugar un papel defensivo, pero que está desesperado y asustado de que ella está en una relación con el Dr. N., donde hay una situación de colusión serio con él y por lo tanto no hay posibilidad de conseguir algo mejor. De hecho, María insiste en que quiere entender esta situación interna, que quiere acercarse a ella, y ella también quiere contar Dr. N. que también debe tratar de acercarse a él como el analista, porque es muy importante.*

Dr. N. estuvo de acuerdo con este intento de aclaración y subrayó que María todavía llama la atención sobre el hecho de que su confusión es muy relacionada con su propia confusión. Decide, por tanto, parte del Dr. N., que está tan envuelto en la situación que es incomprensible y la que constantemente se siente a sí misma ser empujado hacia dentro de nuevo. Pero el problema ahora se transforma como ella parece saber que hay algo que se ha desplazado el problema psiquiátrico desconocido y convertido en el peligro interno del cuerpo. Si el problema se divide y se divide de esta manera existe el peligro de que hay

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 257 -

nadie disponible que entiende de qué se trata. Esto nos lleva de nuevo a una situación delirante similar a la ilusión de ser parte de la familia Dr. N. 's.

En general, alejándose de algún estado entrelazado es enormemente importante entender, porque implica que las ansiedades confusionales, sobre todo si se proyectan en el analista y no claramente diagnosticado por él, dar lugar a una gran necesidad para el paciente para encontrar una salida. Es en ese momento que forman delirios. En el caso de María en ese momento en el delirio tomó una forma hipocondríaca. Anteriormente se había tomado la forma de insistir en que ella pertenecía a la familia de Dr. N. 's. Dr. N. dijo en el seminario que se da cuenta ahora que todo cambio en la esfera física no es sólo una defensa para ayudar a María a sentirse mejor. También incluye la creencia de que es mejor para el Dr. N. y lo salvará de su confusión y depresión. Dr. N. continuación, repasó los motivos del estado hipocondríaco muy claramente. Ahora parecía entender muy bien, y pensé que él ya no era parte de la confusión. Un peligro importante había sido retirado del paciente, incluso si la situación tomaría algún tiempo para resolver.

Dr. N. ahora habló brevemente sobre la próxima sesión. María parecer había enviado muchas aplicaciones para convertirse en una hermana de enfermería, pero la mayoría se había negado. Ella dijo que si ella no sea aceptado como hermana de enfermería después de uno o dos años va a ir al extranjero y buscar un empleo allí. Dr. N. interpretarse que este nuevo parece dar a entender la necesidad de alejarse de él. Antes, siempre se veía como si quisiera alejarse de la madre, pero en este caso se cree que se refiere a él. María parecía parcialmente de acuerdo con esto, pero de repente preguntó al Dr. N. si conoce a alguien que está haciendo la musicoterapia. Había leído que la musicoterapia era muy bueno para el tratamiento de la esquizofrenia. Dr. N. interpretó que era evidente que siente que necesita un tratamiento diferente. La musicoterapia significa una terapia sin palabras, que ella espera en este momento para ser más útil que lo que puede explicar a ella. De inmediato respondió que ella tiene tanto miedo de que algo pueda pasarle. Ella teme que ese algo siempre va a pasar con el Dr. N. cuando se da cuenta de que sus pensamientos se vuelven tan fuertes en casa para que su amiga que vive en una casa de enfrente de ella en realidad escucharlo. Dr. N. interpretado que ella siente que algo que ha estado pensando en realidad ha llegado a la luz. Ella dijo: "Usted dijo que estos pensamientos son

realmente las ideas que antes eran mis voces que ahora se convierten en tan alto." (Cuando estas ideas se convierten muy fuerte que ella describe que tiene que atacar a sí misma y dice a sí misma: "¿Qué es esto? ¿Qué estás pensando?") Interpreta el Dr. N. que "Parece como si el paciente está enojado con ella, sino de hecho, parece que ella está enojada con él, y esto le recuerda a la forma en que su madre siempre se ha quejado de ella ». María dijo: 'Ahora, estos son

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 258 -

No siempre se queja palabras, pero hay un sentimiento confuso que si tengo algo contra ti no estoy seguro de que puede que no sea también contra mí mismo y esto ya no es tan claramente diferenciada. Añadió que ella puede volver a tener pensamientos de mujer Dr. N. 's y de una tía. Entonces ella dijo que pensaba que el Dr. N. fue realmente torturado por ella. Ella siente que le hace la vida imposible para él y le hace débil por sus pensamientos y quejas. Son estos ataques en su contra que hacen que su miedo de que va a morir o no puede hacer frente a la situación.

Mientras ella hablaba de esta María se convirtió en un poco confundido. Sentía que ahora se encuentra entre dos familias, ya no pertenece claramente a la familia de Dr. N. 's. A continuación se menciona un gran número de cosas diferentes y al final de esta sesión, que temía que si continúa así podría crear una gran confusión en la cabeza y luego todo se confunde, y al revés. En ese momento se puede pensar sólo en los medicamentos, lo que sería el único que puede ayudarla y así evitar el peligro no sólo para sí misma sino para el Dr. N. repente se siente que es más que suficiente incluso para pensar en las drogas y que ayuda a porque ella se siente un poco más claro en la cabeza. Este fue entonces el final de la sesión.

- *En esta sesión el progreso que el paciente ha estado haciendo es considerable. No hay duda de que la capacidad de Dr. N. 's para contener proyecciones de María, en particular su confusión, ha mejorado. Él le está ayudando a salir del enredo con él. Ella todavía tiene miedo de su agresión , pero, como se dijo a sí misma, en lugar de las voces que ahora tiene pensamientos agresivos que vienen en voz alta y clara. Todavía le causa confusión y ansiedad , pero incluso esto ha disminuido debido a que muestra que ella es ahora más capaces de pensar sobre lo que está pasando dentro de ella misma. Esto probablemente significa que ella se ha vuelto más preocupados por lo que estaba pensando , y por lo tanto al final de la última sesión que reconoció que incluso pensar en la posibilidad de necesitar medicamentos para hacer frente a su confusión le ayudó a ser menos confuso. Así que ella sentía que no necesitaba las drogas.*

Durante muchos años he reconocido que confusional ansiedad juega un papel muy central en muchos de los casos de psicosis, como en la hipocondría . Es interesante en este caso que la propia paciente se dio cuenta de que la hipocondría , que se había vuelto tan predominante en las últimas sesiones era una defensa contra su estado de confusión.

En el caso de María fue presentada en el seminario se puso de manifiesto que su centro de ansiedad eran sus voces, que poco a poco se convirtió en confuso, agresivo, torturar pensamientos. Tenían el poder de ambos dominando y confuso Dr. N. y que le impide

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 259 -

funcionamiento y la comprensión del paciente. También se cree que causa lo tanto el dolor y la depresión que iba a morir. La confusión aparentemente fue causada por una forma hipnótica primitiva de proyectiva identificación que confundir amar y odiar sentimientos abrumarían tanto el paciente como el analista. Esto hizo que María se siente seguro de lo que estaba sintiendo y haciendo y si ella estaba dirigiendo pensamientos contra el analista o en contra de ella. Su terror fundamental en este estado fue de un enredo completo con el analista y sin salida, aparte de la muerte, lo que lleva a la ilusión de que su muerte podría proteger o guardar el analista de la muerte.

Algunos de los delirios de María como su convicción de que era un miembro de la familia Dr. N. 's parece ser no sólo una protección contra el dolor y la frustración , pero un escape en un ideal de situación, una ilusión de unidad con el Dr. N., que mágicamente pudiera él y la salve de la confusa relación destructiva. La hipocondría , la ilusión de que sufre de una enfermedad interna grave, también fue considerado como un escape de la relación irremediamente confuso y enredado con el Dr. N.

Al final del seminario, el Dr. N., dijo que la mayoría de los problemas de María parecía ahora mucho más clara y se dio cuenta de que era esencial reafirmar decididamente a ella lo había comprendido y lo importante que era para hacer los enlaces correctos en su interpretación . Tenía que darle la sensación de que, el Dr. N., ya no se siente abrumado por su ansiedad y que en realidad ya no se confunde. Podía enfrentarse a ella sin ser destruida por los problemas del paciente. Esto implica que es esencial que el analista se sienta lo suficientemente seguro de su conocimiento para resolver los problemas del paciente a través de la relación paciente-analista.

Lo que es extremadamente importante en situaciones como las que acabo de describir es que el analista se da cuenta de

lo que es esencial para interpretar. Si entra en demasiados detalles, recoge por separado todos los puntos, e investiga sobre ellos porque no los entiende lo suficiente, entonces el paciente se pone muy ansioso. Inmediatamente se dará cuenta de que el analista es incierta y confusa, y luego la ansiedad aumentará enormemente. Esta técnica no puede trabajar en el análisis. Para tratar a los pacientes de este tipo con éxito, es importante concentrarse y observar el problema central: en el caso de María las ansiedades confusionales, que podrían ser reconocidas por la confusión del analista. Tenía que estar dispuesto a soportar la angustia de no ser clara. La siguiente cuestión es reconocer cuán desesperadamente ansiosos el paciente se siente acerca de hacer el analista confundido. Esto es un insoportable problema para el paciente, ya que implica que ni el paciente ni el analista es capaz de hacer frente a las incertidumbres.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.
- 260 -

Pueden ser aclaradas únicamente por silencio pensando en ellos y así ser gradualmente capaz de encontrar una solución de una manera constructiva.

Nueve meses después del seminario Dr. N. informó que María había hecho grandes progresos y que sus delirios y comportamiento confuso habían desaparecido.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.
- 261 -

Quinta parte: Conclusión

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.
- 263 -

13. Afterthought: Cambio Teorías y evolución de las técnicas de psicoanálisis

Las ideas presentadas en los capítulos anteriores se han desarrollado durante muchos años. Quiero aprovechar la oportunidad que brinda este último capítulo destacar algunos de los aspectos cruciales de mi acercamiento y algunas de las maneras que he cambiado mis opiniones.

Desde el comienzo de mi interés por la medicina psicológica que tenía curiosidad acerca de los pacientes que eran difíciles de tratar y se cree que son incurables. A partir de este creció mi interés en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, que he expuesto en el capítulo 1. Como mi trabajo analítico avanzaba comencé a interesarme más formal en la terapéutica de acción del psicoanálisis y simultánea en los factores que pueden ser responsables de los fracasos del tratamiento o estancamiento. Yo he tenido mucha oportunidad de pensar en este problema debido a que durante los últimos treinta años que frecuentemente aceptaba pacientes para el análisis que tuvieron una serie de análisis antes de consultarme, pero que no habían mejorado o incluso ha empeorado después de su análisis. También he descrito dos de estos fracasos de mi propia en el capítulo 7. Ha sido ampliamente aceptado, por supuesto, que algunas fallas se presentarán en un tratamiento psicoanalítico cuando se activa psicóticos latentes procesos, y la gran atención se necesita para trabajar a través de este tipo de situaciones, que puede ser un aterrador desarrollo. En el caso de un impasse en el desarrollo de un análisis, sin embargo, he llegado a aceptar la existencia de varias causas diversas (no sólo la erupción del psicóticos procesos) y creo que en cada caso lo que ha estado sucediendo en el tratamiento tiene que ser examinados en gran detalle con el fin de entender lo más específicamente posible cómo ha surgido el problema. Se trata de la prevención de impasses y su trabajo a través de que

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.
- 265 -

muchas de mis ideas se refiere. Voy a resumir algunos de mis puntos de vista en varios epígrafes.

Envidia

Melanie Klein (1958) llamó la atención sobre el papel de la excesiva envidia no sólo en la causa con frecuencia reacciones terapéuticas negativas, sino también en ocasiones, conduce a un callejón sin salida en el análisis provocando un grave deterioro del paciente. En ese momento yo mismo y otros analistas kleinianos creía que a través de un detallado análisis de la envidia de la transferencia situación sería posible evitar un impasse en el análisis. Sin embargo, el paso del tiempo, mi experiencia fue que se trataba sólo de vez en realidad. Pacientes narcisistas no traumatizado grave omnipotentes (como Adán en el capítulo 4) le fue bien con este enfoque. Pero también me di cuenta de que, mientras que la envidia y el

miedo a ser envidiados efectivamente causado muchas dificultades mediante la inhibición normal de desarrollo en la infancia y por ralentizar el progreso en el análisis, fue sólo un factor entre los muchos otros que pueden causar impasse. Envidia y el miedo a la envidia tienen que ser vistos en la situación total del paciente. Con esto me refiero no sólo a la envidia en la década infantil respecto a la madre y de la mamá, sino también la envidia específica para hombres o mujeres. En los hombres la envidia de la función femenina y la capacidad de producir los niños es importante. En las mujeres es la envidia y la rivalidad de la hembra hacia el pene, la fuerza y el funcionamiento y masculino que importa. Es inevitable que la envidia surge en el ser humano el desarrollo y que el niño, o el paciente en análisis, se va a sentir pequeño o inferior en algunos momentos. Yo particularmente tengo en mente situaciones cuando el niño, o el paciente, se siente sofocada y en realidad pueden haber sido puestos por los padres o por otros niños o, en el análisis, por parte del analista. En mi experiencia, es cuando el paciente se siente aceptado y ayudado en el análisis, y se siente que él o ella tiene un poco de espacio para pensar y crecer, que envidia disminuye gradualmente. Por estas razones, las interpretaciones de la envidia no deben repetirse con demasiada frecuencia. El énfasis debe estar en ayudar al paciente a soportar el dolor, la incomodidad y la vergüenza que la envidia provoca, ya que inhibe la capacidad de amar. Situaciones extremadamente frustrantes inevitablemente estimulan la envidia. El principal problema que se plantea en el análisis es que a veces el paciente se siente humillado porque el analista entiende que el paciente mucho mejor que el propio paciente. Este problema debe ser enfrentado por ayudar a los pacientes a comprender que su progreso en el análisis depende de un esfuerzo conjunto por parte del paciente y el analista, y sobre todo en un buen momento y sensible interpretación por parte de este último. Un énfasis excesivo en

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 266 -

la interpretación de la envidia o la sobre-valoración de la contribución del analista en comparación con la del paciente es una frecuente causa de callejón sin salida.

El narcisismo destructivo

Una segunda causa del impasse surge de la manera destructiva narcisismo llega a dominar algunos pacientes de una manera silenciosa y encubierta bloquea el progreso de análisis (como lo he descrito en el capítulo 6). Quiero hacer hincapié en que una vez que dicha fuerza es reconocido por el analista de la situación se vuelve mucho más esperanzador. A medida que la influencia interna silencio hipnótico de la figura destructiva, haciéndose pasar por una figura benévola, se interpreta que el paciente se vuelve gradualmente más consciente de lo que está pasando dentro de él, y la influencia paralizante sobre él y su progreso analítico disminuye gradualmente. La conciencia de la fuerza dominante interior ayuda al paciente para informar lo que está pasando dentro de él, y de esta manera el analista es capaz de ayudar al paciente a sentirse menos encarcelados porque se siente menos amenazado por un ataque interno más abierta que la hipnosis encubierta influir en la cual es completamente confuso. El paciente tiene poco para distinguir entre la amenaza del ataque interno asesina y sus propios sentimientos asesinos furiosos contra los objetos externos. Cuando esto se logra todavía hay una gran cantidad de trabajo analítico que hacer, pero el impasse en el análisis se supera.

Hay otro punto que se ha vuelto más claro para mí en los últimos años. Esto se refiere a la existencia de la pulsión de muerte. Siempre he sentido que hay fuerzas agresivas que luchan contra las fuerzas de la vida, un factor que se hizo evidente para mí cuando descubrí la importancia de destructiva narcisismo, que acabamos de mencionar. Sin embargo, más recientemente, me di cuenta de que algunos pacientes se quejaron de algo mortal en sí mismos lo que claramente no era idéntica a la agresión. Otra característica notable de estos pacientes fue de su marcada inhibición de pensar y hablar acerca de los factores que parecían estar inhibiendo su capacidad para querer volver a la vida. Cuando eran, en ocasiones, conscientes de su miedo a la muerte, se sintieron miedo de hablar de eso! Ellos actuaron como si tuviera que permanecer en secreto. Así, cuando la fuerza mortal apareció como un monstruo mortal en sueños que no podían soportar la idea de buscar en él, y que no quieren saber de él. He visto este fenómeno estrechamente relacionado con la observación de Freud de que hay un instinto de muerte siempre trabajando en silencio y en secreto. Es típico de todos los fenómenos relacionados con la pulsión de muerte que crean algo misterioso, oculto, indecible,

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 267 -

y sin embargo increíblemente poderoso y peligroso, contra la que es imposible luchar. Sin embargo, he encontrado que mediante la interpretación de la destructividad de un paciente que era imposible movilizar o hacer consciente esta fuerza mortal. Fue sólo cuando yo interpreté como algo inerte o mortal que se convirtió en significativa para el paciente. Nunca he sido capaz de movilizar sentimientos mortales como este muy rápidamente, pero he encontrado que, llamando la atención sobre el comportamiento peculiar paralizante, el secretismo, y el terror de lo desconocido, poco a poco podría ayudar a los pacientes a observar con mayor claridad lo que estaba ocurriendo dentro de ellos. Ellos podrían formular en su mente la existencia de algo mortal o mortal. Con el tiempo lo que pasa es que la fuerza asesina aparece de un paciente sueños. Una

vez expuesto, se puede ver que esta fuerza asesina se dirige principalmente contra el propio paciente y se hace mucho más fácil tratar con el problema analíticamente. El paciente puede sentir con mayor claridad lo que se le tema. También se hace más obvio que quiere estar protegido contra esta fuerza. Al mismo tiempo, las asociaciones anteriormente poco claras acerca de los sentimientos y pensamientos agresivos ahora se puede entender. En otras palabras, el paciente se vuelve más capaz de reconocer que tiene sentimientos agresivos y que éstos a menudo han sido dirigidas contra sí mismo. Estoy convencido de que el análisis y el reconocimiento en el análisis de esta fuerza mortal son a menudo absolutamente esencial si impasse se ha de evitar.

