

# PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA DEL TRATAMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN PSICÓTICA DE LA PERSONALIDAD

Antonio Pérez-Sánchez

En el campo de la patología mental, probablemente en mayor medida que en otros ámbitos de la sanidad, el enfoque terapéutico escogido viene determinado por la concepción que se tenga de aquella. Por ello, expondré en primer lugar unas claves psicoanalíticas para la concepción de la psicosis que ayuden a entender los diferentes abordajes terapéuticos que han constituido mi práctica profesional en este campo. Luego los describiré de acuerdo con los diferentes ámbitos en los que los he llevado a cabo.

## *1. Claves psicoanalíticas para la comprensión de la psicosis. Organización psicótica de la personalidad*

Entre las muchas maneras de definir la psicopatología, una puede ser la siguiente: como el mayor o menor éxito/fracaso en la gestión del dolor psíquico concomitante al contacto con la realidad, no lo bastante compensado por la retribución placentera derivada del mismo. Para habérnosla con la realidad, necesitamos una capacidad de tolerancia de dicho dolor, cuyo desarrollo depende de factores constitucionales y ambientales. Los primeros son aquellos con los que nacemos y que determinan los límites del desarrollo de nuestras capacidades. Los segundos son la intervención del entorno que, o bien estimula y desarrolla hasta los límites permitidos por las propias condiciones biológicas o, por el contrario, inhibe y frena las potencialidades existentes.

Por lo tanto, el *dolor psíquico* derivado del contacto con la realidad constituye el primer elemento clave a tener en cuenta. Durante el desarrollo del individuo, la consecución de una adecuada gestión de la realidad sufre altibajos, más o menos duraderos. De manera que a veces se consigue tolerarla para luego modificarla, por uno mismo o con la ayuda de alguien: es el caso del bebé capaz de esperar a que acuda la madre para que le alimente cuando siente hambre, y así modificar la realidad displacentera por la satisfactoria. En otras ocasiones, por razones internas (la intensidad de la demanda biológica) o externas (el entorno no responde o tarda demasiado en atenderlas) surge una reacción de evitación de una realidad que se hace insoportable. Así que en esta oscilación entre tolerar y modificar la realidad por un lado, y evitarla, por otro, se va conformando la personalidad. En cada una de tales situaciones, la dinámica del funcionamiento mental difiere con unas características específicas como veremos más adelante. De momento, baste decir que el funcionamiento que tiende a evitar la realidad es el que podemos denominar de tipo psicótico, y el que tiende a modificarla, diríamos que es el no-psicótico. Al hacer esta distinción, sigo las ideas de Bion cuando describe lo que él llama la “personalidad psicótica” (Bion, 1957). Se trata de una abstracción teórica, pues no existe un paciente que posea tan solo una personalidad psicótica. Es decir, que en toda personalidad existe una parte psicótica y una parte no-psicótica. Desde este punto de vista, podríamos enunciar la psicopatología como el resultado de la interacción entre la parte psicótica y la no-psicótica de la personalidad. Si durante el desarrollo ha predominado el funcionamiento de la parte psicótica, el resultado será un paciente clínicamente psicótico, pues el aprendizaje a través de la experiencia ha quedado debilitado por la tendencia a evitar la realidad.

Esta cuestión de la coexistencia de lo psicótico con lo no-psicótico ya está apuntada en Freud. En varios momentos de su obra indica la existencia en el paciente psicótico de una capacidad de contacto con la realidad, incluso en los momentos agudos de la enfermedad (por ejemplo, Freud, 1940 p.3415). Baso mi planteamiento teórico de la psicosis siguiendo esa tradición psicoanalítica de la hipótesis de una coexistencia de lo enfermo con lo sano.