La confusión, la colusión y el papel de la historia

Un tercer punto sobre el impasse que quiero destacar se refiere a la compleja forma de transferencia y contra-transferencia reacciones puede provocar tanto el analista y el paciente se confunda o en connivencia unos con otros de manera anti-terapéuticos. Por ejemplo, cuando hay un malentendido crónica por el analista de la conducta provocadora de un paciente puede gradualmente causar esa intensa lucha contra el negativo de transferencia que se produzca un círculo vicioso que puede llevar a un callejón sin salida en el análisis. Ilustré este punto al final del capítulo 2. Aquí quiero añadir otro ejemplo que es todavía más revelador.

Recientemente un analista informó que un paciente me en la supervisión, a quien encontró tan difícil que ella estaba a tanto de una fuerte negativa contra- transferencia construir en su interior. Ella sentía que no podía soportar el paciente más y quería deshacerse de ella. La razón principal de la contrarrevolución negativo transferencia fue la incapacidad o la negativa a hablar del paciente. Ella llegó cuatro veces a la semana durante el análisis

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 268 -

pero por lo general sólo hablaba unas pocas palabras en cada sesión. Cuando el analista intenta una interpretación general del paciente contestó: "No, no", o "no estoy de acuerdo." Pero eso era todo.

La paciente, una joven mujer de unos veintidós años, había sido diagnosticado como psicótico, probablemente esquizofrénico, y había sido tratado en dos análisis anteriores. En el primer análisis del propio analista le dio por vencido. En la segunda, el paciente se enojó tanto que se negó a venir. El actual analista, el tercero, fue abordado por la paciente madre, que estaba muy preocupado por ella y quería hacer todo lo posible para ayudar. En una entrevista, dijo el analista de lo mucho que siempre había idealizado a su hija y le dijo que era el regalo más precioso que había recibido en su vida. Se la describe como una maravillosa y obediente hijo que nunca le causó el más mínimo problema. Ella realmente significaba la vida para ella. Sin embargo, cinco años antes de que esta hija, que había estado activo y ha sobresalido en la escuela, comenzó a deteriorarse, ella se retiró de la escuela y los estudios, no todos los exámenes, y no podía concentrarse en nada.

En la primera entrevista con el paciente, el analista explicó que ella pensaba que era una parte enferma en ella y que ella pensó que necesitaba ayuda con eso. El paciente se sorprendió. Ella siguió las instrucciones del analista de ir por algún tiempo en un hospital psiquiátrico, donde también estaba bajo el cuidado de un psiquiatra que le dio medicamentos neurolépticos. Desde el hospital fue criada por su madre cuatro veces a la semana durante el análisis. Durante el primer año el paciente no hablaba más que unas pocas palabras, pero en la vida fuera de ella mejoró e incluso regresó a sus estudios. Sin embargo, el analista no estaba seguro de qué hacer con este paciente "frustrante".

Cuando escuché el informe del analista de la entrevista con la madre, que tenía una muy clara imagen en mi mente de una madre que ejerce presión sobre su hija a través de su enorme idealización. Esto debe haber hecho el niño siente que no se le permite existir, y que ella tuvo que renunciar a su vida a su madre. Así que ella no había tenido espacio para vivir y que, obviamente, no había tenido fuerzas para decir "no" a su madre. Pensé, entonces, que era muy importante para el analista de cambiar la imagen *que* tenía del paciente en *su* propia mente, una imagen en la que vio a un enfermo hijo de ser muy agresivo y hostil a ella, lo que le molestaba mucho y que impidió que ella tenga un espacio para funcionar como analista del paciente. Le sugerí que me sentía el paciente traía la *sana* parte de su análisis - la parte sana que ahora trataba de ser fuerte, traté de decir "no" a ella, traté de no estar de acuerdo con el analista / madre quien le diga que debe ser una buena chica y hacer lo que la madre o el analista querían saber hablar. Señalé que si el analista continuó para tratar esta

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 269 -

sana parte se queja de que el paciente tan enfermo y agresivo existía el peligro de que iba a desarrollar un rechazo hostil contra- transferencia actitud, y esto es lo que en realidad había sucedido. Un impasse también sería inevitable. Si, sin embargo, el analista considera la conducta del paciente como una respuesta natural a lo que le había sucedido, ella podría ver que, por lo que la parte de sí misma que era saludable y quería decir 'no' y luchar contra su madre's influencia, el paciente era en realidad co-operativo en el análisis y no al revés.

Quiero llamar la atención aquí a mi actitud ante casos de este tipo, sino que es típico de la dirección de mi trabajo, sobre

todo en los últimos cinco o seis años. Me gusta escudriñar interrelación del paciente con su familia con cuidado y tratar de entender el papel que el analista ocupa ahora en la transferencia. En el caso que estoy discutiendo el comportamiento del paciente en la transferencia de la situación, en el contexto de su pasado, es poco negativo. Fue sólo a través de incomprensión por parte del analista del problema del paciente (en su contexto histórico) que su negativa contra-transferencia se hizo tan abrumador. Dada su situación, el paciente fue obligado a reconocer los sentimientos negativos que su analista estaba desarrollando. Ella debió haber sentido la irritación en el analista de voz, la falta de entusiasmo, e incluso tal vez la falta de esperanza. En el pasado he cometido errores similares en diagnosticar a la actitud del paciente en el análisis. Para evitar estos errores ahora trato en lo posible de evaluar la relación del paciente con ella o su pasado y el presente entorno y así disminuir la posibilidad de confundir la parte sana y enferma del paciente. Mirando en el problema del paciente, mediante la evaluación de la conducta y del paciente comunicación tanto en la presente relación con el analista y simultáneamente en el temprano medio ambiente, hace que sea posible entender la atmósfera que puede ser creado en el análisis. Ahora considero que tales esfuerzos como un aspecto importante de la forma de mirar la realidad psíquica de mis pacientes.

Flexibilidad del analista

Creo que es esencial que el analista es consciente de que la situación analítica y transferencia situación son afectados no sólo por las experiencias pasadas del paciente, sino también por la opinión del analista, el comportamiento y contra-transferencia. Mi comprensión del análisis de las transferencias negativas y la agresión se ha alterado de manera significativa. Ahora considerar, por ejemplo, que para analizar la agresión hay que evaluar la vulnerabilidad y la actitud defensiva del paciente con mucho cuidado. En concreto, hay que examinar hasta qué punto el paciente siente miedo de

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 270 -

rechazo y por lo tanto debe idealizar al analista con el fin de crear un ambiente benigno. Si el analista intenta romper esa idealización demasiado rápido, lo que el paciente dice que puede convertirse rápidamente en apaciguar, o puede defenderse contra el colapso mediante la retirada o ser crítico. Este tipo de reacciones por parte del paciente hacen que el análisis se distorsiona y se metió. En el análisis de los pacientes traumatizados el análisis de la negativa transferencia es particularmente complicada por tales reacciones, y uno tiene que examinar del paciente material de muy cuidadosamente. El exceso de confrontación puede ser un error, ya que crea provocativa y confuso materiales, principalmente causada por el miedo del paciente.

La importancia fundamental de la realidad psíquica del paciente se pone de manifiesto por el proceso psicoanalítico. Está claro que todos los analistas creen que quieren ayudar al paciente a encontrar su psíquica verdad, en el análisis. Sin embargo, en la práctica la forma en que van sobre él varía considerablemente, y siento que idealizaciones se rompen a menudo demasiado rápido hacia abajo. Es importante no interferir con el de un paciente idealización del analista sólo en principio. Un paciente puede tener que realizar progresos considerables en el análisis antes de que pueda aceptar los altibajos de la relación analítica, las batallas que tienen que librar, y la desesperación y el vacío que a menudo parecen insoportables. Se necesita mucho de la confianza de un paciente a abrirse, y antes de enfrentarse a la idealización que tratar de evaluar lo que el paciente puede hacer frente y al ver que no viene demasiado rápido bajo una gran presión. Cuando un paciente entra en una crisis que sienten que es importante para él para obtener la mayor comprensión de la situación como sea posible, y al mismo tiempo toda la ayuda posible de mí. Esto es lo que conscientemente desea, y se encuentra en una crisis que lo psíquico verdad del paciente es más probable que sea accesible.

El punto crucial de mi enfoque actual es que el análisis no debe llevarse a cabo de forma rígida. Es importante que se sienta involucrado con el paciente y no a asumir un desprendimiento artificial. Suponiendo desprendimiento, por ejemplo, si uno va tan lejos como para tratar de controlar su voz para que suene sin emociones, es perjudicial para el paciente.¹ Recuerdo muy bien el efecto perjudicial de la independiente de voz de un analista en un paciente. Este último se sintió profundamente rechazada por este analista a quien admiraba mucho, pero cuya actitud de desprendimiento había arrojado una nube profunda sobre toda la experiencia analítica, por lo que había que considerarlo como un fracaso, creada simplemente a través de este artefacto.

Es esencial que el paciente experimenta el análisis como vivificante y que el analista es consciente de cómo el entorno en sí y su técnica pueden ejercer un efecto amortiguador. Hay muchos pacientes que tienen dificultades, en particular en el comienzo del análisis, en

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 271 -

la aceptación de la situación analítica: tumbado en el sofá, la interpretativa comunicación del analista, el contestador no-directa de preguntas, etc Otras frustraciones relacionadas con la situación analítica avivar sentimientos intensos que a

menudo son difíciles de soportar y donde existe el peligro de que el paciente se defiende a sí mismo al matar sus sentimientos. Es esencial que el analista sea siempre consciente de este peligro y ayudar al paciente a no dejarse arrastrar a una experiencia tan amortiguamiento. Nosotros, como los analistas que entender lo fuerte influencia en nuestros pacientes podemos tener, lo que se aplica en particular a la forma en que nos comportamos con nuestros pacientes, por ejemplo, en nuestra forma de hablar con ellos. Hay muchos pacientes que escuchan muy atentamente a la analista de voz para evaluar su calidad emocional, su calidez o frialdad. En ocasiones son tan enteramente orientada hacia la toma de parte del analista de voz que pierden el sentido de lo que dice.² Como punto final acerca de la contribución del analista de impasse que quiero volver a insistir en la naturaleza bilateral del proceso analítico. Estoy de acuerdo, por supuesto, como muchos otros analistas se sienten ahora, que nuestra contra- transferencia es un aspecto muy importante de nuestro trabajo. Nos ayuda mucho a entender la diferencia entre lo que el paciente dice y lo que viene a través de nosotros. Utilizamos nuestra contra- transferencia para recoger el significado más oculto de lo que está siendo expresada por el paciente y tomar conciencia de que lo que el paciente expresa en la experiencia emocional a veces es completamente diferente de lo que dice. Este es un aspecto muy importante de nuestro intento de encontrar el psíquico verdad. Sin embargo, debemos ser igualmente conscientes de que nosotros, como analistas pueden expresar las diferencias en lo que nos estamos comunicando por el tono de voz con la que hablamos. Quiero subrayar una y otra vez que el análisis no es un proceso unilateral, sino una interacción entre dos personas.

Transferencia y Formación Engaño

La distorsión de la realidad y de la formación de los delirios y las alucinaciones han sido siempre un problema desconcertante, pero en los últimos diez años he descubierto que cuando uno tiene éxito en la observación de la ilusión formación en un contexto psicoterapéutico, se hace evidente que la transferencia / contra- transferencia disturbios entre el paciente y analista juega un papel esencial en el engaño y la formación puede ser claramente demostrada, como he tratado de mostrar en el capítulo 12. Estas observaciones tienen implicaciones importantes tanto para la comprensión de la base psicógena para el desarrollo de las condiciones de esquizofrénicos y para

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 272 -

mejorar el pronóstico del tratamiento psicoanalítico de la esquizofrenia .

A menudo he observado que la incapacidad del analista para comprender ciertos aspectos esenciales de la paciente esquizofrénico comunicación puede tener un efecto perjudicial sobre el paciente psicótico debido a que es muy probable repite el malentendido entre el bebé / niño y sus padres, en particular la madre a principios de la infancia y más tarde . Esto es a menudo claramente ilustrado por el paciente en relación a la madre , aunque por sí misma tal visión tiene muy poca influencia en el paciente. Parece que es esencial para observar, comprender y superar la repetición de ciertos malentendidos que parecen muy sutil en la transferencia y crean un fuerte contra- transferencia de reacción, que es con frecuencia muy confuso. En el capítulo 12 he descrito con detalle la intensa contra- transferencia reacción experimentada por el Dr. N. al escuchar las comunicaciones confusas de María. Los delirios y alucinaciones desarrollados con el fin de proteger tanto el analista y el paciente de las ansiedades catastróficas que el analista contra- transferencia creó. Tan pronto como el analista fue capaz de reconocer su propia contra- transferencia de reacción y logró aceptación, la influencia perjudicial de la contra- transferencia inmediatamente desapareció, y al mismo tiempo las manifestaciones psicóticas del paciente, como sus delirios y alucinaciones, desapareció dentro un período de unas pocas semanas. Este notable cambio fue acompañado por una mejora en la forma de la paciente el pensamiento y la comprensión, que terminó con su tendencia a volver constantemente al psicótico pensamiento .

Estados de confusión

Un problema básico, que es especialmente importante si el tratamiento de pacientes con psicosis no es acabar en punto muerto, es la necesidad de comprender el origen infantil de los estados de confusión y ansiedades y sus implicaciones para la técnica . En los estados de confusión aman y odian , y objetos buenos y malos , se confunden, creando un problema abrumador y casi insoluble para el bebé en desarrollo y otro que se revivió, invariablemente, en la mayoría de los estados psicóticos. Creo que la repetición de estados infantiles tempranas es uno de los factores más importantes en la creación de la transferencia y contra- transferencia enredos (como muchos de los analizados en los capítulos anteriores), que causan confusión y engaño formación como el paciente trata de escapar de la insoportable la ansiedad que impregna su experiencia analítica. La repetición tiene lugar, por supuesto, a través de muy intensa proyectiva

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 273 -

identificación . De esta manera la insoportable ansiedad es a la vez comunicada y proyecta en el analista en el análisis . Se debe a que estas inquietudes son a veces muy violentamente proyectado que el analista reacciona con frecuencia con la

sensación de ser atacado y puede tomarse irritado y resentido. Tales contra- transferenciales reacciones pueden ser a veces inevitable, como parte de un tratamiento exitoso, pero que son percibidos por el paciente de una manera muy exagerada y con tanta frecuencia la base de engaños. Por ejemplo, en lugar de que el paciente es miedo de que el analista se ha convertido en depresión o ansiedad sobre él, tendrá una condena exagerada que el analista se siente abrumado por sentimientos suicidas y morirá. Por tanto, el analista se experimenta como ser completamente incapaz de hacer frente a las proyecciones del paciente. En esta situación, tal como se describe en el capítulo 12, el paciente puede sentirse totalmente responsable de la vida del analista y se puede comunicar esta situación en formas delirantes muy confusas y confuso.

Delgada y de piel gruesa pacientes narcisistas

Hay muchos pacientes narcisistas narcisista cuya estructura les proporciona una "piel gruesa" de tal manera que se han vuelto insensibles a los sentimientos más profundos. Para evitar el impasse estos pacientes deben ser tratados en el análisis con mucha firmeza y tienen que ser confrontados con su actitud narcisista y su envidia - en particular como su envidia provoca la devaluación del analista y el análisis y de cualquier necesidad de ayuda. En estos pacientes, la frecuente repetición de la interpretación y el enfrentamiento parece inevitable, aunque durante mucho tiempo estas repeticiones no parecen tener ningún impacto en el paciente (véase el Capítulo 4). Cuando interpretaciones por fin logran tocarlos se sienten aliviados, aunque sea doloroso para ellos.

A diferencia de los que tienen una "piel gruesa", algunos pacientes narcisistas son "finas desollado. Son hipersensibles y heridos fácilmente en la vida cotidiana y el análisis. Por otra parte, cuando el paciente narcisista sensible se trata en el análisis como si es el paciente de piel gruesa "que se verá gravemente traumatizada. El análisis y el paciente pueden ser llevados cerca del colapso, especialmente si los aspectos destructivos de la conducta de un paciente se repiten constantemente en las interpretaciones del analista. Estos pacientes pueden terminar el análisis mucho peor que antes. En mi experiencia los pacientes "piel fina" narcisistas eran, como los niños, en varias ocasiones gravemente traumatizados en sus sentimientos de autoestima. Parecen haber sentido persistente y excesivamente inferior, avergonzados y vulnerables y rechazados por todos.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 274 -

Durante la pubertad y más adelante, a través de sus capacidades intelectuales y destreza física, que a menudo tuvieron éxito si no en superar al menos en esconder su sentimiento de inferioridad, y por lo tanto a menudo ganaron el reconocimiento y el éxito en la vida. En general, han funcionado bastante bien aunque con interrupciones ocasionales para indicar la precariedad de sus narcisistas de personalidad estructuras. Trabajar con este tipo de pacientes el terapeuta se da cuenta de que hay una gran cantidad de exceso de compensación y una tendencia a sentirse superiores en ciertas áreas, con el resultado de que el sentido de triunfo y venganza en contra de los padres o hermanos (del paciente por el cual se sentía tan menospreciado y humillado) ha sido estimulado. Cuando estos pacientes obtienen algún placer y el orgullo de sus logros y el trabajo, o cuando tienen éxito en la relación con su cónyuge, o en la educación de su familia, uno se da cuenta que sus extremos positivo narcisismo juega un papel importante en el mantenimiento de su personalidad estructura estable. Pero si los aspectos destructivos de narcisismo son más insistir en el análisis de la narcisista estructura no se modifica sino que simplemente se convierte en algo malo, algo de lo que avergonzarse, y algo para sentirse inferior aproximadamente. Para el paciente narcisista 'susceptible' un énfasis excesivo en su destructividad es particularmente peligroso si se inhibe o aumenta su dificultad en la construcción de satisfactorias relaciones de objeto. He encontrado, por lo tanto (como he mencionado al describir el caso de Eric en el capítulo 7), que es especialmente importante en el tratamiento de estos pacientes para ayudarles a conservar los aspectos positivos de su organización narcisista, haciéndoles conscientes del conflicto con el narcisismo destructivo parte de sí mismos con los que no se identifican.

No quiero dar la impresión de que estos pacientes "piel fina" son fáciles de tratar, debido fundamentalmente estos traumatizados y vulnerables las personas les resulta muy difícil hacer frente a cualquier trauma o el fracaso. Sin embargo, uno tiene que ser muy en guardia para no añadir a estos traumas por cometer errores en nuestro enfoque analítico que humillan a estas personas y ponerlos abajo. Estos errores son muy difíciles de remediar después.

Proyecciones materna antes y después del nacimiento

Como último punto que quiero subrayar la importancia de tomar en serio algunos descubrimientos sobre las alteraciones en los niños y adultos que, aparentemente, han sido causadas por proyectivas procesos provenientes de la madre antes y después del nacimiento. El problema se ha mencionado

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 275 -

por varios terapeutas y analistas como **Bion (1957)**, Steiner (**1975** , **1982**) y **junio Felton (1985)** . Como la investigación

de Felton de estos problemas parece ser la más detallada, me referiré brevemente a sus observaciones.

En el examen de los niños autistas y sus madres Felton descubrió que había zonas de la madre de la mente 's que fue perturbado intensamente y avergonzado acerca, y que ella había hecho valientes esfuerzos para excluir de la conciencia . Pero parece que el embarazo activa estos ocultos procesos que nunca se supone que es conocida, pero que sin embargo de una manera misteriosa parecía haberse filtrado en el niño . Este proceso 'osmótica llamadas Felton presión ', aunque esto no es un término satisfactorio para un fenómeno que es predominantemente un fenómeno mental, que puede estar acompañado por algún proceso fisiológico intra-uterina como todavía no investigado. El término 'ósmosis' sugiere una transmisión de la madre a través de la corriente sanguínea placentaria, lo que podría por supuesto ser correcta, pero no necesariamente. Por otra parte, es difícil encontrar un término para describir claramente un proceso que funciona como una ósmosis físico, sino en la esfera mental.

El feto parece ser completamente incapaz de conjurar este "osmótica de la presión de la venida de la madre , que domina el feto y más tarde en el niño . Este proceso continúa después del nacimiento, y evita que el niño se forme una relación normal con la madre . Mediante la observación simultánea de las madres y los niños Felton pruebas recogidas del niño está abrumado y distorsionado en su manera de pensar y de sentir e incapaz de encontrar una relación con su auto que le permitiera vivir y funcionar. Se espera que Felton publicará su investigación sobre estos procesos en el tiempo.

Mi razón para enfatizar la importancia de proyectivas primeros procesos se relaciona con mi convicción de que tales influencias prenatales ocurren en diferentes grados con los pacientes que han tenido que sufrir *en el útero* un ambiente lejos de la atmósfera idílica, armónico y confortable a menudo asociados con la intra -uterino estado. Los hijos de madres de este tipo son desde el principio de la vida fóbica acerca de su madre . Están aterrorizados de que puedan en algún momento tiene que protegerse de algo muy alarmante que se está obligado a ellos. Tienen que bloquear la madre influencia 's, lo que puede ser observado después del niño que nazca, pero a veces se inicia inmediatamente después del nacimiento y da lugar a trastornos graves de alimentación y la tendencia a alejarse del contacto con la madre . Esto se hace aún más pronunciada cuando el niño puede caminar. Felton señala que pueden ocurrir estos problemas inmediatamente después del nacimiento, pero no hay razón para pensar que, como Bion ha indicado, que los trastornos que surgen en

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 276 -

el período prenatal no puede manifestarse en épocas posteriores de la vida: la latencia , la pubertad , o incluso más tarde. Él describe las perturbaciones que de repente abrumar a la gente y en el que es muy difícil de entender el significado de la aparición repentina de los síntomas de la nada. Cuando los niños o adultos se comunican por proyección de algo de este "osmótica presión ', a menudo se transmiten algo que ellos mismos sienten que es extraño y confuso para ellos. Si el analista trata de enfrentarse a ellos con lo que transmiten que se sienten perseguidos y creen que el analista está proyectando sus propios problemas en ellos, no el diagnóstico de algo que viene de ellos. Esto es clínicamente muy importante porque esos niños que se analizan como si son muy destructivas y malas tienden a sentirse cada vez más perseguidos cuando se interpreta de esta manera. Debe ser importante para mostrarles que ellos experimentan algo destructivo e inquietante que les ha sucedido y que tratan de encontrar a alguien en el analista que les ayuda a llegar a algo más positivo, bueno y libre de preocupante la presión . Es comprensible que un niño busca ayuda y comprensión a causa de algo en su interior que no puede reconocer y entender que aumenta el niño 's la ansiedad cuando el analista deja de darle el espacio para encontrarse a sí mismo. Con los niños en particular, se encuentra el aumento de la necesidad de encontrar la buena madre dentro de la analista, y que se preocupan por tratar de encontrar un buen espacio interno para bucear en, pero se sienten aterrorizados de que pueda volver a ser venenoso y malo y que tendrán escapar de esto.

Hace algún tiempo un niño terapeuta, la señora K., que se me presenta el tratamiento de un niño que desde su nacimiento sufrió de una diarrea tan severa que tuvo que ser enviado de inmediato a una clínica durante varios meses, por lo que su vida puede ser salvada. El bebé casi murió en el hospital, pero cuando la madre en una visita vio que el niño se convirtió en azul que estaba convencido de que el niño iba a morir en el hospital y ella insistió en llevarla a casa para mirar detrás de ella. Sin embargo, la diarrea y la incapacidad para controlar la orina, las heces , e incluso las lágrimas continuaron, y fue imposible enviar este niño a la escuela (cuando tenía cuatro o cinco años de edad) por el olor inquietante su incontinencia continua creado. De la familia de la historia se supo que la madre había pasado por experiencias terribles años antes en el marco de su propia familia que fueron todos eliminados en los campos de concentración. La idea de tener un hijo que estaría con vida era casi insoportable para ella. Durante todo el embarazo, la madre fue gravemente deprimidos. Después ella todavía parecía incapaz de recuperarse, pero sin embargo, tanto ella como su marido estaban devotamente tratando de salvar la vida del niño .

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 277 -

Sra. K. tuvo un momento muy difícil con este niño de seis años que apenas podía hablar y estaba completamente

incontinentes, pero no había duda de que se las arregló para que le facilite un ambiente muy amorosa y la aceptación a pesar de haberla visto una vez a la semana. Poco a poco, la niña comenzó a jugar. Al principio estaba incontinente y parecía estar llorando todo el tiempo con lágrimas en sus ojos, su nariz estaba en marcha, y ella también estaba inflamado en la frente y parecía bastante horrible. Pero poco a poco había cierta mejora y que era interesante que para este niño jugar con el agua se hizo más y más importante. Después de un año Patricia parecía estar muy emocionado mientras jugaba. A lo largo del primer año jugó con agua pero sin persistencia mucho. Ahora parecía cautivado por el agua. La obra se llevó a cabo en una habitación muy pequeña con un lavabo y grifo, que ella por fin sabía cómo operar. Un día ella estaba dejando el flujo de agua en la cuenca, y luego, de repente a tomar nota de un gran plato que estaba en la cuenca, lo llenó y luego corrió para una muñeca, la hundió en el agua, que se desbordó en el suelo, y exclamó: "Es que fluye, está fluyendo", con un encantado mirada. Por su expresión facial Sra. K. tuvo la impresión de que el niño fue repentinamente consciente de que algo que había experimentado como "congelado" ya no fue así, ya que fluía y fluía la vida en algún lugar dentro de ella. Sra. K. También pensaba que si podía dejar que el flujo de agua en el suelo y se regocijan en ello, era porque se sentía contenida y, por fin capaz de contiene. Sra. K. se quedó con la impresión de que algo importante había sucedido durante este período de sesiones. Cuando Patricia llegó próxima vez que ella ya no estaba babeando, y la incontinencia había mejorado. Cuando ella empezó a dibujar en la sesión ella dibujó un círculo cerrado por primera vez. Al escuchar esta experiencia increíble, me sentí muy conmovido. Creo que quería decir que en esta experiencia con la muñeca del niño parecía haber descubierto el lugar, el interior del útero de la madre, de pie para el terapeuta, en el que pudiera sentirse seguro, y es en el momento cuando empezó a sentir que estaba a salvo, lo que significaba la vida para ella, que en realidad encontramos que ahora podía entrar a vivir: nacer, de estar vivo. Antes, con todos los fluidos de funcionamiento de todas las partes de su cuerpo, ella era completamente incapaz de encontrar un espacio en el que podía sentirse seguro. Experiencias de este tipo son importantes para nosotros recordar, y esto también implica que para estos pacientes el ambiente de análisis debe ser uno donde un niño se siente poco seguro y aceptado. Experiencias Dichos de los niños también son mucho más relacionada con el interior de la madre que a la mamá, y los analistas que tienden a interpretar los sentimientos positivos y negativos sólo hacia el pezón y la mamá en lugar de en el interior de la madre pueden encontrar dificultad en alcanzar hijos de este tipo.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 278 -

Con este último ejemplo he tratado de llamar la atención sobre la importancia de mantener una mente abierta acerca de la influencia de la experiencia prenatal. Tales experiencias pueden ser de gran importancia para la comprensión de algunos de los enredos que producen impasse. Si somos capaces de mantener una mente abierta que probablemente encontrará más pruebas de que estos complejos factores y primitivos están en el trabajo, en nuestras relaciones con los pacientes.

Notas

¹ No parece sin embargo que uno debe ir tan lejos como **Greenson (1967)** recomendó, quien destacó que el analista debe mostrar sus verdaderos sentimientos. Creo que uno debe ni disfrazar los sentimientos de uno ni exhibirlas.

² Hay, por supuesto, algunos analistas cuya voz es más inexpresiva que otra gente, que debe ser un problema en el análisis. Probablemente no son conscientes de lo perjudicial que una expresión de voz puede estar en el análisis.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 279 -

Apéndice sobre el tratamiento de estados psicóticos de Psicoanálisis - un enfoque histórico

Durante los últimos cincuenta años, el enfoque psicoanalítico de la psicosis ha sido objeto de considerable cambio, y en la actualidad no existe una teoría unificada de cualquiera de la psicopatología o la técnica de tratamiento de las psicosis. Muchos analistas que trabajan con psicóticos han encontrado que es necesario alterar en cierta medida la clásica técnica de análisis desarrollado por Freud en el tratamiento de estados neuróticos, una técnica que se basa en una alianza terapéutica con el paciente y en la capacidad del paciente para llegar a tratamiento regular y también para libre -asociado. Tal un paciente sería capaz de desarrollar una neurosis de transferencia y otros transferencia manifestaciones que puede ser interpretado a un paciente cuyo ego es suficientemente intacta para cooperar de esta manera en un análisis. Freud pensaba que esta técnica era adecuada para los psicóticos. El trabajo de muchos analistas se ha visto influenciada por la creencia de Freud de que los psicóticos no desarrollan una transferencia en absoluto. Sin embargo, un creciente número de analistas han tratado de desarrollar métodos con la esperanza de que con el tiempo algún tipo de contacto con el psicótico, y con ello una mejora de la condición psicótica, que podría lograrse. **Freud (1933)** analiza las relaciones íntimas que existen en el psicoanálisis entre visiones teóricas y tratamiento terapéutico.

Creo que los cambios en el abordaje terapéutico de los psicóticos han sido sin duda influido por las concepciones

teóricas realizadas por el terapeuta y por factores propios del terapeuta personalidad . Un método claramente definido de acercarse a los estados psicóticos es importante si se espera llevar a cabo la investigación para esclarecer la psicopatología psicótica en lugar de concentrarse en la mejora sintomática. El terapeuta debe preguntarse a sí mismo si está dispuesto a cambiar de

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 281 -

enfoque psicoanalítico, porque él no entiende el paciente psicótico o porque cree que ha llegado a una mejor comprensión de la psicopatología psicótica, y alteraciones en la técnica son el resultado de su comprensión. Como ha resultado, de hecho, muchos analistas han encontrado que la comprensión más profunda de la psicopatología psicótica ha hecho innecesario cambiar la costumbre psicoanalítica clásica técnica en grado importante. Voy a tratar de indicar algunos aspectos de las bases teóricas de las terapias que estoy describiendo lo que las razones teóricas para los cambios que se han producido en psicoanalítica técnica se pueden ver.

Modificaciones en la técnica analítica son particularmente comunes en el enfoque de los esquizofrénicos, pero no tanto en el trabajo con pacientes manicdepressive. Eso es probablemente una de las razones principales por el número de descripciones de la terapia psicoanalítica con pacientes manicdepressive es comparativamente pequeña en comparación con la extensa literatura en relación con el tratamiento de la esquizofrenia . En este apéndice, por lo tanto, me centraré principalmente en el último grupo .

Voy a intentar en primer lugar dar una imagen de las ideas de Freud en relación con el tratamiento de la psicosis. Freud hizo muchas contribuciones fundamentales a la comprensión de la psicopatología de las psicosis y emprendió el tratamiento de algunos pacientes psicóticos, en ocasiones con éxito. Por ejemplo, ya en 1905 se reporta un intento de tratar a un paciente manicdepressive en el síntoma - libre de intervalo después de la depresión . Sin embargo, el tratamiento llegó a su fin después de unas semanas, cuando se convirtió maniaca. En 1916 se informa de que ha tenido dos éxitos en el tratamiento de estados similares. En 1905 se establece:

'Psicosis, estados de confusión y muy arraigada la depresión no son adecuados para el psicoanálisis, al menos no por el método que se ha practicado hasta el presente. No me considero de ninguna manera imposible que los cambios adecuados en el método que podemos tener éxito en la superación de esta contraindicaciones - y así poder iniciar la psicoterapia de las psicosis " .

(SE 7: 264)

Freud consideró que los analistas deben limitar su elección de los pacientes a los que la poseen "un estado mental normal". Con esto quería decir que el ego del psicótico estaba en su punto de vista no lo suficientemente fuerte e integrado para mantener una alianza terapéutica y la cooperación en un análisis . En particular, temía que el ego psicótico sería incapaz de controlar sus impulsos morbosos del paciente y su comportamiento. Se cree que el ego fuerte era necesaria, ya que en el método psicoanalítico este (el ego) se utilizó como un punto de apoyo desde el que obtener el control de las manifestaciones mórbidas.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 282 -

Esto enlaza con sus últimas formulaciones que algunos funcionamiento normal ego era necesario a fin de comenzar cualquier tratamiento psicoanalítico. En 1916, explicó su punto de vista con mucho más detalle, atarlos con sus ideas en desarrollo sobre la importancia de narcisismo . Después de discutir la retirada narcisista de la libido del objeto en el yo como un factor importante en la psicopatología de la demencia precoz (esquizofrenia), así como los estados maniáco-depresivos, dice:

"Como nos hemos aventurado a operar con el concepto de ego libido las neurosis narcisistas se han hecho accesibles para nosotros, la tarea que tenemos ante nosotros es llegar a la dinámica esclarecimiento de estos trastornos y, al mismo tiempo para completar nuestro conocimiento de la vida mental por venir para comprender el ego. "

(SE 14: 422)

Y continúa:

"La psicología del yo después de lo cual estamos buscando no debe basarse en los datos de nuestros auto-percepciones, sino en el análisis de las alteraciones e interrupciones del ego Pero hasta ahora no hemos avanzado mucho con él. Las neurosis narcisistas difícilmente pueden ser atacados con una técnica que nos ha servido con la transferencia de las neurosis. Pronto aprenderá por qué. Lo que siempre pasa con ellos es que, después de proceder a una corta distancia, nos encontramos con un muro que nos lleva a una parada. Incluso con las transferencia neurosis, como ustedes saben, nos encontramos con barreras de resistencia , pero hemos

sido capaces de derribar a poco a poco. En las neurosis narcisistas la resistencia es invencible. "

(SE 14: 422-23)

Sigue un poco más adelante (p. 423) "Nuestros métodos técnicos en consecuencia debe ser reemplazado por otros, y que no sabemos todavía si vamos a tener éxito en la búsqueda de un sustituto.

A continuación se analiza la materia disponibles en pacientes psicóticos con la clara intención de estimular la investigación de la psicopatología y tratamiento de los estados narcisistas. Pero la nota pesimista constantemente vuelve, por ejemplo, en 1916 se habla de cómo "paranoicos, melancólicos, sufre de demencia precoz permanecer en todo el afectado y a prueba de la terapia psicoanalítica" (SE 14: 438-39) y se va a discutir en detalle la llamada neurosis de transferencia con el fin de explicar la falta de éxito con la neurosis narcisista:

"La observación muestra que los enfermos de neurosis narcisistas tienen

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 283 -

Número máximo de transferencia o únicamente los residuos insuficiencia de la misma. Rechazan el médico, no con hostilidad, sino con indiferencia . Por esa razón, no pueden ser influenciados por lo tanto, lo que dice deja frío, no hace mella en ellos, por consiguiente, el mecanismo de la cura que llevamos adelante con otras personas no se puede operar con ellos.

(SE 14: 447)

Freud explicó entonces la falta de transferencia en cuanto a los pacientes que han abandonado sus investiduras de objeto y la libido de objeto que ha sido transformada en libido del yo. Dieciséis años más tarde (1933), se volvió a discutir las indicaciones y limitaciones del tratamiento analítico y emitió una advertencia contra el exceso de entusiasmo por los resultados del psicoanálisis. Ahora, con su nueva comprensión de la importancia del instinto conflicto entre la vida y el instinto de muerte, agregó: "a veces un componente instintivo especial es demasiado fuerte en comparación con las fuerzas de oposición que somos capaces de movilizar. Esto es bastante cierto en general con una psicosis '(SE 22: 154). Él volvió a discutir las limitaciones de éxitos analíticos debido a la forma de la enfermedad y afirmó que el campo de aplicación de la terapia analítica radica en la neurosis de transferencia: "Todo difiere de éstas, las condiciones narcisistas y psicóticos, no es adecuado, en mayor o menor medida '(SE 22: 155). Parece que entre las dos series de conferencias de introducción (en 1916 y 1933), Freud se había vuelto más pesimista sobre las posibilidades de la *analítica* tratamiento de la psicosis. Este pesimismo puede, sin embargo, ha estado conectado con su creciente preocupación por el problema de la relación entre la aptitud para el análisis y la fuerza excesiva constitucional del instinto y la conciencia de la importancia de la destrucción (muerte) instinto , en mental grave enfermedad , que desarrolló en mayor detalle en **"Análisis terminable e interminable" (1937).**

En **"Esquema del psicoanálisis" (1940)**, Freud volvió de nuevo a la discusión sobre el tratamiento de la psicosis, ahora en relación con su mayor conocimiento de la psicología del ego. Explicó que el psicoanalista tiene que encontrar en el ego del paciente un aliado útil. Para que esto ocurra el ego debe haber retenido

'Cierta coherencia y algún fragmento de la comprensión de las exigencias de la realidad . Pero esto no es de esperar del yo del psicótico: no se puede observar un pacto de este tipo Así descubrimos que tenemos que renunciar a la idea de intentar nuestro plan de cura a los psicóticos - renunciar a él tal vez para siempre o tal vez

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 284 -

sólo por el tiempo de ser , hasta que hayamos encontrado algo de otro plan de mejor adaptados para ellos.