Si bien en todo individuo coexisten ambas partes, el hecho de que en la clínica

encontremos manifestaciones patológicas diferentes deberá atribuirse a que la interacción entre ambas funciona de forma distinta. De manera que considero crucial el estudio de dicha interacción entre la parte psicótica y la parte no-psicótica. Si bien Bion desarrolló el estudio de esa parte psicótica, dejó abierta esta cuestión. Psicoanalistas posteriores lo han desarrollado, en particular los que han estudiado las estructuras narcisistas de la personalidad, lo que ha conducido al concepto de *organización patológica* (Steiner, 1993). Siguiendo esta línea de estudio, hago mi propuesta de *organización psicótica de la personalidad* para referirme a la psicosis.

Este desarrollo teórico se inicia con la propuesta de Freud (1914) sobre el narcisismo que, en su forma extrema, lo considera la base de las psicosis. Al revertir sobre el yo toda la libido, ignorando al objeto, no era capaz de establecer una transferencia y por tanto, según el mismo Freud, quedaba excluido de la terapia psicoanalítica. Más adelante, el estudio, y sobre todo la clínica, de pacientes psicóticos, han permitido a los psicoanalistas profundizar en la “estructura” narcisista como una organización defensiva en la que participan tanto la parte psicótica como la no psicótica; esta mayor comprensión ha hecho posible el abordaje psicoanalítico de la psicosis. La propuesta de “organización patológica” ha resultado exitosa puesto que aún la participación de aspectos sanos y los enfermos de la personalidad, al tiempo que ofrece elementos para la comprensión de patologías graves en salud mental. Pero, por otra parte, existe el riesgo de que al haber establecido lo común de diferentes patologías, se pierda, o no se considere suficiente lo específico de cada una de ellas. De ahí la conveniencia de complementar el concepto de “organización patológica” con aquello específico que exista en cada una de las patologías, sea una perversión, una personalidad *borderline* o una psicosis. Es lo que traté de hacer en otra publicación (Pérez-Sánchez, 2018) dedicada precisamente a la *organización psicótica de la personalidad*.

Pero aún partiendo del propio Bion, cabe una elaboración teórica sobre la interacción entre la parte psicótica y no psicótica de la personalidad, lo que desarrollo en la obra mencionada y que tan solo expondré ahora muy resumidamente. Más arriba, al considerar la psicopatología, hablaba del dolor psíquico como un elemento primordial. Lo retomamos de nuevo, ahora con las ideas de Bion sobre los “elementos del psicoanálisis” (Bion, 1963) de los cuales, uno, es el dolor psíquico.

De entre los otros elementos de los que habla Bion yo destaco dos más: la relación entre las posiciones esquizoparanoide (Ps) y depresiva (D) descritas por M. Klein (1946, 1935, 1940) y que Bion (1963, p. 67) sintetiza en la conocida grafía:  $Ps \leftrightarrow D$ ; y un tercero, la relación entre continente (♀) y contenido (♂):  $♀ \leftrightarrow ♂$ . La dinámica establecida entre dolor psíquico,  $Ps \leftrightarrow D$  y  $♀ \leftrightarrow ♂$  es lo que conducirá a una organización patológica psicótica o no-psicótica de la personalidad. Como en todo individuo existen ambas partes, diríamos que el equilibrio psíquico conseguido (con mayor o menor patología, aunque en equilibrio) dependerá de la interacción entre la parte psicótica y no psicótica, en función de la conjugación entre los tres elementos (del psicoanálisis) de la personalidad en cada una de las partes.

Enunciaré ahora de manera somera algunas de las características de la *organización* psicótica de la personalidad. Tan solo una aclaración, previa. El uso del sustantivo “organización” para toda patología grave, como viene siendo habitual en el ámbito psicoanalítico (ver Steiner, 1993, Hernández, 2008, por poner unos ejemplos) es preferible al de “trastornos de la personalidad” o psicosis, principalmente para indicar que en todos ellos, incluida la psicosis, existe algún tipo de “orden”, como Freud nos recuerda que decía el poeta. Es decir, existe un balance, aunque patológico, que libra momentáneamente de la catástrofe.