(SE 23: 173)

Pero más tarde en el "Esquema", añadió un punto más a esto cuando describió que en muchos "trastornos psicóticos agudos queda en algún rincón de la mente del paciente una persona normal oculto '(SE 23: 202). A continuación, analiza 'la vista que postula que en toda psicosis hay una escisión del yo '. Y continuó:

'Usted probablemente puede tomarlo como siendo cierto que en general lo que ocurre en todos estos casos es una escisión psíquica. Dos actitudes psíquicas se han formado en lugar de una sola - uno, el normal, que tiene en cuenta la realidad , y otro que bajo la influencia de los instintos separa el ego de la realidad . Existen los dos de cada lado de otra . La cuestión depende de la fuerza relativa. Si el segundo es, o se convierte en la más fuerte, la necesaria condición previa para una psicosis está presente. Si la relación se invierte, a continuación, hay una aparente curación del trastorno delirante '.

(SE 23: 202)

La descripción de Freud de la escisión del yo en las psicosis en una normal y una parte psicótica es de importancia fundamental para la comprensión de la psicopatología de las psicosis. Como el "Esquema" se publicó póstumamente (1940), Freud no pudo aclarar si mismo esta importante observación sobre la escisión del yo habría influido en su pesimismo sobre el enfoque psicoanalítico clínico para la psicosis. Los procesos de escisión del yo se han estudiado en detalle por Melanie Klein. La división en una parte psicótica y no psicótica de la personalidad fue estudiado por Federn, Katan, Bion y Rosenfeld.

Cuando uno revisa las contribuciones de Freud para el tratamiento de estados psicóticos uno está impresionado por su pesimismo, sino también por su deseo de que finalmente alguna forma de acercarse psicótico enfermedad puede ser encontrado. El pesimismo está esencialmente relacionado con su creencia de que los psicóticos no constituyen una transferencia, a partir de su teoría de que en estas condiciones narcisistas, cuando la libido de objeto se retira en el ego, las presentaciones de objetos están completamente rendido. Freud atribuye la rigidez extrema en la resistencia a cualquier cambio que se encontró en la psicosis al mismo proceso: 'narcisismo'. Consideraba la omnipotencia del proceso psicótico - como, por ejemplo, en los delirios y las alucinaciones - como un intento de restitución diseñado para recuperar los objetos del mundo externo. Pero esta "libido objetual" se encontró igualmente resistentes a cualquier terapéutica análisis. Otro

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 285 -

dificultad importante que Freud describió fue la deficiencia de ego en la psicosis que a su juicio hizo la cooperación en el tratamiento imposible. Freud era consciente de que la fuerza excesiva de instintos jugó un papel importante en los estados psicóticos, pero no discutió conflictos psicóticos específicos entre las partes de uno mismo, como piezas amorosas y destructiva de sí mismos, sobre la base de su teoría de los instintos de vida y muerte. Él consideraba el principal conflicto en la psicosis como un conflicto entre el yo y la realidad.

Manifestaciones Transferencia de pacientes psicóticos vista por los analistas que han intentado tratar a los pacientes psicóticos de Análisis

Como Freud insistió en que seriamente narcisistas pacientes - y se refirió aquí con frecuencia a los pacientes psicóticos - no podía ser tratado por el psicoanálisis principalmente porque pensaba que los pacientes psicóticos no formaron una transferencia, parece esencial para comparar los hallazgos de Freud con la experiencia de otros analistas.

Breve resumen de la transferencia del analista experiencias con pacientes psicóticos

Federn enfatizó que los pacientes psicóticos constituyen transferencias sino los inestables. Su descubrimiento más importante en mi opinión es el hecho de que se dio cuenta de que el psicótico está dispuesto a hacer transferencias con tanto las partes desordenadas (psicótico) de su saludable y personalidad, que describiré más adelante con mayor detalle.

Bullard destacó que en el psicótico hubo profundos cambios de transferencia similares a las del neurótico, pero tan intenso y tan cuidadosamente oculta por una máscara de indiferencia u hostil desconfianza que muchos analistas creen que el análisis de los pacientes psicóticos es imposible.

Sullivan hizo hincapié en la capacidad de los esquizofrénicos para formar una transferencia. Trató de comunicarse con los pacientes a través de su teoría interpersonal de la esquizofrenia y de la comprensión del paciente sistema de auto que se sentía, a menudo se derrumbó en la esquizofrenia.

Fromm-Reichmann describió la extrema suspicacia y la desconfianza en el paciente esquizofrénico hacia el terapeuta que se acerca a él con la intención de entrometerse en su vida personal y su mundo aislado. Ella primero criticó otros intentos de los analistas de romper a través del paciente defensa con las interpretaciones, pero en una etapa posterior

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 286 -

período de su trabajo recomendó que la investigación de la relación médico-paciente y sus distorsiones debe ser incluido en el proceso terapéutico.

Algunos analistas hablan de una transferencia narcisista en pacientes psicóticos. Abraham cambió su opinión de que los pacientes psicóticos no constituyen una transferencia, que mantuvo hasta alrededor de 1912. Describió la grandiosidad narcisista en uno de sus pacientes. A partir de 1913 se observa transferencias en pacientes esquizofrénicos, y en 1912 se dio cuenta de que los melancólicos son capaces de establecer una suficiente transferencia de justificar los analistas tratarlos. Si uno escudriña la descripción de Abraham de los pacientes se siente que él debe haber interpretado el comportamiento de la transferencia narcisista del paciente y poco a poco logró liberar una respuesta más positiva a objetos relacionados en el paciente.

Por otra parte Waelder - uno de los primeros analistas para hablar de una transferencia narcisista - no utilizar la

transferencia narcisista de interpretaciones, sino como un vehículo para la directiva influencia que el analista puede ejercer sobre el paciente.

Pierce Clark estaba al tanto de la transferencia narcisista en pacientes psicóticos. Pero sugirió de nuevo sin la interpretación de esta transferencia, sino actuando con el paciente en la medida en que se informó de que el terapeuta debe prestar por completo a escuchar y comprender el material de que se presentó, pero no se acercan a ella en términos de interpretaciones analíticas, pero con problemas emocionales simpatía que garantice la armonía completa del paciente.

Stern, describió una transferencia sobre la base de las necesidades narcisistas insatisfechos y ungratificable de sus pacientes, que a menudo ven el analista como divina, omnisciente y omnipotente. Descubrió que, cuando el analista cambió en los ojos del paciente en un objeto hostil y cruel, el paciente a menudo se acercó a un estado psicótico en la transferencia situación.

Cohn examina transferencias narcisistas con gran detalle. Observó que en la transferencia narcisista hay a menudo una seria dificultad para distinguir entre el sujeto y el objeto que se debe a la proyección. Él describió la transferencia narcisista cuando el analista fue experimentada por el paciente en un objeto parcial de nivel como si fuera propia heces del paciente.

Searles describe las transferencias de la esquizofrenia en gran detalle y sugiere que es expresiva de una organización ego muy primitiva comparable con la de un niño viviendo en un mundo de objetos parte experiencias.

Piedra subrayó que la transferencia amor de la histérica era diferente del fenómeno primitivo de la transferencia narcisista.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 287 -

A veces, la transferencia se hace particularmente narcisista cuando el analista se confunde con self del paciente.

Edith Jacobson subraya los problemas de intensas transferencia sentimientos en los pacientes deprimidos que viven sólo en el aura del analista y se retiran de otras relaciones personales. A menudo existe una intensa sadomasoquista transferencia en momentos de amenaza retirada narcisista.

Winnicott describe que él era capaz de analizar los pacientes psicóticos en un primer momento sin ningún cambio de la técnica analítica, y esto significaba que analiza los fenómenos psicóticos que aparecen en lo positivo y negativo de la transferencia situación. Cuando él cambió sus puntos de vista y sintió que la psicosis es una especie de enfermedad de deficiencia cambió al mismo tiempo su técnica y ha destacado que el analista tendría que compensar la falta de principios del medio ambiente.

Bion, Rosenfeld y Segal fueron alentados por Melanie Klein trabajo 's en esquizoides primeros procesos como proyectiva identificación y las ansiedades paranoides relacionadas con ellos para acercarse a los pacientes con depresión psicótica y esquizofrénica de análisis. Todos ellos han descrito las transferencias psicóticos que se han encontrado en el análisis de los pacientes psicóticos.

Rosenfeld dijo en 1954 que las manifestaciones psicoanalíticas se unen a la transferencia, tanto en condiciones agudas y crónicas, así que lo que podría llamarse una " transferencia de la psicosis "se desarrolla. Hizo hincapié en que cada vez que un paciente esquizofrénico agudo acerca a un objeto de amor y odio que parece confundirse con su objeto, un problema que también ha sido subrayado por Stone, Stern y Bion.

Las contribuciones de todos los analistas mencionados aquí para el tratamiento y la comprensión de la narcisista o psicóticos transferencia ahora se describen con más detalle y se discuten en las siguientes páginas.

Abraham hizo contribuciones muy importantes para el tratamiento de la psicosis, sobre todo a los estados maníaco-depresivos. Ya en 1907 se discutió la psicopatología y el tratamiento de la demencia precoz, llamando la atención sobre las similitudes de los conflictos en la histeria y la demencia precoz, por ejemplo, la creación de instancias de los imaginarios embarazos "(1907a: 55). También afirma que las ideas obsesivas constituyen en su génesis psicosexual son totalmente similares a los embarazos histéricos "(1907: 55). También afirma que las ideas obsesivas constituyen en muchos casos, la característica más destacada de la enfermedad. En 1908 se examinaron las diferencias entre la histeria y la demencia precoz y llegó a la conclusión de que "desde que hemos rastreado toda transferencia de sentir que la sexualidad debemos llegar a la

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 288 -

conclusión de que la demencia precoz destruye la capacidad de las personas para la explotación sexual de transferencia, es decir, para el objeto de amor "(1908: 69). Él considera

'El negativismo de la demencia precoz como la antítesis más completa de la transferencia Al tratar de psicoanalizar a estos pacientes que notamos la ausencia de transferencia de nuevo. Por lo tanto el

psicoanálisis apenas entra en consideración como un procedimiento terapéutico en este tipo de enfermedades
".

(1908: 71)

Abraham describe el interés del paciente o la nostalgia de un objeto, pero dice que, si lo consiguen, no tiene ningún efecto sobre ellos. Al hablar de la general, la falta de interés en un objeto y la falta de sublimación que sugiere que las características psicosexuales de la demencia precoz indican que el paciente ha vuelto a la fase de auto-erotismo y los síntomas de la enfermedad son formas de violencia sexual autoerótica actividad. Muchas de las observaciones de Abraham, como la preocupación de la esquizofrenia con fantasías de masturbación auto-eróticos, han sido confirmados por los trabajos recientes.

En 1913 Abraham cambió su punto de vista acerca de la falta de transferencia de la esquizofrenia cuando se presentó en el análisis de un caso indudable de la demencia precoz, que sufre de alucinaciones: "El paciente durante el tratamiento pronto demostró ser capaz de hacer una suficiente transferencia" (1913: 191). En 1916 se informó de un nuevo caso de demencia precoz. Dijo que 'un psicoanálisis puede llevarse a cabo con estos pacientes tan bien como con un psiconeurótico' (1916: 254). En ambos casos, el trabajo se vio facilitado con motivo de la supresión de muchas inhibiciones: "la materia se encuentra muy cerca de la conciencia y, en determinadas circunstancias, se expresa sin resistencia" (1911: 152).

En 1911 Abraham informó sobre la investigación y el tratamiento de los seis casos indudables de maníaco-depresiva enfermedad. Es interesante ver cómo pronto se empezó a descubrir transferencia fenómenos en este grupo de pacientes. Uno de estos casos habían sufrido graves melancolía durante veinte años. En el momento del informe que había tratado el caso de sólo dos meses, pero "durante este tiempo no mayor estado de depresión que parecía, pero había dos estados maníaco acentuación, que eran mucho más suave que antes" (1911: 154).

En otro caso, la eficacia de los análisis se muestra de una manera sorprendente. El tratamiento duró sólo cuarenta sesiones. En el sexto caso, el tratamiento puede ser completado con éxito en seis meses. Comentó que el tratamiento tenía un "muy buen resultado". Seis meses después de terminar el tratamiento no había habido ninguna recaída. Abraham dijo que por lo general es extraordinariamente difícil establecer una transferencia de estos pacientes que han dado la espalda a toda la

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 289 -

mundo en su depresión, pero hizo hincapié en que, en un caso, sólo con la ayuda de las interpretaciones psicoanalíticas de ciertos hechos y conexiones, logró 'en la obtención de un mayor psíquica relación con el paciente de lo que había conseguido anteriormente' (1911: 153). En otro caso, se sorprendió que después de superar una considerable resistencia logró explicar ciertas ideas que dominaron por completo al paciente y observar el efecto de este trabajo interpretativo. La mejora inicial y después cada uno siguió directamente de la eliminación de los productos definidos de la represión.

Durante todo el transcurso del análisis se podría observar más claramente que la mejora de los pacientes fue de la mano con el progreso de su análisis. Comentó que, con los pacientes que han prolongado sin intervalos entre la manía y los ataques depresivos, el psicoanálisis debe comenzar durante el libre ejercicio. En términos generales, Abraham, aunque consciente de lo incompleto de sus resultados, se sintió muy esperanzado en este artículo. Él dijo: "Puede ser reservado para el psicoanálisis para dirigir la psiquiatría fuera de la trayectoria del nihilismo terapéutico" (1911: 156).

En 1924, Abraham hizo observaciones muy detalladas de más pacientes maníaco-depresivos. Particularmente interesantes y significativas son sus comentarios sobre el comportamiento del paciente en la situación analítica y su reacción a las interpretaciones del analista. Por ejemplo: "Todos sabemos cómo los pacientes melancólicos son inaccesibles a cualquier crítica por parte del analista de sus formas de pensamiento, y por supuesto, sus ideas delirantes son especialmente resistente a cualquier interferencia" (1924b: 455). Un paciente respondió, después de haber tratado de hacer una interpretación, que él ni siquiera le había oído. Él describió la transferencia narcisista en una de sus pacientes que utilizaron siempre para caminar en su habitación con un aire de condescendencia elevada, mostrando escepticismo superiores sobre el psicoanálisis. En otro paciente esta actitud utiliza para alternar entre la humildad crónica. En su opinión, los melancólicos son capaces de establecer una suficiente transferencia de justificar los analistas en el intento de tratarlos y que los cambios importantes no podrían efectuarse en un paciente hasta que logró establecer una transferencia a su analista. Se hizo hincapié, como en 1911, la capacidad del paciente para responder a las interpretaciones y observó que en algunos casos las actitudes del paciente narcisista y negativa hacia ciertas personas, o hacia todo su entorno, y su alto grado de irritabilidad en lo que se refiere a ellos, disminuyeron en un manera que nunca ocurrió antes.

Es interesante, por lo tanto, que Abraham, a diferencia de Freud, se ha encontrado que es posible establecer una transferencia en pacientes maníaco-depresivos y que, a pesar de la fuerza de la conducta narcisista del paciente

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

durante las sesiones de análisis, fue capaz de producir un cambio simplemente por medio de interpretaciones.

Había sólo un pequeño número de analistas que intentaron tratar la psicosis hasta 1935. Su principal preocupación era el problema de la paciente narcisismo . **Waelder (1925)** trató de encontrar una base teórica y práctica para el tratamiento de la neurosis narcisista. Él desarrolló una hipótesis sobre los factores condicionantes de la psicosis que se produce o se evita en las personalidades limítrofes en los que se puede observar el fenómeno de la transición a la psicosis. Él introdujo el concepto de "narcisista represión ", lo que parece, en su opinión, la base de la retirada de la libido en el yo y que es también la base de la psicosis. Él introdujo un concepto más que él llamó la "unión de los instintos ", que implica la combinación de narcisismo y la libido de objeto, la creación de instancias las personas que tienen éxito en la vinculación del narcisismo con la libido de objeto en una forma compatible con la realidad que impide la formación de psicóticos patológicos síntomas »(1925: 269).

Waelder ilustra su teoría con el caso de materiales . Se argumentó que si fuera posible utilizar la libido que está fluyendo de nuevo en el ego en el principio de una enfermedad psicótica, de tal manera que el instinto se combinaría con la sublimación de una manera compatible con la realidad , y si esta unión se relaciona a oponerse libidinales procesos que son accesibles a los métodos analíticos, podríamos esperar ser capaces de encontrar una manera de curar la psicosis que ya ha estallado. La tarea terapéutica en estos casos que describió como " la sublimación del narcisismo ". Al discutir la transferencia , Waelder señala que la única forma de transferencia que se puede establecer de manera efectiva es el narcisista. Trató de dejar en claro que el rasgo característico de la intención terapéutica que aconseja implica una intervención en una parte sana de la personalidad que no tiene un narcisista fijación . Por lo tanto, depende de la existencia de tal parte de la personalidad . Prácticamente el tratamiento debe comenzar con un período extremadamente pasiva, lo que permite al analista para saber cuáles son las posibilidades. El análisis se mantiene con la transferencia narcisista, y en general hay que avanzar de la mano con el narcisismo , evitando la frustración con respecto a la narcisista ideales y de manera constante con el objetivo de reconocer a las gratificación narcisista compatible con la realidad . Waelder subrayó el auto - conocimiento del paciente narcisista y su capacidad consciente para influir en su mente:

'En la psicosis del typic esquizofrénico, una visión en el mecanismo tiene una notablemente mayor poder de ayudar a la recuperación que en

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

neurosis . Todos los auto- conocimiento consiste en el establecimiento de la comunicación entre las diferentes tendencias que hasta entonces se cortan entre sí Este es un caso raro en el que la comprensión del paciente de la génesis de la enfermedad basta para curarlo.

(1925: 278, 275)

Waelder es uno de los primeros analistas a hablar de una transferencia narcisista. Esta transferencia es aparentemente no se utiliza como una base para la transferencia interpretaciones sino como un vehículo para la directiva influencia que el analista puede ejercer en el paciente. Cuando Waelder discute mecanismos psicóticos y tendencias aislados de los otros, somos, en cierta medida recuerda los conceptos modernos de partes escindidas de uno mismo y de la interpretación de los mecanismos de la división de los psicóticos y los estados psicóticos limítrofes, que desempeñan un papel importante en técnicas modernas de tratamiento del ego psicótico.

En 1933, Pierce Clark contribuyó al tratamiento de las neurosis narcisistas y las psicosis. Pensó que era el narcisismo que constituyó el primer gran obstáculo para cualquier enfoque terapéutico y la posible reajuste en la neurosis narcisista. Sostuvo: "En el uso de la técnica de corriente de análisis en estos casos podemos aprender mucho sobre el narcisismo , pero no somos capaces de ayudar a la narcisista "(1933b: 304). Ha desarrollado en este trabajo su teoría del narcisismo fijación y cómo esto puede ser abordado y superado por el tratamiento psicológico. Observó que el ego narcisista no se ha desarrollado más allá del nivel infantil de necesidad de protección y apoyo amoroso, y el paciente se considera que tiene un requisito especial individual por un período más largo de la dependencia que los no narcisistas. Su teoría es que, aunque el narcisista puede necesitar más tiempo para el desarrollo , al final habrá una tendencia a alejarse tímidamente de su retirada posición . Él creía que el terapeuta debe estar de acuerdo con los requisitos narcisistas del paciente, en otras palabras, su función debe ser la de la "tierna, todo dando la madre '. En la práctica, esto significaría que el terapeuta se prestaría por completo a escuchar y comprender el material de que se presentó, pero se acercaría no en términos de analítica interpretación , pero con simpatía emocional, lo que garantizaría la armonía completa del paciente. El autor observó que la relación sería más tarde asumir las condiciones de ordinario transferencia análisis , pero a través de este 'fortificada técnica 'se da el ego una oportunidad para reanudar su crecimiento interrumpido a una velocidad de su propia elección. En un momento se preguntó si "un analista de todo dando como pasiva podría no sólo aumentar las idealizaciones del paciente

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

sin aumentar su prueba de la realidad y su descarga de energía en las actividades de sublimación "(1933b: 310). Para contrarrestar esta dificultad Pierce Clark sugirió que el narcisista de identificación que proporciona el analista debe ser teñida gradualmente con la realidad de las necesidades. Se hizo hincapié en que, una vez que se establece la transferencia narcisista, el procedimiento es muy similar al seguido en el análisis de las transferencia de neurosis. 'La cáscara narcisista debe ser roto por el fin de exponer las debilidades reales, los miedos y necesidades dependientes que se encuentran detrás de "(1933b: 318).

Pierce Clark dio algún caso de material de un paciente psicótico pero no reportó ninguna mejoría clínica significativa por este tratamiento. Sus teorías y enfoques tienen muchos puntos en común con los de los trabajadores posteriores interesados en el tratamiento de psicóticos, como los primeros intentos de Fromm-Reichmann en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos y teorías y recomendaciones posteriores de Winnicott para acercarse a los pacientes psicóticos.

Waelder y Pierce Clark parecen familiarizados con el concepto de la transferencia narcisista, pero no están interesados en describir la actitud narcisista o el comportamiento del paciente en la situación analítica, que se hizo con éxito por Abraham. Ambos aconsejan al analista para cambiar su comportamiento y para adaptarse a las demandas del paciente narcisista para el amor, el apoyo y la satisfacción con el fin de crear y mantener la transferencia narcisista.

Stern (1938) describió la transferencia sobre la base de las necesidades narcisistas insatisfechos y ungratificable de sus pacientes, que a menudo ven al analista como divina, omnisciente y omnipotente. Como resultado de esto se sienten seguros y felices en el análisis como si estuvieran en un nirvana, pero permanecen sin ningún conocimiento. Stern, destacó que una distorsionada percepción del analista es muy real para estos pacientes. Las transferencias negativas tienen que ser cuidadosamente manejado. Cuando los cambios de los analistas en los ojos del paciente en un ambiente hostil o un objeto de tratos crueles, a menudo el paciente se acerca a un estado psicótico en la transferencia situación. Debido a la omnipotencia de la buena o mala imago que representa al analista, nada saborear la crítica tiene un efecto más preocupante para el paciente, ya que el analista se convierte en una mala cifra, y el paciente se retira fácilmente. Stern, observó que en la transferencia narcisista el paciente nunca se identificó con el analista pero sólo con el concepto de lo producido por un proceso de proyección de sus propios ideales ego. En particular, hizo hincapié en el sentido de omnipotencia con la que el paciente se dota tanto de la ubicación y las buenas excesivamente malas imagos que proyecta sobre el analista.

Cohn (1940) examinó los fenómenos narcisistas en la transferencia

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

en mayor detalle. Él cree que la transferencia en general se puede considerar como un fenómeno narcisista y consideraba la transferencia de la neurosis narcisista como simplemente de un tipo primitivo y rudimentario. Observó que en la transferencia narcisista hay a menudo una seria dificultad en la distinción entre sujeto y objeto, y que este problema es causado por el mecanismo de proyección. Él relaciona los procesos de incorporación, expulsión y proyección a las fijaciones orgánicas, que él piensa que debe hacerse consciente porque aparecen magnificados, siempre y cuando no se evalúan por el consciente aparato mental. Él le da una serie de ejemplos clínicos de la transferencia narcisista, por ejemplo, con un paciente depresivo que el analista se trata como si fuera propia heces del paciente. Esta fue una de las razones por las que no podía distinguir entre él y el analista. Durante el análisis se hizo evidente que el paciente había proyectado no sólo sus heces y sus anales sensaciones sobre el analista, sino también su propio pene, y de ese modo había perdido a sí mismo. Al hablar de un caso de esquizofrenia, que describió una chica que parecía interesado sólo en un libro que ella estaba rompiendo en pequeños pedazos. Un día, de repente, atacó violentamente al analista como si se va a tratar de sacarlo en pedazos. Ella le dijo: "Tú no puedes dejarme. Me he concentrado en ti por completo." Luego se dejó caer de nuevo en su estupor y, añade, el analista en su ignorancia. El analista describe que él no se había dado cuenta en ese momento que el paciente se había concentrado en él y no en el libro. Él ahora es consciente de que se había producido una transferencia en un nivel muy primitivo. En la mayor parte de sus ejemplos clínicos hizo hincapié en la utilización del mecanismo de proyección en la transferencia narcisista. La importancia del mecanismo de la proyección y la confusión entre sujeto y objeto en la transferencia narcisista se destacó por muchos trabajadores posteriores con pacientes psicóticos (Searles, Rosenfeld, Bychowski, y otros).

Bullard, Federn, Fromm-Reichmann, y otros describen transferencias muy intensas en el tratamiento de pacientes psicóticos. **Bullard (1940)** dice que en el psicótico existen profundas oscilaciones de transferencia que son en un sentido similar a las de la neurótica, pero tan intensa y tan cuidadosamente oculta por una máscara de indiferencia u hostil desconfianza que muchos analistas creen que el análisis de los pacientes psicóticos es imposible. Bullard destacó manifiesta y oculta la ansiedad en los pacientes psicóticos y dio detalles de cómo hacer frente a este problema. Cuando estas inquietudes no estaban claramente comprendidos y llevados a la superficie, amenazaron la continuidad del análisis y afectaron notablemente la tendencia actual de rapport. También mencionó que la intensa hostilidad, a menudo paranoico del psicótico puede ser indicativo de la ansiedad y puede tener una función defensiva. Él

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 294 -

dio el caso de material para ilustrar una fuerte paranoia negativo de transferencia en el que el paciente tiró cosas y le insistió en que el analista le estaba torturando. Él encontró que incluso tales transferencias negativas graves pueden disminuir notablemente cuando el analista es consciente de la verdadera causa de la ansiedad del paciente de modo que el paciente se siente mejor entendida. **Bullard (1960)** se describe en mayor detalle el enfoque analítico para pacientes gravemente paranoides en un hospital establecimiento. Sus pacientes no parecía tener idea y rechazó la terapia al principio. Bullard aceptado actitud paranoide del paciente como base para iniciar el tratamiento y no intentó crear un positivo transferencia artificialmente, que se siente sería un grave inconveniente para la terapia eficaz. Contribuciones de Bullard son particularmente importantes porque en contraste con muchos terapeutas se ocupan de los psicóticos que ilustra que las transferencias negativos de la psicótico pueden ser comprendidos y se analizaron en un entorno terapéutico.

Federn tratado pacientes psicóticos a partir de 1905 en adelante e hizo una contribución muy detallada a la psicopatología y el tratamiento de las psicosis en 1943. Él encontró que los psicóticos forman una transferencia , pero esto es bastante inestable, y por lo tanto se emplea un método diferente de que con pacientes neuróticos. Hizo hincapié en que para acercarse a los pacientes psicóticos, debemos recordar que estos pacientes sean accesibles al psicoanálisis porque en primer lugar que todavía son capaces de transferencia , en segundo lugar, una parte del ego tiene una visión en el estado anormal (pero esto no es un factor constante), y tercero, una parte de la personalidad todavía está dirigido hacia la realidad . El psicótico está dispuesto a hacer transferencias tanto con la salud y las piezas desordenadas de su ego:

"La transferencia de la parte psicótica de la personalidad es peligrosa y puede llevar a la agresión y la masacre, así como a la deificación del objeto Tanto la agresión y la deificación pueden poner fin a todo contacto con el analista, debido a los temores profundamente arraigados.

(1943: 137)

Al comparar el tratamiento de los psicóticos y neuróticos, Federn, dijo que en la psicosis resistencias normales han venido abajo y han de ser restablecido por el psicoanálisis. Con el fin de restablecer las resistencias en el psicótico, Federn cuenta que uno tiene que abandonar el psicoanalítico habitual técnica :

"En primer lugar abandonar gratis asociación , segundo abandonar el análisis de los aspectos positivos de transferencia , tercera provocación abandono de la neurosis de transferencia, ya que rápidamente se convierte en una transferencia de la psicosis

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 295 -

en la que el analista se convierte en el perseguidor. En cuarto lugar, abandonar el análisis de las resistencias que mantienen la represión . Fobias los molestan porque protegen contra los temores y conflictos más profundos En el análisis de los psicóticos regresión no debe ser aumentada.

(1943: 155)

Hizo hincapié en que la condición más importante que se debe considerar en todos los tratamiento psicoanalítico de la psicosis es la creación de un positivo de transferencia , que debe en sí nunca se disuelve por el análisis y la interrupción del tratamiento cuando la transferencia se convierte en negativo. Principalmente por esta razón Federn es enfático en que el psicoanálisis no de psicóticos se puede llevar a cabo sin un ayudante hábil e interesados, preferiblemente una mujer , tener cuidado del paciente entre las sesiones y en particular durante los períodos de negativo transferencia . Al hablar de la ambivalencia de los psicóticos y de la forma en que esto se manifiesta en la transferencia , Federn destacado que el analista tiene que darse cuenta de que la ambivalencia es reemplazado en la psicosis por dos o más estados del yo. Estos ego dividido afirma alternan en su fuerza y con ellos alternar los aspectos positivos y negativos de transferencia al analista. Federn en cuenta que, en la psicosis, el terapeuta debe frenar e incluso tratar de detener la entrega espontánea de la aún inconsciente complejos mentales, porque uno no quiere hacer frente a cualquier aumento de la desorganización psicótica hasta que el ego se ha vuelto a establecer dentro de su normalidad límites. En el tratamiento de la psicosis Federn confió en que parte de la paciente que todavía está en contacto con la realidad y los objetos externos, los restos del ego normal. Al describir su actitud ante el paciente, dijo:

'El psicoanalista comparte la aceptación de falsificaciones del psicóticos como realidades. Él comparte su dolor y el miedo y en base a razones con el paciente. Cuando se convenció de que por este procedimiento el paciente se siente comprendido el analista presenta la verdadera realidad en oposición a la falsificación. A continuación, se enfrenta al paciente con su actual frustración , tristeza o temor, y se conecta esto con miedos y conflictos más profundos del paciente y frustraciones.

(1943: 159)

Un factor importante en la Federn técnica es consciente de la educación del paciente en relación con los cambios en los límites del yo. Se muestra al paciente, por ejemplo, que debido a ciertos límites del yo después de haber perdido sus catexis ideales, pensamientos y recuerdos se viven como algo real y dejar de ser mero pensamiento . Él

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 296 -

hizo hincapié en que el paciente es capaz de aprender a distinguir los límites del yo con normales investidura de quienes tienen investidura retirados. Se cree que, al contrario de Freud, que la pérdida de la realidad es una consecuencia de y no la causa de la deficiencia básica psicótico. Federn hizo un estudio detallado de la psicosis latente. Se dio cuenta de que los pacientes psicóticos latentes se vuelven abiertamente psicóticos durante el tratamiento psicoanalítico. Estaba convencido de que el psicoanálisis a menudo fomenta la aparición de psicosis depresión y manía . En tales situaciones se recomienda la interrupción inmediata de la libre asociación de método. Él mismo aprendió a evitar el despertar de una psicosis latente y se convirtió en ganas de hacerse cargo de aquellos pacientes cuya psicosis se había precipitado por el trabajo psicoanalítico de otros analistas, mencionando que muchos pacientes fueron enviados a él por antiguos pacientes y por el propio Freud.

La contribución de Federn para el tratamiento de la psicosis es de particular interés histórico para nosotros, ya que fue uno de los primeros analistas para tratar psicóticos con psicoanalíticamente orientada psicoterapia . Otro punto de interés es la concentración de Federn esfuerzo psicoterapéutico en el ego psicótico, que estudió en detalle, examinar en particular la división en partes sanas y psicóticos, una observación que fue tomado por Freud en el '**Esbozo**' (1940) . Es interesante que Federn sostuvo que ni la transferencia de psicosis ni la negativa de transferencia de los psicóticos podrían ser influenciados por la terapia psicoanalítica.

Se habrá quedado claro que Federn no hizo ningún intento de tratar la parte psicótica de la paciente personalidad . Su método de tratamiento fue ideado para suprimir o, como él la llamaba, para reprimir las producciones psicóticos que fueron abrumadores del paciente personalidad . Tal vez sería más apropiado para describir el tratamiento de Federn como un intento de ayudar a que el paciente se separó y negar las partes psicóticos de uno mismo que se había abrumado temporalmente la parte más sana del ego. La importancia de esta división en el proceso de la aparente recuperación de la psicosis ha sido discutido por Freud en el "Esquema".

Hasta el interés mediados de 1930 en la psicoterapia de las psicosis era muy limitado, pero después de 1935 este interés aumentaron considerablemente, sobre todo en el tratamiento de la esquizofrenia desde un punto de vista psicodinámico. En Estados Unidos esto se debió en gran parte de la obra de Harry Stack Sullivan y en Inglaterra de la de Melanie Klein .

Sullivan (1947) estudió las relaciones interpersonales de los pacientes esquizofrénicos mediante la creación de una unidad de tratamiento psicoterapéutico en el Hospital Sheppard y Enoch Pratt en Baltimore. Él encontró que

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 297 -

pacientes esquizofrénicos, incluso gravemente enfermos respondieron a lo que puede llamarse un tratamiento de grupo , donde todos los trabajadores - médicos, enfermeras y ayudantes - destinadas a ayudar a la reorientación del paciente esquizofrénico hacia las relaciones interpersonales. De hecho, la mayoría de los pacientes parecían recuperarse en esta configuración y podría ser dado de alta. En muchos simposios y ponencias Sullivan destacó la psicogénesis de la esquizofrenia y de la capacidad de los esquizofrénicos para formar una transferencia . No estaba de acuerdo con muchas de las formulaciones psicoanalíticas. Su teoría evolutiva básica se expresó en estos términos:

"No hay período de desarrollo, cuando exista el ser humano fuera del ámbito de la relación interpersonal. Desde la temprana postnatal etapa , en la cual el niño aprende primero a sentir la aprobación y desaprobación de la maternidad persona por empatía , un cierto grado de relación interpersonal se mantiene durante toda la vida por todos, independientemente de su estado inicial de salud mental: por lo tanto, la interrupción en el esquizofrénico es sólo parcial.

(Citado en **Fromm-Reichmann 1948** : 162)

Uno de los analistas sobre todo inspirados en la obra de Sullivan fue Frieda Fromm-Reichmann , que continuó su trabajo con los psicóticos, que se había iniciado en Alemania , bajo su dirección y desarrolló su técnica de tratamiento, mientras que la observación y el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos graves en el Chestnut Lodge Sanatorio (cerca de Washington, DC) durante un período de más de veinte años. Es interesante observar cómo la evaluación de los pacientes esquizofrénicos de forma progresiva a que cambiara la técnica para tratar con ellos. En su primer trabajo (1939) hizo hincapié en que el paciente que más tarde se desarrolla la esquizofrenia ha sido traumatizado grave en un período temprano cuando el niño vive grandiosamente en un mundo narcisista propia. En este estado, siente que sus deseos se cumplan, como resultado de su mágico pensamiento . Ella pensó que las primeras experiencias traumáticas acorta el período de seguridad narcisista, que sensibiliza a los pacientes esquizofrénicos hacia las frustraciones de la vida adulta. Como

resultado de esto, el paciente se escapa la insoportable realidad de su vida presente, tratando de restablecer el mundo delirante autista del bebé.