Si bien las bases psicoanalíticas de la psicosis se enraízan en Freud, deberemos recordar también algunas de las aportaciones de E. Bleuler en su ya clásica obra *Demencia precoz. El Grupo de las Esquizofrenias*, escrito en 1911. Bleuler simpatizó con Freud en los inicios de su carrera, pero luego se apartó de él. Quizá dicho alejamiento se deba a que, al dedicarse al tratamiento y estudio de pacientes con “demencia precoz”, no encontrara en el psicoanálisis de la época las herramientas conceptuales ni técnicas para dar cuenta de la clínica del paciente psicótico. Habría que esperar hasta los años cincuenta y sesenta en los que diferentes analistas, con planteamientos teóricos alejados, convergieron en algunos puntos precisamente a través del trabajo clínico con pacientes psicóticos; es el caso de algunos americanos de la psicología del yo, como el grupo de Washington liderado por Searles (1965) por un lado y el grupo kleiniano de Londres por otro (Bion, 1967, Rosenfeld, 1965 y Segal, 1981). Volviendo a Bleuler, a pesar de aquel distanciamiento de Freud,

algunas de sus ideas están en la base de lo que hoy día muchos psicoanalistas sostenemos respecto de la psicosis. Por ejemplo, como es sabido, Bleuler creó el término “esquizofrenia” porque una característica esencial que define la enfermedad es “el desdoblamiento de las funciones psíquicas” (Bleuler, 1911-[1960, p.,14]). Y hoy día muchos analistas consideramos la escisión como uno de los elementos psicopatológicos patognomónicos de la psicosis. Y ese “desdoblamiento”, según Bleuler, tiene lugar tanto en la capacidad asociativa del paciente que es discontinua, así como en la dificultad de modulación de la afectividad.

A todo ello, el psiquiatra suizo suma dos conceptos básicos en su descripción de la esquizofrenia: la ambivalencia —término usado por Freud— y el “autismo”, creado por él mismo. Con el último se refiere Bleuler a una tendencia a apartarse del mundo exterior, y sitúa el concepto a medio camino entre el “autoerotismo” de Freud del que dice ser próximo, y la idea de P. Janet, al afirmar que en tales pacientes existe una “pérdida del sentido de la realidad”, aseveración con la que no está de acuerdo; por el contrario, dice Bleuler: “el sentido de la realidad no está totalmente ausente del paciente esquizofrénico, solo falta en los asuntos que amenazan contradecir sus complejos” (op. cit. p.72, nota a pie de página). Como consecuencia de ese contacto con la realidad, coexiste la idea delirante con estados de lucidez o de plena conciencia (p.136), en concordancia con Freud y con las ideas psicoanalíticas actuales. O dicho de otra manera, “partes del ego quedan ajenas a las ideas delirantes, lo que explica el hecho de que esta parte no afectada del ego pueda no creer en las ideas delirantes e incluso criticarlas” (op.cit. p.137). Y abunda más en la idea de la “escisión” al decir: “Con frecuencia las ideas delirantes están separadas de la personalidad de un modo tal que se le aparecen al paciente como el producto, no de su propia actividad mental, sino más bien de la de otra psique” (op.cit.p.138). Así que es posible ver aquí antecedentes de las ideas desarrolladas por psicoanalistas posteriores y actuales, en cuanto a esa coexistencia de lo psicótico con lo no psicótico, del mundo delirante y el mundo real.

### *1.1. Bases psicopatológicas de la Organización psicótica de la personalidad (OPsP)*

De entre las diversas características del funcionamiento psicótico destacaría dos: la escisión patológica y la identificación proyectiva patológica. Se trata de la alteración de dos procesos primitivos fundamentales para la construcción de la personalidad en el contexto de la realidad en la que se desarrolla: los procesos de proyección/introyección y los de separación o escisión. Los primeros consisten en un principio biológico por el que la supervivencia de un ser radica en el intercambio con el medio en el que se encuentra: ha de introducir algo de fuera para realimentar la energía necesaria de su organismo, y ha de eliminar los productos de desecho que la metabolización de ello ha generado. Entre uno y otro debe existir un equilibrio relativo, favorable para lo que se incorpora, a fin de propiciar el crecimiento. Los procesos de escisión, serían más específicos del ser humano. La extrema indefensión con la que nace éste supone una dependencia absoluta de los adultos de su entorno para su supervivencia; pero además, puesto que tales adultos han de ser descubiertos como “objetos” en quienes confiar, inicialmente se hace necesario dividir la realidad entre vivencias satisfactorias y beneficiosas ligadas a los objetos que las generan y otras dolorosas y rechazables con sus respectivos objetos.

En el paciente psicótico, presuponemos que existe alguna alteración en tales procesos primitivos en algún momento del desarrollo temprano del individuo, por lo que la construcción de la realidad interna y el manejo con la realidad externa quedan afectados. Y una de las razones principales para ello es la intolerancia por el dolor mental que ocasiona el contacto con la realidad, bien sea porque la realidad es demasiado traumática y/o la capacidad de tolerancia innata al dolor psíquico es muy limitada.

A partir de tales bases psicopatológicas, el funcionamiento psicótico puede responder al dolor mental según dos amplias áreas de respuestas. La primera, la que incluye las reacciones “productivas” del pensamiento psicótico: alucinaciones, delirios e ideas sobrevaloradas; y la segunda, las reacciones “deficitarias” o indicativas de “deterioro” mental, como son: vacío mental y las distintas formas de inhibición y empobrecimiento de la mente. También considero que como resultado de estos procesos psicopatológicos en el funcionamiento psicótico existe una difusión

y/o ruptura de límites del *self*.

La otra característica que he mencionado es la *identificación proyectiva*. Consiste en alguna forma de fantasía inconsciente, por la cual aquello que es sentido insoportable es derivado hacia afuera y colocado en los “objetos” del entorno con los que sostenemos una relación estrecha. Si la respuesta del objeto es adecuada, se restablece un bienestar que posibilita aprender de la experiencia para tolerar mejor las nuevas vivencias desagradables. Cuando este proceso queda dificultado, bien sea por factores externos o internos, la identificación proyectiva funciona como una fantasía en la que lo que predomina es el aspecto “proyectivo”, con el consiguiente déficit en el aprendizaje de la experiencia, y la necesidad de un control de la realidad externa, distorsionada por la excesiva proyección. Debido a la intensa actividad de la identificación proyectiva, resulta un progresivo vaciamiento mental, que solo puede ser “rellenado” con elementos espurios (los delirios, las ideas sobrevaloradas, el pensamiento mágico, etc.). Tales actividades de “relleno” ocasionan un alejamiento de la parte no-psicótica respecto del objeto, dificultando, cuando no imposibilitando, las introyecciones necesarias para adquirir “alimento” mental; con lo cual se incrementa el sentimiento de vacío y el recurso a nuevas formas de “relleno”. Si a ello añadimos el sentimiento de aniquilación inminente como uno de los temores que amenazan a la parte psicótica y de la que trata de defenderse, se entiende que el sentimiento de vacío, —en cuanto que próximo al anterior— constituye un elemento importante de la experiencia psicótica, por lo que se ha de recurrir nuevamente a la actividad de “relleno”, alejándose cada vez más de la realidad, perpetuando así un círculo vicioso.

Una tercera característica que acompaña a las dos citadas es el carácter de omnipotencia y omnisciencia. De manera que el carácter patológico del “uso” tanto de la escisión como de la identificación proyectiva depende en buena medida de este aspecto.

Como resultado de la escisión y de la identificación proyectiva también quedan afectados los límites del *self*. En la medida que el paciente pretende que la propia personalidad esté conformada con todos aquellos objetos o parte de los mismos en los que se ha proyectado, es decir, que considera que el objeto o sus cualidades son parte de sí mismo, la realidad se encarga de

demostrar la inconsistencia de tal principio, poniendo en evidencia la fragilidad del yo, que habrá de responder distorsionando la realidad, con nuevas proyecciones, lo que genera poca confianza en los propios límites yóicos, y la amenaza constante de verse invadido por la realidad.