Fromm-Reichmann describió la extrema suspicacia y desconfianza que una evinces estos pacientes hacia el terapeuta que se acerca a él con la intención de penetrar en su mundo aislado y la vida personal. Se tarda semanas y meses de pruebas, el terapeuta hasta que el paciente esté dispuesto a aceptarlo, pero después de esto, su dependencia del terapeuta es muy grande, a pesar de que sigue siendo muy sensible al respecto. Cada vez que el analista no el paciente, que da como resultado una severa

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 298 -

decepción que se experimenta como una repetición de las frustraciones anteriores, y conduce a estallidos de intenso odio y rabia. A raíz de estas observaciones, Fromm-Reichmann recomienda que el threatment del esquizofrénico debe comenzar con un período de tiempo de preparación de entrevistas diarias. Como continúa el tratamiento, el paciente se le pide ni acostarse ni dar libres asociaciones. Nada importa excepto que el analista permite que el paciente se sienta cómodo y lo suficientemente seguro para dejar su narcisista defensiva aislamiento y el uso del médico para reanudar el contacto con el mundo. La función del analista es visto como un intento de entender y permitir que el paciente se sienta lo que hace, sin intentar demostrarlo dando interpretaciones, ya que el esquizofrénico se entiende el significado inconsciente de sus producciones mejor que nadie. El analista da evidencia de la comprensión al responder cuidadosamente con gestos o acciones que correspondan a la paciente la comunicación . En total, se recomienda como una regla básica para el tratamiento de los esquizofrénicos una atmósfera de total aceptación. En este primer período de experimentación terapéutica con los pacientes esquizofrénicos, Fromm-Reichmann trabajó con un enfoque de tratamiento basado en la teoría del desarrollo de la lesión narcisista que es idéntica a la propugnada anteriormente por Pierce Clark, y la relación positiva con el analista se fomenta a imitar un bebé-mágica omnipotente temprana madre relación. Este fomento de la relación positiva que es una reminiscencia de la recomendación de promover una positiva de Federn transferencia y evitar frustraciones que conducen a negativas de transferencia reacciones.

En sus trabajos posteriores (1948 , 1952 , 1954) Fromm-Reichmann revisado y criticado sus planteamientos anteriores. Ella dijo:

"Los psicoanalistas utilizan para acercarse a la esquizofrenia con el máximo cuidado y precaución. Asumimos que este es el único modo de hacer posible a superar su reticencia sospechoso arraigada contra reasumir y la aceptación de todos los contactos personales, incluyendo aquellos con el psicoanalista ".

(1948: 164)

Ahora criticado este enfoque ya que este tipo de relación médico-paciente se abocó demasiado al rechazo niño en el esquizofrénico y muy poco a la persona mayor de edad antes de su regresión . Asimismo, consideró que este enfoque de la aceptación sin paliativos puede ser experimentado por los esquizofrénicos adultos sensibles como condescendencia o falta de respeto por parte del analista y puede ser interpretado por el paciente como un signo de ansiedad por parte del terapeuta. Ahora se recomienda que la investigación de la relación médico-paciente

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 299 -

y sus distorsiones deberían ser incluidas en el proceso terapéutico. En otras palabras, el análisis de la transferencia que anteriormente era muy criticada se recomienda ahora totalmente. También criticó la cautela previa en sus esfuerzos terapéuticos, expresó la opinión de que "mucho tiempo valioso se había perdido por esperar demasiado cautela hasta que el paciente estaba listo para aceptar uno u otro activo terapéutico de intervención "(1948: 169). También recomendó una investigación más detallada de la sintomatología esquizofrénica y las producciones esquizofrénicos, y así sigue la dirección de Sullivan, y agregó que, según él, "los psicodinámica de maníaco enfermedades incluyendo las manifestaciones esquizofrénicas pueden entenderse como el resultado de una expresión de la insoportable ansiedad y al mismo tiempo como un intento de protegerse de esta ansiedad y evitando que la conciencia '. (1948: 170).

En 1954 Fromm-Reichmann discutió el efecto devastador de la hostilidad esquizofrénica en la propia del paciente personalidad y se conecta con los estados de autismo y parciales de regresión : 'Esto ha dado lugar a una reformulación terapéuticamente útil de la ansiedad de los pacientes esquizofrénicos, como resultado de lo humano universal, conflicto entre la dependencia y la hostilidad que se magnifica abrumadoramente a la esquizofrenia "(1954: 194). Se discutió el resentimiento o la violencia con que el bebé o niño ("el mal yo", como lo llamó Sullivan), y más tarde el paciente esquizofrénico, responde a las primeras influencias perjudiciales de la "mala madre ", como él la experimentó. Esto explica por qué los pacientes esquizofrénicos están más preocupados por su propia condición de personas peligrosamente hostil que con el daño que puede hacer a los demás que se asocian con ellos. Al describir el esquizofrénico conflicto sobre la dependencia , se discutió la tensión entre las necesidades y anhelos que dependen de la libertad. Miedo a la intimidad del

paciente está ligado a la ansiedad acerca de su secreta hostilidad contra personas que ellos valoran y dependen. Esto, subrayó, se debe trabajar a través de la transferencia .

En su artículo **"Psicoterapia de la Esquizofrenia" (1954)** Fromm-Reichmann destacó la importancia de la parte no psicótica de la personalidad , con el argumento: "tratamos de llegar a la parte de su personalidad regresión al abordar la parte de adultos, rudimentaria, ya que podría aparecer en algunos pacientes severamente perturbados »(1954: 195). Esta parte adulta está capacitado para unirse a la psicoanalista en sus esfuerzos terapéuticos. Incluso en su trabajo posterior Fromm-Reichmann era reacio a utilizar más de interpretaciones mínimos. Su trabajo terapéutico se basó en gran medida de guiar y dirigir al paciente a un dinámico comprensión y conocimiento en su enfermedad . Es interesante que Fromm-Reichmann fue capaz de corregir la "falacia" de concentrar

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 300 -

en el tratamiento de la esquizofrenia en convertirse en una especie de ideales madre para el paciente esquizofrénico retrocedido. En su trabajo posterior se concentró en el examen de los conflictos y producciones psicóticos del paciente esquizofrénico en la transferencia situación, lo que lleva a su trabajo de muchas maneras más cerca de las investigaciones de los analistas en Inglaterra (véase Segal, Bion, Rosenfeld, y otros).

Searles, otro miembro de la Washington del grupo de analistas, hizo contribuciones muy detalladas para el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos, mientras trabajaba para más de trece años en el Chestnut Lodge Sanatorio. Algunos de sus trabajos, como **"Procesos de dependencia de la Psicoterapia de la Esquizofrenia" (1955)**, fueron escritos en estrecha cooperación con Fromm-Reichmann. Hizo hincapié en que las dificultades en la transferencia situación a través de proyecciones. El analista se percibe como hostil y rechazo por propia del paciente la frustración y la ira. Describió la resistencia contra la dependencia , porque significa renunciar a las fantasías de omnipotencia . El paciente se defiende de su dependencia mediante la proyección de su dependencia de las necesidades en el analista. Como resultado de esto, teme demandas del terapeuta sobre él y se vuelve competitivo y despectivo. En un artículo posterior (1963) Searles se describe la transferencia problema con más detalle. Él cree que "la transferencia del esquizofrénico es expresiva de una organización muy primitivo ego, comparable a la que domina en el niño que vive en un mundo de objetos parciales "(1963: 661). Describió tres tareas que el terapeuta debe realizar. En primer lugar, 'el terapeuta debe ser capaz de funcionar como una parte de la paciente (p. 667). En segundo lugar, debe ser capaz de fomentar la del paciente individuación fuera de este nivel de relación, el nivel que se ha descrito 'por los analistas kleinianos como siendo una transferencia fase dominada por proyectiva identificación por parte del paciente (p. 661). Tercera tarea del terapeuta consiste en discernir y hacer interpretaciones sobre la paciente ahora diferenciado e integrado todo el objeto . Esto transforma gradualmente del paciente transferencia psicosis en una neurosis de transferencia. Searles hicieron hincapié en la importancia de una fase de la terapéutica simbiosis donde él considera verbales transferencia interpretaciones como contraindicada. Explicó que el paciente profundamente en crónica la esquizofrenia no es capaz de emplear o incluso escuchar las comunicaciones verbales. En esta fase el paciente utiliza el analista como su propio ego y no tiene suficiente funcionamiento del yo de entender interpretaciones, y que se proyecta en el analista una variedad de parte-objeto de transferencia papeles, que el terapeuta debe ser capaz de soportar y, finalmente, disfrutar. A través de la identificación con el terapeuta que pueda soportar sus primitivas relaciones de objeto , el paciente desarrolla en última instancia, la fuerza del yo . Al examinar la transferencia de

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 301 -

esta fase simbiótica, Searles, dijo que es sorprendente para descubrir hasta qué punto el paciente es en relación a sí mismo o, más exactamente, a una parte de sí mismo como un objeto. Searles no discute la escisión del yo o de sí mismo en detalle, pero sus palabras ilustran hasta qué punto él ha observado procesos que han sido descritos por otros analistas, ya sea como transferencias narcisistas o como separación y las proyecciones de una parte de uno mismo en objetos. También estudió la concreción del pensamiento del paciente esquizofrénico procesos que conducen a la transferencia de las dificultades, por ejemplo, el terapeuta puede ser experimentado por el paciente no es tan igual que su padre o madre , pero concretamente como el padre o la madre .

Searles examinaron el esquizofrénico transferencia en admirable detalle y se ha tomado conciencia de la importancia de la proyección y proyectiva de identificación en la transferencia . Creo, sin embargo, se equivoca gravemente en su creencia de que el analista debe entrar en lo simbólico transferencia como un estado de mutua dependencia , en la que el analista se siente como dependientes en el paciente como el paciente con él y con frecuencia expresa sus sentimientos de amor y odio bastante libremente al paciente. Siento que Searles, quien ha entrenado a sí mismo para hacer uso elaborado de sus contra-transferencia sentimientos, a veces se dejan llevar por ellos y no lo suficientemente reconocen o reconocen deseos proyectados del paciente para una relación mutua con el analista que elimina las diferencias entre los niños y adultos. Me gustaría considerar el comportamiento de Searles como actuar en el paciente, en lugar de analizar este importante conflicto

en pacientes psicóticos, la dificultad en la función de un adulto que se siente luego de ser superior, y su resentimiento y los intentos de revertir la relación cuidador-niño o los intentos de seducir al analista en una dependencia mutua posición o lo empujan fuera de su papel legítimo. En mi experiencia, esto actúa en no conduce al fortalecimiento de ego, sino que aumenta el vigente debilidad del yo del paciente psicótico.

Es, por supuesto, imposible hablar de todas las contribuciones al tratamiento de la psicosis, y ahora voy a hablar brevemente de vista de la Piedra de la psicosis de transferencia y la obra de Edith Jacobson con pacientes psicóticos. **Stone (1954)**, para contribuir al tratamiento de condiciones psicóticas, hicieron hincapié en que la transferencia de amor de la histérica es diferente del fenómeno primitivo de la transferencia narcisista. El psicótico transferencia está sujeta a invadir o abrumar a su personalidad, así como su psicosis amenaza con abrumar a su ego. Piedra es consciente de que a veces el gran temor de la intensidad primitiva de sus sentimientos obliga a algunos pacientes a permanecer separados, pero donde la transferencia se rompe a través, puede aparecer insaciable demanda, o la necesidad de controlar y tiranizarlos

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 302 -

el analista, o, en su defecto, completa sumisión a él. A veces, la transferencia puede ser, literalmente, narcisista cuando el terapeuta se confunde con el yo o es como el ser en todos los aspectos. Destacó tanto la destructividad primitivo y la necesidad de experimentar al analista como omnipotente y divina, y sugirió que, en el del paciente fantasía de que el analista omnipotencia, la culpa sobre destructiva primitiva agresión juega un papel importante. A partir de su propia experiencia se puede hablar con la justificación de la " transferencia de la psicosis ". Al hablar de la actitud del analista, sugirió que el factor decisivo es la capacidad de tolerar, durante largos períodos y sin renunciar a la esperanza, las cepas de los poderosos, atormentado y atormentador transferencia y el potencial contra- transferencia situación. Parece que Stone aconseja sólo un mínimo cambio en la actitud del psicoanalista, en la promoción de los aspectos positivos de transferencia, por lo que el paciente soportar las tensiones del hostil transferencia cuando apareció. No creía que el tratamiento analítico podría ser perjudicial básicamente en pacientes psicóticos, ya que él no se sentía que no podía haber una cosa tal como un estado psicótico latente susceptible de ser descubierto. Esto, por supuesto, está en contraste con la opinión de Federn. Por desgracia, las opiniones de piedra no son ejemplificados por clínica materiales.

Jacobson ha contribuido principalmente al tratamiento de estados manicdepressive, pero también ha hecho una contribución interesante al tratamiento de los pacientes esquizofrénicos. Se hizo hincapié en que, en el curso del análisis de la depresivo, el analista inevitablemente se convierte en el centro de amor objeto y el centro de la depresivo conflicto. A medida que el análisis progresa, el paciente puede desarrollar estados depresivos más graves, que se caracteriza por una profunda ego y regresiones id. Sugirió que los depresivos tratan de recuperar su propia capacidad perdida para amar y para funcionar a través de la magia del amor del objeto amado. Cuando no pueden obtener este tipo de ayuda desde el exterior, pueden retirarse de su amor objeto y del mundo de los objetos y continuar la lucha dentro de sí mismos. En su experiencia en el tratamiento de la maníaco-depresiva se inicia regularmente en el estado depresivo, ya que por lo general no vienen para el tratamiento durante el síntoma - libre de intervalo, o en períodos hipomaníacos o maníacos. El paciente deprimido tiende a establecer ya sea un, intenso inmediata simpatía o ninguno. Sentía que por lo general hay una falsa primera transferencia éxito que dura varios meses, y luego hay un período subsiguiente de negativa oculta transferencia con las correspondientes reacciones terapéuticas negativas, en tercer lugar, hay un estado de las defensas introyectivos peligrosas y retiro narcisista, y por último, una fase de constructiva gradual conflicto solución. El período más difícil en la transferencia de la relación es cuando el paciente vive solo en el aura de

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 303 -

el analista y se retira de otras relaciones personales a un grado peligroso. La transferencia fantasías asumen una coloración sado-masoquista cada vez ambivalente, y el autor destaca particularmente agotadoras provocaciones sado-masoquistas del paciente. El paciente puede chantajear inconsciente del analista por jugar en su culpabilidad sentimientos, esperando de esta manera para obtener la respuesta anhelada. Si no lo hace, va a tratar de obtener de la analista de una muestra de poder, el rigor o la ira punitiva, que respondan al propósito de conseguir apoyo alternativo o el alivio de la incesante superyó presión. Ella cree que en períodos de retraimiento narcisista amenazante el analista puede tener que mostrar activo interés en las actividades diarias del paciente y sobre todo en sus sublimaciones, mientras se muestra en el caso de material. También destacó que el paciente deprimido tiene una actitud más comprensiva por parte del analista, una actitud que no debe ser confundido con el exceso de amabilidad, simpatía o confianza.

En **Conflicto psicótico y Realidad (1967)** Jacobson explicó que su tratamiento de los pacientes esquizofrénicos fue principalmente con un tipo ambulatorio y fue diseñado para evitar psicótica severa regresión. Psicóticos tienden a usar el mundo exterior para evitar la disolución de su ego y super-ego estructuras. Ella cree que la observación de Freud de que los psicóticos renunciar a la realidad y sustituirla por una nueva creación fantasía de la realidad sólo se produce si la realidad

no puede prestarse a fines de los pacientes y para ayudarles en su conflicto solución. Ella describió que, si los pacientes psicóticos son capaces de proyectar una mala parte inaceptable del ego en objetos externos adecuados mediante un proceso de proyectiva identificación, se las arreglan para permanecer cuerdo como siempre y cuando puedan controlar estos objetos.

Jacobson es consciente de la naturaleza regresiva narcisista de las relaciones del paciente con estos objetos significativos, y la debilidad de las fronteras entre lo psíquico representación de estos objetos y su propio yo. Al describir su experiencia analítica con uno de estos pacientes, dijo que el paciente pueda usarla como que necesitaba y se adaptó sus actitudes y comportamientos emocionales a sus deseos para el calor, o la cercanía o distancia: 'Le dejé "pedir prestado "mi superyó y el yo, respecto y me tratan como su mala id y su enfermedad : proyecto de su culpabilidad, sus defectos y debilidades en mí o me convierta en un ideal de santidad de que necesitaba "(1967: 57). Desde su descripción está claro que el paciente no sólo proyecta sus problemas dentro de ella, pero estaba actuando en el mundo exterior de manera significativa durante este tiempo. Ella dijo que ella evitó darle interpretaciones más profundas de su actuar en la transferencia o en la vida fuera hasta que él mismo sabía que el período de peligro había pasado. Ella entonces utilizar para la interpretación del material de que se había llevado anteriormente, y en

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 304 -

tales tiempos interpretación sería sorprendentemente eficaz. El tratamiento no estaba acostumbrado a trabajar a través de principios de identificaciones proyectivas narcisistas del paciente en la transferencia de la situación, ya que temía el peligro de provocar un psicótico desglose. El método de Jacobson, tal como se describe aquí, tiene mucho en común con los primeros intentos de Waelder en el tratamiento de la neurosis narcisista produciendo una sublimación del narcisismo por la vinculación con la libido de objeto.

Inmediatamente antes de pasar a la historia del tratamiento psicoanalítico de los pacientes psicóticos en Inglaterra que tenemos que considerar en primer lugar el trabajo pionero de Melanie Klein, quien a través de su análisis de los niños y adultos gravemente perturbados investigó los niveles infantiles más tempranas de desarrollo. En 1935 y 1946 se describen los detalles de las relaciones de objeto, mecanismos y defensas de dos fases normales del desarrollo, lo que ella llamaba la "posición depresiva" y la "posición esquizoide, paranoide. La posición esquizoide, paranoide ocupa los primeros cuatro a seis meses de vida, y la posición depresiva sigue adelante. El trabajo a través de estas posiciones se extiende a lo largo de los primeros años de vida. Sugirió que, en la posición esquizo paranoide, la ansiedad se experimenta todo como persecutoria y esto contribuyó a ciertas defensas, como la división de las partes buenas y malas de uno mismo y de proyectarlas en objetos, que a través proyectiva identificación se identificó con estas partes del el yo. Este proceso es básico para la comprensión de las relaciones de objeto narcisista. Ella dijo que si el desarrollo en la posición esquizo paranoide no se ha desarrollado con normalidad y el niño no puede, por razones internas o externas, frente a los efectos de las ansiedades depresivas que tienen su origen en la posición depresiva, surge un círculo vicioso. Porque si el temor persecutorio y mecanismos correspondientemente esquizoides son más fuertes que el ego no es capaz de trabajar a través de la posición depresiva. Esto conduce a la regresión y refuerza los temores persecutorios y fenómenos esquizoides anterior. Por lo tanto se establece la base para varias formas de esquizofrenia en la vida más tarde. Otro resultado puede ser el fortalecimiento de las características depresivas, que puede ser la causa de maníaco-depresivo enfermedad más adelante.