Obviamente, tanto el sentimiento de vacío como la pérdida de límites del *self* tendrán una repercusión mayor o menor, según predomine la vitalidad de la parte no psicótica (las tendencias agresivas al servicio de las de vida) capaz de tomar conciencia de ello, o la preponderancia corresponda al grado de vitalidad de la parte psicótica (las tendencias agresivas al servicio de la destructividad).

En definitiva, podríamos decir que el núcleo central de la organización psicótica de la personalidad estriba en la escisión múltiple del *self*, así como de las funciones yóicas, en especial de la capacidad de percepción; escisión que constituye un ataque que afecta al desarrollo del pensamiento verbal, dificultando a su vez la relación con la realidad, para luego, mediante la identificación proyectiva, expulsar los distintos elementos fragmentados en los objetos externos de los cuales inevitablemente se acaba dependiendo. Esta dependencia puede tener un doble carácter. De tipo persecutorio, teniendo que huir del objeto; o de extrema fusión, o ambos a la vez, en alternancia, que suele ser lo más habitual. El uso de la identificación proyectiva excesiva, a su vez, incrementa la dificultad de contacto con la realidad, por lo que se ha de acentuar tanto la escisión como la identificación proyectiva en un proceso de círculo vicioso maligno, como he dicho. De manera que la mente acaba transformándose principalmente en un “aparato” para proyectar. Tal dinámica crea una divergencia cada vez más amplia entre la parte psicótica y la no psicótica, respecto de la consideración de la realidad, hasta que llega un momento en que se siente que se ha establecido un abismo tan grande entre ambas que resultaría insalvable. He entrecomillado la palabra “aparato” para dar idea del carácter mecanizado de dicha función.

### *1.2. Consecuencias clínicas.*



Las bases psicopatológicas descritas dan lugar a una serie de manifestaciones clínicas en la organización psicótica de la personalidad. Tales consecuencias no serían sino formas alternativas de suplir al continente mental limitado para gestionar el dolor inevitable del contacto con la realidad; lo cual tiene su manifestación en tres áreas importantes de la personalidad: el pensamiento, el cuerpo y la actuación que adquirirán una presencia y protagonismo diferente del que es habitual en una personalidad en la que existe una mayor capacidad de contención de la realidad psíquica.

a) *Efectos sobre el pensamiento*, en dos sentidos:

- *Capacidad de simbolización restringida y predominio del pensamiento concreto*. Toda simbolización comporta un elemento doloroso por el duelo implícito en el paso de abandonar el objeto por el símbolo que lo representa; en la medida que la tolerancia al dolor está limitada, la capacidad para la simbolización también lo será. El pensamiento concreto, evita ese paso, y la realidad [del objeto] se equipara a lo que se piensa.

- *El pensamiento delirante*. Es la otra consecuencia de la limitación de contención del dolor psíquico. Cuando predomina un funcionamiento no-psicótico, el pensamiento es el rodeo necesario para “concebir” la realidad que percibimos, con la tolerancia del dolor concomitante a dicha “concepción”. En la OPsP, el individuo no puede tolerar este proceso, y ha de organizar su mente mediante el predominio de una “concepción” de la realidad, más tolerable, es el pensamiento delirante.

b) *Manifestaciones somáticas*. En una personalidad suficientemente continente, la relación entre psique y soma es psique-soma, es decir, con una prioridad de la primera sobre el segundo. Por el contrario, en la organización psicótica, a veces, cuando no ha sido suficiente con las dos áreas anteriores, el orden se invierte: la prioridad corresponde al soma, a fin de que el cuerpo sea receptáculo de aquello que no ha podido ser contenido mentalmente. Entonces se manifiesta en forma de síntomas hipocondríacos que, cuando son intensos, se transforman en delirios somáticos.