Winnicott (1945), al discutir el tratamiento de una docena de pacientes adultos psicóticos, dijo que ninguna modificación de Freud técnica era necesaria para la extensión del análisis para hacer frente a la depresión e hipocondría. También es cierto de acuerdo a su experiencia que las mismas técnicas que nos pueden llevar a elementos aún más primitivos, siempre por supuesto que se tiene en cuenta el cambio en la transferencia situación inherente a este tipo de trabajo.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 305 -

Winnicott fue influenciado por Melanie Klein anterior trabajo 's, en particular la relacionada con la posición depresiva y las defensas maníacas. Al referirse a las relaciones pre-depresivos primitivos indicó claramente que los interpreta como aparecen en la transferencia. En 1959 Winnicott había cambiado su punto de vista considerablemente, tanto en la teoría como en la práctica. Hizo hincapié en que las condiciones psicóticos fueron causadas por un fallo del medio ambiente temprano, afirmando que "el fracaso de los facilitadores ambiente como resultado defectos de desarrollo en el individuo de personalidad el desarrollo y en el establecimiento de sí mismo del individuo, y el resultado se llama esquizofrenia '(1959: 135 - 36). Al considerar la psicosis como una enfermedad de deficiencia, creía regresión al estado de la primera infancia, al que llamó la dependencia, ahora había que ser visto como una parte de la capacidad del individuo de autocuración. En el análisis, 'regresión da una indicación de la paciente con el analista en cuanto a cómo el analista debería comportarse en lugar de cómo debe interpretar '(pág. 128). El analista, a través de su comportamiento, tiene que compensar la falta de principios del medio ambiente. Vistas de Winnicott están idénticos tanto en la teoría como en la práctica con los de Pierce

Clark y los primeros experimentos y recomendaciones de Fromm-Reichmann (1939). Al hablar de la actitud del analista al paciente durante una transferencia de psicosis, Winnicott hizo hincapié en que es peligroso si el analista interpreta al paciente en lugar de esperar a que el paciente descubra cosas por sí mismo. Siente que cuando el analista se experimenta a través de interpretación como no-yo (un objeto separado) se convierte en peligroso porque sabe demasiado. La renuencia de Fromm-Reichmann compartida por Winnicott de utilizar interpretaciones con pacientes psicóticos. Sin embargo, como ya he señalado, que más tarde criticó su temprana tendencia a mantener una actitud de espera y proteger mucho a sus pacientes psicóticos. Encontró que no sólo es innecesaria, sino perjudicial debido a la sobre-énfasis en la infantil del paciente impotencia.

Si bien hubo algunos analistas como Winnicott que no continúen la aplicación de la obra de Klein a los esquizofrénicos procesos, otros, como Rosenfeld, Segal y Bion, se animó, sobre todo por su trabajo sobre los mecanismos esquizoides, para el tratamiento de pacientes esquizofrénicos por el psicoanálisis.

Rosenfeld (1947) describe un deambulatorio análisis de un estado esquizofrénico con despersonalización. Desde hace algún tiempo se encontró con la retirada narcisista del paciente y el ego desintegración de un problema insoluble, hasta que se dio cuenta de su uso de ciertos mecanismos esquizoides que defende de los sentimientos dolorosos de la transferencia situación. A menudo se pierde todos los sentimientos y creía que había perdido a sí misma, las experiencias que podrían ser rastreados a un proceso por el cual las partes del

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 306 -

ella se separó y se proyecta hacia el analista. Ella también tenía la sensación de entrometerse en el analista y perdiéndose allí, lo que dio lugar a las ansiedades paranoides de ser invadido por y abrumado por el analista. Por lo tanto, la retirada narcisista del paciente había sido en parte una defensa contra estos temores paranoides y en parte una defensa contra la intimidad debido a sus temores de intrusión.

En 1950 Segal hizo historia por el tratamiento de un paciente esquizofrénico agudo hospitalizado por el psicoanálisis, que conserva las características esenciales del método clásico. Incluso en el estado alucinado agudo interpretó defensas del paciente y materiales con el énfasis en los aspectos negativos y positivos de transferencia. En contraste con Federn, que analiza todas las resistencias importantes e interpretado inconsciente de material a nivel de la mayor ansiedad. Hizo hincapié en que el progreso de su paciente sólo se logró al hacer consciente al paciente de lo que hasta entonces había sido inconsciente. Ella encontró que los esquizofrénicos a menudo toleran en sus pensamientos del ego y fantasías que probablemente serían reprimidos en un neurótico, pero al mismo tiempo reprimir los vínculos entre la fantasía y la realidad, y estos vínculos tienen que ser interpretados. También ilustra que la represión a menudo referencia más adelante infantil de material de naturaleza depresiva, mientras arcaica conscientemente muy primitiva materiales se está producido en el análisis. Al describir la transferencia al comienzo del análisis, dijo que el paciente estaba llena de temores persecutorios y necesitaba una buena figura que no cambia, que trató de creer que había encontrado en el analista. Sin embargo, para mantener esta creencia tuvo que utilizar todas sus defensas: "Si yo lo frustrado que negaría que la frustración y yo dividido en una figura bien y el mal. La mala cifra se introyectado como voces hostiles o re proyectado a los médicos del hospital" (1950: 27).

Al inicio del tratamiento el paciente fue separado de la realidad y es incapaz de comprender la naturaleza del tratamiento y seguridad constantemente exigido. El objetivo de Segal era conservar la actitud del analista incluso sin la cooperación del paciente:

"Para lograr esto tuve en primer lugar para que lo acepte mis interpretaciones en lugar de las diversas gratificaciones que quería Traté de mostrar en cada interpretación que entendía lo que quería de mí, ¿por qué lo quería en ese determinado momento. También he seguido la mayoría de las interpretaciones de ese tipo con una interpretación de lo que mi negativa había significado para él."

(1950: 272)

Ella gradualmente entiende que la constante necesidad del paciente para el reaseguro fue objeto hacer que el analista de un aliado en contra de su

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 307 -

perseguidores, que eran sobre todo relacionados con los médicos en el hospital. Dio ejemplos de cómo se las arregló para que la persecución negativa transferencia, separó a los médicos en el hospital, en la transferencia situación. Segal discutió la controversia acerca de si el analista debe tranquilizar al paciente esquizofrénico muy enfermo en un momento de crisis y al deseo de tranquilidad, ya que muchos de los analistas que he citado lo haría - por ejemplo, Fromm-Reichmann, Searles, Federn, Pierce Clark, y Winnicott. Segal está convencido de que al dar simpatía y confianza que el analista se convierte, por

el momento, siendo el objeto bueno , pero sólo a costa de fomentar la división entre buenos y malos objetos y reforzar las defensas patológicas del paciente para que luego el negativo transferencia se vuelve incontrolable . En este documento Segal señaló algunas dificultades técnicas en el análisis de los pacientes esquizofrénicos agudos debido a su hormigón pensamiento trastorno, un proceso que se remonta a dificultades en el uso de los símbolos del paciente. Como resultado de esto, el paciente a menudo entiende mal interpretaciones, ya que son experimentados como amenazas y acciones concretas por parte del analista.

En 1952 Rosenfeld describió el análisis de un paciente esquizofrénico alucinado aguda en el hospital. Hizo hincapié en la peculiaridad de la relación de objeto esquizofrénico; "siempre que el esquizofrénico agudo acerca a un objeto de amor o de odio que parece confundirse con este objeto "(1952b: 457). Observó que los impulsos esquizofrénicos que invadir el analista de partes positivas y negativas de uno mismo , y las defensas en contra de esta relación de objeto, eran típicas de las transferencia relaciones de la mayoría de los pacientes esquizofrénicos. También se refirió al papel de las interpretaciones verbales. Si bien reconoce la importancia de la comprensión intuitiva del analista de comunicaciones del paciente, pensó que el analista también debe ser capaz de formular conscientemente lo que ha reconocido inconscientemente y para transmitir al paciente en una forma que pueda entender:

'Esto, después de todo es la esencia de todos los psicoanalistas, pero es especialmente importante en el tratamiento de la esquizofrenia, que han perdido gran parte de su capacidad para la conciencia funcionamiento, por lo que sin ayuda no pueden entender conscientemente sus inconscientes experiencias que resultan a veces tan vívido.

(1952a: 117)

Rosenfeld subrayó que, en el estado esquizofrénica aguda, el paciente tiende a poner su auto tan completamente en objetos (durante el análisis en el analista) que hay muy poco de sí mismo queda fuera del objeto. Esto interfiere con la mayoría de las funciones del yo, incluso hablando

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 308 -

y comprender palabras. También inhibe la capacidad de experimentar relaciones con los objetos externos. El paciente puede tener dificultad para hablar y puede ser confuso, negativista, o retiradas como resultado de las graves preocupaciones relacionadas con este proceso y no puede ser capaz de entender una conversación normal. Rosenfeld subrayó que si usamos interpretaciones abordar al paciente y si nuestras interpretaciones tocan sus ansiedades obtendremos alguna respuesta. O habrá un cambio en su comportamiento o que se hable (1952a). En este documento Rosenfeld desarrolló el concepto de la transferencia psicosis que se había introducido anteriormente por **Federn (1943)** . Sin embargo, Federn había sido enfático en que la transferencia de la psicosis había que evitar, ya que era imposible de analizar, mientras que Rosenfeld confirmó la importancia de reconocer el psicótico transferencia y trabajar a través de ella por medio de interpretación .

Bion hizo importantes contribuciones a la psicopatología y tratamiento de los pacientes esquizofrénicos a partir de 1950. Hizo hincapié en que él no 'apartarse del procedimiento psicoanalítico generalmente empleado con neuróticos, siendo siempre cuidadosos para tomar los aspectos positivos y negativos de la transferencia "(1954: 23). Él buscó pruebas sobre el significado de la paciente la comunicación , sino también de su propia contra- transferencia reacción. Él investigó tanto el lenguaje de los esquizofrénicos y sus alteraciones en el pensamiento . Destacó, por ejemplo, que el esquizofrénico utiliza el idioma de tres maneras: "como un modo de actuar, como forma de comunicación y como un modo de pensamiento "(1954: 24). Se aclaró que el uso de las palabras y el pensamiento dependían de la capacidad para verbal pensamiento , que a menudo se pierde en la esquizofrenia a través de procesos de severa división y proyección , de modo que el paciente se deja con sólo una capacidad embrionaria para ello. En la analítica transferencia de esta capacidad para el pensamiento verbal a menudo se proyecta hacia el analista, que lleva tanto a los temores persecutorios del analista, que se cree que han llevado a la basura, y para el paciente por temor a que se ha perdido en una anterior etapa de desarrollo , lo que aumenta la necesidad de regresar "a buscarlo". Falta de capacidad para el pensamiento verbal es sentida por el paciente a ser lo mismo que estar loco. Bion dio una vívida imagen de su enfoque analítico para describir el intercambio de comunicación entre paciente y analista. Esto ilustra la importancia de las interpretaciones verbales del analista en el tratamiento de trastornos graves de la esquizofrenia del discurso y el pensamiento.

En 1956 Bion contribuyó en mayor detalle para la comprensión de la esquizofrenia transferencia . Hizo hincapié en la preponderancia de los impulsos destructivos de la esquizofrenia , que son tan grandes que hasta los impulsos de amor están bañados por ellos y se convirtió en el sadismo . Él

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 309 -

También hizo hincapié en que hay un odio a la realidad , ya que Freud había señalado, pero Bion añadido a esto la

importancia de odio del esquizofrénico de la realidad interna y todo lo que hace para la conciencia de la misma. Derivado de estas dos dificultades básicas hay un temor incesante de inminente aniquilación. Al discutir la transferencia con el analista, que describió como delgado, pero tenaz, dijo: "La relación con el analista es prematuro, precipitado y dependen intensamente" (1956: 37). Cuando el paciente se amplía bajo la presión de su vida o instintos de muerte, dos flujos simultáneos de fenómenos se manifiestan:

'Primero proyectiva identificación con el analista como objeto, se vuelve hiperactivo con las dolorosas resultantes estados de confusión como Rosenfeld ha descrito. En segundo lugar las mentales y otras actividades por las cuales el dominante impulso, ya sea instintos de vida o instintos de muerte, se esfuerza por expresarse, son a la vez objeto de mutilación por el temporal subordinada impulso. Impulsados por el deseo de escapar de la estados de confusión y acosados por las mutilaciones, el paciente se esfuerza por restaurar la relación restringida: la transferencia se invirtió de nuevo con su featurelessness característica oscilación entre el intento de ampliar el contacto y el intento de restringir continúa durante todo el análisis.'

(1956: 37, 1957: 44)

En 1957 Bion hizo importantes contribuciones a la terapia de la esquizofrenia mediante la diferenciación de la psicosis de las partes no psicóticas de la esquizofrenia personalidad. Se hizo hincapié en particular el papel de proyectiva de identificación en la parte psicótica de la personalidad como un sustituto de la represión en la parte neurótica de la personalidad: 'ataques destructivos del paciente sobre su ego y la sustitución de proyectiva identificación para la represión y introyección deben ser trabajadas a través' (1957: 63).

Resumen

Tras el pesimismo de Freud sobre el análisis de los pacientes psicóticos, debido a su creencia de que no formaban transferencia, dos tendencias principales en el enfoque para el tratamiento de psicóticos han aparecido. Había quienes creían que el narcisismo del paciente psicótico presenta un obstáculo completa a análisis a menos que el analista cambió su actitud analítica usual. Los analistas que sostenían la opinión de que el narcisismo del paciente psicótico fue causada por una falla ambiental trataron de proporcionar al paciente una nueva y mejor

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 310 -

madre en la forma de la analista, para compensar la carencia de principios del medio ambiente. Exponentes de este enfoque fueron especialmente Pierce Clark, Fromm-Reichmann en su primera época, y Winnicott en su obra posterior. El enfoque de Searles está estrechamente relacionado con esto, ya que él recomienda intensa relación del analista con el paciente psicótico, especialmente en la fase simbiótica del análisis. Waelder y Jacobson también han modificado su actitud analítica. No analizan la transferencia pero mantienen un ser predominantemente positivo y lo utilizan como un vehículo para sublimar del paciente narcisismo o psicosis relacionándola con la libido de objeto y el mundo exterior. Fedem similar alentó al positivo de transferencia y evitar cualquier análisis de transferencia manifestaciones. Sin embargo, se diferenció de Waelder y Jacobson por capacitar al paciente para reprimir o escindir la parte psicótica de la personalidad. Searles y Fromm-Reichmann en su trabajo posterior se diferencian de otros en este grupo en la medida en que se analizan tanto en el negativo y positivo de la transferencia.

El segundo grupo de analistas intentó abordar el narcisismo y otras manifestaciones psicóticas del paciente por el enfoque psicoanalítico clásico con sólo cambios menores. Primero fue Abraham, quien encontró que las defensas narcisistas de sus pacientes habían disminuido notablemente por las interpretaciones. Luego Stern, Cohn, Stone, y Bullard describen las características de lo positivo y negativo de la transferencia de los pacientes psicóticos, lo que a su juicio podría ser analizada por verbales transferencia interpretaciones.