c) *Otras manifestaciones clínicas*. No puedo entrar en detalle en las otras consecuencias derivadas de los fundamentos psicopatológicos descritos más arriba. Tan solo las enunciaré. Para

un estudio detenido, ver mi obra ya mencionada (Pérez Sánchez, 2018). Es evidente el *problema de comunicación* tanto en el mundo interno del paciente como en el relacional. En cuanto al primero, es fácil deducirlo dada la perpetua divergencia entre la parte psicótica de la personalidad y la parte no psicótica. Respecto del segundo, ello se hace evidente en la relación transferencial, donde dicho conflicto interno se externaliza mediante la proyección, y el analista se convierte en el representante de la parte no psicótica que se opone a la psicótica; aunque a veces, es objeto de proyección de todo lo psicótico. No obstante, si el paciente demanda ayuda psicológica es porque en algún rincón de su mente también existe la expectativa de que el analista sea capaz de acceder a su parte no psicótica y le auxilie para enfrentar la psicótica.

Otro aspecto es la tendencia a poner en acción aquello que no puede ser contenido psíquicamente. Bien sea para distorsionar la realidad insoportable, o simplemente anularla. De manera que los *acting-out* pueden tener un carácter destructivo variable.

*El sentimiento de vacío mental* es otra consecuencia, como ya hemos visto, que es fuente de estados psíquicos insufribles. Vacío que resulta de una intensa actividad de la identificación proyectiva ante casi cualquier contacto con la realidad. Aunque en el curso del tratamiento, el vacío puede derivarse de la cierta renuncia a la actividad delirante que hasta ahora había servido para “llenar” el mundo interno.

Otra cuestión a destacar es la consecuencia de la identificación proyectiva en el seno del entorno inmediato del paciente, tanto en la familia como en el ámbito asistencial. Y es que se establece una especie de lo que yo denominaría “identificación proyectiva cruzada” en varios sentidos. Porque se proyectan aspectos diferentes del paciente en cada uno de los miembros de su entorno, con lo que genera una actitud distinta que comporta el enfrentamiento entre ellos. Y es una identificación proyectiva cruzada también porque dada la intensa fuerza de las proyecciones da lugar a que los receptores de las mismas, con dificultad para soportarlas, no solo las rechacen, sino que a su vez, reaccionen con re-proyecciones de aspectos propios. Esta dinámica, que encontramos con frecuencia en familias del paciente psicótico, donde parecería que una buena parte de su funcionamiento estriba en cómo defenderse de las proyecciones del paciente, está

asimismo presente en el ámbito asistencial entre los miembros del equipo terapéutico. De ahí la necesidad del trabajo de elaboración en el equipo para que estas proyecciones puedan metabolizarse e integrarse para devolverlas al paciente de manera no disociada.

Si tuviera que sintetizar en pocas palabras qué sería lo distintivo de la organización psicótica de la personalidad, diría que lo más notable es el pensamiento delirante, es decir, la creación de mundos alternativos al de la realidad insoportable. Sin olvidar el tipo de escisión radical y con tendencia a la fragmentación de la realidad y del propio aparato perceptivo.

El mundo del delirio indica una radical oposición a la realidad dolorosa que no se quiere aceptar. Ciertamente, en toda patología encontramos formas de distorsión de la realidad, pero la contumacia con que se presenta en la psicosis es particular de esta, y conduce a la creación de un “mundo” nuevo, que a veces —muchas más de las que advertimos— coexiste de forma paralela al de la realidad, y otras interfiere más o menos violentamente en ella. Este conflicto con la realidad está en función de la pervivencia o no de aspectos de vida capaces de tolerar el dolor necesario en el contacto con la realidad. De otra manera, puede coexistir un mundo delirante, con el de la realidad externa, sin la más mínima contrariedad. Pensemos en los pacientes crónicos, en particular los de los antiguos hospitales psiquiátricos, o en los que no se ha intervenido adecuadamente. En uno de tales hospitales, un paciente me decía, educadamente pero con cierta arrogancia y conmiseración hacia mí —¡pobre *outsider!*, yo—, si no me había dado cuenta que los muros que delimitaban el recinto en el que nos encontrábamos, no eran más que las tapias del manicomio de afuera; y la locura de afuera la argumentaba por la existencia de una conspiración universal liderada por el mismísimo Vaticano, que mediante una ingente red de individuos robaban los cuerpos de las personas (cuestiones ambas que no dejaban de llamar la atención, al tratarse de un hospital administrado por una institución religiosa); cuerpos, con los cuales, añadía, vaya usted a saber las atrocidades que cometían. Lo que dijo con toda tranquilidad, aún a sabiendas de que yo era un psiquiatra del propio hospital. A continuación, tomó el cubo del agua y marchó a realizar su faena cotidiana de limpieza del pabellón para pacientes crónicos en el que residía. Pero si hablamos de los pacientes aún vivos mentalmente, como es el caso de los pacientes que