Segal, Bion y Rosenfeld hizo hincapié en que no hay cambio en la actitud del analista y solamente los cambios de menor importancia en la técnica fuera necesario, y que las producciones psicóticas se adherieron a la transferencia, lo que podría interpretarse tanto en su negativa y sus formas positivas para el paciente. También se basó casi exclusivamente en las interpretaciones para hacer frente a los graves lenguaje y trastornos del pensamiento del paciente esquizofrénico, y vieron a estas dificultades, como parte de un mal funcionamiento del ego psicótico con sus relaciones perturbadas con la realidad y los objetos externos e internos. El desarrollo del tratamiento de la psicosis en los últimos cincuenta años sugiere que la esperanza de Freud de que algún método para el tratamiento de la psicosis podría llegar a ser posible ahora es justificada.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 311 -

Referencias

- Abraham, K. (1907a) Sobre el significado de un trauma sexual en la infancia de la sintomatología de la demencia precoz. En trabajos clínicos y ensayos sobre psicoanálisis. London: Hogarth Press, 1955.
- Abraham, K. (1907b) La experiencia de traumas sexuales como una forma de actividad sexual. En los documentos seleccionados. London: Hogarth Press, 1950, p. 55.
- Abraham, K. (1908) Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz. En los documentos seleccionados. London: Hogarth Press, 1950.
- Abraham, K. (1911) Notas sobre la investigación psicoanalítica y el tratamiento de la locura maniaco-depresiva y condiciones relacionadas. En los documentos seleccionados. London: Hogarth Press, 1950.
- Abraham, K. (1913) Restricciones y transformaciones de scopophilia en psiconeuróticos. En los documentos seleccionados. London: Hogarth Press, 1950.
- Abraham, K. (1916) La primera etapa pregenital de la libido. En los documentos seleccionados. London: Hogarth Press, 1950.
- Abraham, K. (1919) Una forma particular de resistencia neurótica contra el método psicoanalítico. En los documentos seleccionados. London: Hogarth Press, 1950.
- Abraham, K. (1924a) La influencia del erotismo oral sobre la formación del carácter. En los documentos seleccionados. London: Hogarth Press, 1950.
- Abraham, K. (1924b) Un breve estudio de la evolución de la libido vistos a la luz de los trastornos mentales. En los documentos seleccionados. London: Hogarth Press, 1950.
- Asch, SS (1976). Variedades de reacción terapéutica negativa y los problemas de la técnica. *J. Amer. Psychoanal. . Asociación* 24:383-407 [\[→\]](#)
- Bion, WR (1954) Notas sobre la teoría de la esquizofrenia. En *Second Thoughts*. London: Heinemann, 1967.
- Bion, WR (1956) Desarrollo del pensamiento esquizofrénico. En *Second Thoughts*. London: Heinemann, 1967.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 312 -

- Bion, WR (1957) La diferenciación de los psicóticos de la personalidad no psicóticos. En *Second Thoughts*. London: Heinemann, 1967.
- Bion, WR (1962a) La teoría del pensamiento. En *Second Thoughts*. London: Heinemann, 1967.
- Bion, WR (1962b) Aprender de la experiencia. Londres.: Heinemann [\[→\]](#)
- Bion, WR (1963) Elementos de Psicoanálisis. Londres.: Heinemann [\[→\]](#)
- Bion (1965) Transformaciones WR. Londres.: Heinemann [\[→\]](#)
- Bion, WR (1970) La atención y la interpretación. Londres.: Tavistock [\[→\]](#)
- Bion, WR (1980) Bion en Nueva York y Sao Paulo. Perthshire: Clunie Press.
- Bullard, DM (1940). Las experiencias en el tratamiento psicoanalítico de los psicóticos. *Psychoanal Q.* 9:493-504 [\[→\]](#)
- Bullard, DM (1960) La psicoterapia de los pacientes paranoides. *Arch. Gen. Psychiat.* 2: 137-41.
- Bychowski, G. (1953) Comunicación personal.
- Cohn, FS (1940). Aproximación práctica al problema de la neurosis narcisistas. *Psychoanal P.* 9:64-79 [\[→\]](#)
- Eissler, KR (1971). Death Drive, ambivalencia y narcisismo. *Psychoanal. Child Study* 26:25-78 [\[→\]](#)
- Federn, P. (1928). Narcisismo en la estructura del Ego. *Int. J. Psycho-Anal.* 9:401-419 [\[→\]](#)
- Federn, P. (1932) La realidad de la pulsión de muerte, especialmente en la melancolía. *Psychoanal. Rev.* 19:.. 129-51 [\[→\]](#)
- Federn, P. (1943) Psicoanálisis de las psicosis. En la psicología del yo y las psicosis. New York: Basic Books, 1952.
- Felton, J. (1985) Comunicación personal.
- Freud, S. (1905) En la psicoterapia. SE 7. (Strachey, J. (ed.) (1950/74) Edición estándar de las Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud de Londres.: Hogarth Press) [\[→\]](#)
- Freud, S. (1911) Formulación sobre los dos principios del funcionamiento mental. SE 12.
- Freud, S. (1914) El narcisismo: una introducción. SE 14.
- Freud (1915) Instintos S. y sus vicisitudes. SE 14.
- Freud, S. (1916) Algunos tipos de carácter se reunió con el trabajo psicoanalítico. SE 14.
- Freud, S. (1916-1917) Conferencias de introducción al psicoanálisis. SE 15-16.
- Freud, S. (1918) De la historia de una neurosis infantil. SE 17.
- Freud, S. (1920) Más allá del principio del placer. SE 18.
- Freud, S. (1923) El yo y el ello. SE 19.
- Freud, S. (1924) El problema económico del masoquismo. SE 19.
- Freud, S. (1930) La civilización y sus descontentos. SE 21.
- Freud, S. (1933) Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. SE 22.
- Freud, S. (1937) Análisis terminable e interminable. SE 23.
- Freud, S. (1940) Un esquema de Psicoanálisis. SE 23.
- Fromm-Reichmann, F. (1939). Problemas de transferencia en los esquizofrénicos. *Psychoanal Q.* 8:412-426 [\[→\]](#)

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 313 -

- Fromm-Reichmann, F. (1948) Notas sobre el desarrollo del tratamiento de la esquizofrenia por la terapia psicoanalítica. En DM Bullard (ed.), *Psicoanálisis y Psicoterapia*. University of Chicago Press, 1959.
- Fromm-Reichmann, F. (1952) Algunos aspectos de la psicoterapia psicoanalítica con esquizofrénicos. En DM Bullard (ed.), *Psicoanálisis y Psicoterapia*. University of Chicago Press, 1959.
- Fromm-Reichmann, F. (1954) La psicoterapia de la esquizofrenia. En DM Bullard (ed.), *Psicoanálisis y Psicoterapia*. University of Chicago Press, 1959.
- Gitelson, M. (1962). Los factores curativos en el psicoanálisis. *Int. J. Psycho-Anal.* 43:194-205 [→]
- Goldstein, W. (1985) Introducción a las Condiciones Borderline. New Jersey: Aronson.
- Green, A. (1984) Simposio sobre el instinto de muerte se celebró en Marsella.
- Greenacre, P. (1954). El papel de las consideraciones de Transferencia-prácticos en relación con la terapia psicoanalítica. *J. Amer. Psychoanal. . Asociación* 2:671-684 [→]
- Greenson, R. (1967) La técnica y práctica del psicoanálisis. New York: International Universities Press.
- Grotstein, J. (1981) La división y la identificación proyectiva. Nueva York: Jason Aronson.
- Hartmann, H., Kris, E. y Loewenstein, RM (1949). Notas sobre la teoría de la agresión. *Psychoanal. Child Study* 3:9-36 [→]
- Heimann, P. (1956). Dinámica de las interpretaciones de la transferencia. *Int. J. Psycho-Anal.* 37:303-310 [→]
- (1975). Lois Munro 1907-1973. *Int. J. Psycho-Anal.* 56:99-100 [→]
- . Hermann, I. (1929) Das Ich und das Denken . *Imago* 15: 89-110.
- Horney, K. (1936). El problema de la reacción terapéutica negativa. *Psychoanal P.* 5:29-44 [→]
- Jacobson, E. (1954). En Identificaciones psicóticas. *Int. J. Psycho-Anal.* 35:102-108 [→]
- . Jacobson, E. (1954a) sobre la identificación psicótico *Revista Internacional de Psicoanálisis* 35: 102-8. [→]
- Jacobson, E. (1954). Problemas de transferencia en el tratamiento psicoanalítico de pacientes severamente depresivos. *J. Amer. Psychoanal. . Asociación* 2:595-606 [→]
- Jacobson, E. (1967) Conflicto psicótico y realidad. London: Hogarth Press.
- Jones, E. *Sigmund Freud. Vida y el Trabajo*, vol. III, Capítulo VIII: 295-97. London: Hogarth Press.
- Kernberg, OF (1970). Factores en el tratamiento psicoanalítico de personalidades narcisistas. *J. Amer. Psychoanal. . Asociación* 18:51-85 [→]
- Kernberg, O. (1977) Condiciones límite y narcisismo patológico. Nueva York: Jason Aronson.

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 314 -

- King, P. (1962). Los factores curativos en el psicoanálisis-Aportes a la discusión. *Int. J. Psycho-Anal.* 43:225-227 [→]
- Klauber, J. (1972). En la Relación de Transferencia e Interpretación en la Terapia Psicoanalítica. *Int. J. Psycho-Anal.* 53:385-391 [→]
- Klein, M. (1935). Contribución a la psicogénesis de los estados maníacos-depresivos. *Int. J. Psycho-Anal.* 16:145-174 [→]
- Klein, M. (1946) Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En desarrollos en psicoanálisis. London: Hogarth Press, 1952.
- Klein, M. (1952). Los orígenes de la transferencia. *Int. J. Psycho-Anal.* 33:433-438 [→]
- Klein, M. (1957) Envidia y Gratiitud. Londres: Tavistock, Nueva York. Basic Books [→]
- Klein, M. (1958). Sobre el desarrollo del funcionamiento mental. *Int. J. Psycho-Anal.* 39:84-90 [→]
- Kohut, H. (1972). Reflexiones sobre el narcisismo y la rabia narcisista. *Psychoanal. Child Study* 27:360-400 [→]
- Lang, R. (1976) La interacción terapéutica, 2 vols. Nueva York: Jason Aronson.
- Limentani, A. (1981). Sobre algunos aspectos positivos de la reacción terapéutica negativa. *Int. J. Psycho-Anal.* 62:379-390 [→]
- Loewald, HW (1970). Teoría Psicoanalítica y el proceso psicoanalítico. *Psychoanal. Child Study* 25:45-68 [→]
- Loewald, HW (1972). Concepción de Freud de la reacción terapéutica negativa, con comentarios sobre teoría del instinto. *J. Amer. Psychoanal. . Asociación* 20:235-245 [→]
- Mahler, MS (1952). En Psicosis Infantil y Psicosis Infantiles esquizofrenia-autistas y simbióticos. *Psychoanal. Child Study* 7:286-305 [→]
- Mahler, M. (1969) El Simbiosis humano y las vicisitudes de la individuación. London: Hogarth / Instituto de Psicoanálisis.
- Meltzer, D. (1967a) El proceso de destete. En *El Proceso Psicoanalítico*. London: Heinemann.
- Meltzer, D. (1967b) El Proceso Psicoanalítico. Londres: Heinemann [→]
- Meltzer, D. (1968) El terror, la persecución y el terror. En *Estados Sexuales de la Mente*, el capítulo 14. Perthshire: Clunie Press.
- Meltzer, D. (1973) *Estados Sexuales de la Mente*. Perthshire: Clunie Press. [→]
- Miller, A. (1983), *debe se dio cuenta*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Money-Kyrle, RE (1956). Normal Contraataques Transferencia y algunos de sus desviaciones. *Int. J. Psycho-Anal.* 37:360-

366 [→]

Nacht, S. (1962). Los factores curativos en el psicoanálisis. *Int. J. Psycho-Anal.* 43:206-211 [→]

Olinick, SL (1964). La reacción terapéutica negativa. *Int. J. Psycho-Anal.* 45:540-548 [→]

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 315 -

Olinick, SL (1970). Reacción terapéutica negativa. *J. Amer. Psychoanal. . Asociación* 18:655-672 [→]

Clark, LP (1933). La cuestión de pronóstico en las neurosis narcisistas y las psicosis. *Int. J. Psycho-Anal.* 14:71-86 [→]

Pierce Clark, L. (1933b) El tratamiento de las neurosis narcisistas y las psicosis. *PSAR*, 20: 304-26.

Reich, W. (1933) Análisis del personaje. Nueva York: Orgone Institute Press, 1949.

Riviere, J. (1936). Una contribución al análisis de la reacción terapéutica negativa. *Int. J. Psycho-Anal.* 17:304-320 [→]

Rosenfeld, H. (1947). Análisis de un Estado esquizofrénico con despersonalización. *Int. J. Psycho-Anal.* 28:130-139 [→]

Rosenfeld, H. (1950). Nota sobre la psicopatología de los estados de confusión en Schizophrenias crónicas. *Int. J. Psycho-Anal.* 31:132-137 [→]

Rosenfeld, H. (1952). Notas sobre el psicoanálisis del conflicto Super-Ego de un paciente esquizofrénico agudo. *Int. J. Psycho-Anal.* 33:111-131 [→]

Rosenfeld, H. (1952). Transferencia-Fenómenos y Transferencia de análisis en un paciente esquizofrénico catatónico agudo. *Int. J. Psycho-Anal.* 33:457-464 [→]

(1954) Consideraciones Rosenfeld, HA sobre el enfoque psicoanalítico de la esquizofrenia aguda y crónica. En los estados psicóticos. London: Hogarth Press, 1965.

Rosenfeld, HA (1963a) Notas sobre el tratamiento y la psicopatología psicoanalítica de la depresión y los pacientes maníaco-depresivos. Informes de Investigación Psiquiátrica de la American Psychiatric Association, noviembre.

Rosenfeld, HA (1963b) Notas sobre el tratamiento psicoanalítico y psicopatología de la esquizofrenia. Informes de Investigación Psiquiátrica de la American Psychiatric Association, noviembre.

Rosenfeld, HA relaciones de objeto (1964a) del paciente esquizofrénico agudo en la situación transferencial. Informes de Investigación Psiquiátrica de la Asociación Americana de Psiquiatría, diciembre.

Rosenfeld, HA (1964b) En la psicopatología del narcisismo. En los estados psicóticos. London: Hogarth Press, 1965.

Rosenfeld, HA (1965) Estados psicóticos. London: Hogarth Press.

Rosenfeld, HA (1968) Notas sobre la reacción terapéutica negativa. Ponencia presentada a la Sociedad Británica de Psicoanálisis y de la Clínica Menninger, en Topeka.

Rosenfeld, HA (1970) En la identificación proyectiva. Ponencia presentada a la Sociedad Británica de Psicoanálisis.

Rosenfeld, H. (1971). Una aproximación clínica a la teoría psicoanalítica de las pulsiones de vida y de la muerte.: Una investigación sobre los aspectos agresivos de narcisismo *Int. J. Psycho-Anal.* 52:169-178 [→]

Rosenfeld, H. (1972). Una apreciación crítica del papel de James Strachey sobre la naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis. *Int. J. Psycho-Anal.* 53:455-461 [→]

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 316 -

Sandler, J. (1976) La contratransferencia y la función de respuesta. *Revista Internacional de Psicoanálisis* 3: 43-47. [→]

Scarles, HF (1955) los procesos de dependencia en la psicoterapia de la esquizofrenia. En *Collected Papers sobre la Esquizofrenia y otros temas relacionados*. London: Hogarth Press, 1965.

Scarles, H. F (1959a) El esfuerzo por impulsar el analista loco - un elemento en la etiología y la psicoterapia de la esquizofrenia. *revista británica de Psicología Médica* 32: 1-18.

Scarles, H. F (1959b) Integración y diferenciación en la esquizofrenia. En *Collected Papers sobre la Esquizofrenia y otros temas relacionados*. London: Hogarth Press, 1965.

Searles, HF (1962). La diferenciación entre el pensamiento concreto y metafórico en el paciente esquizofrénico recuperación. *J. Amer. Psychoanal. . Asociación* 10:22-49 [→]

Scarles, H. F (1963) Psicosis La transferencia en la psicoterapia schizophrenics. In *Collected Papers sobre Esquizofrenia y otros temas relacionados*. London: Hogarth Press, 1965.

Scarles, H. F (1965) *Collected Papers sobre Esquizofrenia y temas relacionados*. London: Hogarth Press.

Scarles, H. F (1975) El paciente como terapeuta de su analista. En P. Giovacchini (ed.), *Tácticas y Técnicas de la Terapia Psicoanalítica*, vol. 2. Nueva York: Aronson.

Segal, H. (1950). Algunos aspectos del análisis de un esquizofrénico. *Int. J. Psycho-Anal.* 31:268-278 [→]

Segal, H. (1956). La depresión en el esquizofrénico. *Int. J. Psycho-Anal.* 37:339-343 [→]

Segal, H. (1957) Notas sobre la formación de símbolos. *Int. . J. Psycho-Anal* 38: 391-97. [→]

Segal, H. (1962). Los factores curativos en el psicoanálisis. *Int. J. Psycho-Anal.* 43:212-217 [→]

Segal, H. (1962b) Introducción a la obra de Melanie Klein. Londres: Tavistock.

- Segal, H. (1977) La contratransferencia. *Revista Internacional de Psicoanálisis y Psicoterapia* 6: 31-7. [→]
- Spillius, E. (1980) Las reflexiones clínicas sobre la reacción terapéutica negativa. Boletín de la Federación Psicoanalítica Europea 15.
- Steiner, R. (1969-1975) *Processo di Simbolizzazione nell'Opera de Melanie Klein*. Turín: Boringhieri.
- Steiner, R. (1982) La entonación y la comunicación osmótica. Trabajo inédito.
- Stern, A. (1938). Investigación Psicoanalítica y terapia en el grupo de línea fronteriza de neurosis. *Psychoanal Q.* 7:467-489 [→]
- Stern, A. (1948). La transferencia en neurosis Borderline. *Psychoanal Q.* 17:527-528 [→]

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 317 -

- Piedra, L. (1954). El alcance cada vez mayor de las indicaciones para el psicoanálisis. *J. Amer. Psychoanal.* . *Asociación* 2:567-594 [→]
- Sullivan, SA (1947) las investigaciones terapéuticas en la esquizofrenia. *Psychiatry* 10: 121-25.
- Tausk, V. (1933). Sobre el origen de la "Máquina influir" en la esquizofrenia. *Psychoanal Q.* 2:519-556 [→]
- Tustin, F. (1972) El autismo y psicosis infantil. London: Hogarth Press.
- Tustin, F. (1981) Estados autistas en los niños. Londres, Boston y Henley, Routledge and Kegan Paul.
- Vigotsky, R. Comunicación personal.
- Wälder, R. (1925). Las Psicosis: sus mecanismos y de accesibilidad a la influencia. *Int. J. Psycho-Anal.* 6:259-281 [→]
- Weiss, E. (1935) Todestrieb und Masochismus. *Imago* 21: 393-411.
- Winnicott, DW (1945) el desarrollo emocional primitivo. En *Collected Papers*. Londres: Tavistock, 1958.
- Winnicott, DW (1955). Aspectos metapsicológicas y clínicas de regresión Dentro del Psicoanalítica Set-Up. *Int. J. Psycho-Anal.* 36:16-26 [→]
- Winnicott, DW (1956) preocupación maternal primaria. En *Collected Papers*. Londres: Tavistock, 1958.
- Winnicott, DW (1959/64) Clasificación: ¿Existe una contribución psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica? En los procesos de maduración y el ambiente facilitador. London: Hogarth Press, 1965. [→]
- Winnicott, DW (1960). La teoría de la relación entre padres e hijo. *Int. J. Psycho-Anal.* 41:585-595 [→]
- Winnicott, DW (1963) Comunicación y no se comunica que conduce a un estudio de ciertos opuestos. En los procesos de maduración y el ambiente facilitador. London: Hogarth Press, 1965. [→]

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal del suscriptor PEPWeb y tiene derechos de autor a la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en cualquier forma.

- 318 -

El artículo cita [que citó esto?]

Rosenfeld, H. (1987). Impasse e interpretación. *New Lib. de Psycho-Anal.* , 1:1-318. Londres: Tavistock.

Copyright © 2013, [Publicación Electrónica Psicoanalítica](#) .

[Ayuda](#) | [Acerca](#) | [Descargar PEP Bibliografía](#) | [Reportar un Problema](#)

ADVERTENCIA: Este texto se imprime para el uso personal de los abonados a PEP Web y es autor de la revista en que apareció originalmente. Es ilegal copiar, distribuir o difundir en la forma que sea.