atendemos en psicoterapia o psicoanálisis, el grado de persistencia del mundo delirante tiene una fuerza y una convicción yo diría que inversamente proporcional a la intensidad de la vitalidad de la parte no psicótica con la que se encuentra en conflicto, que el paciente necesita transmitir al interlocutor, cosa que para nada existía en el paciente crónico que acabo de mencionar.

## 2. El tratamiento de la organización psicótica de la personalidad (OPsP).

En este apartado voy a tomar como referencia mi experiencia con tales pacientes en diversos ámbitos asistenciales y con recursos terapéuticos diferentes. Incluiré el trabajo en la asistencia pública, tanto en el hospital psiquiátrico como en un centro de salud mental, así como la atención en el ámbito privado. En cuanto a los recursos, incluyo la labor del equipo y las múltiples intervenciones desarrolladas con el mismo en el marco de lo que denomino “estructura terapéutica asistencial”. Asimismo, recojo la psicoterapia e incluso el psicoanálisis cuando fueron posibles en el ámbito privado.

Antes de hacer una somera relación de los recursos terapéuticos, quisiera explicar mi idea de la *estructura terapéutico-asistencial continente*, que concibo como algo presente en todas las intervenciones desde la perspectiva psicoanalítica, especialmente con pacientes graves y psicóticos. Este concepto que para simplificar lo llamaría “estructura terapéutica continente” (ETC) lo desarrollo en otra parte (Pérez Sánchez, 1996), por lo que aquí haré tan solo una síntesis. La idea surge de dos fuentes: una, de la práctica asistencial, y otra, de la teoría de Bion sobre el modelo continente/contenido. En cuanto a la primera, y desde la perspectiva que vengo sosteniendo de la necesidad de un equipo terapéutico, es necesario que los miembros del equipo hayan creado espacios asistenciales que estén a la vez diferenciados y articulados. En especial al tratarse de pacientes psicóticos, por lo que hemos visto, la intensidad de las identificaciones proyectivas patológicas y la tendencia a la escisión radicales hacen que sus relaciones con los miembros del equipo se vean afectadas por estos mecanismos patológicos. Por lo tanto, cada miembro necesita

tener su espacio asistencial (físico, también) preciso en el que pueda desarrollar su tarea, sin excesivas interferencias. Por otra parte, en la medida que será objeto de proyecciones, tal vez diferentes de las que el mismo paciente pueda realizar sobre otros profesionales, es imprescindible la tarea de articulación de las intervenciones realizadas por cada miembro, a fin de conseguir una integración de distintos aspectos del paciente depositados en cada profesional.

Decía que la otra fuente que nos ha llevado al desarrollo del concepto de “estructura terapéutica continente” es el modelo continente/contenido de Bion. En efecto, Bion desarrolló el concepto de Klein de identificación proyectiva en el sentido de ir más allá de la dimensión defensiva patológica, y considerarla como una forma primitiva de comunicación, siempre presente en toda relación humana, y por tanto, en el desarrollo del individuo y en toda actividad psicoterapéutica. Recordemos en qué consiste: el paciente siente intolerable un determinado sentimiento, así que lo ha de sacar fuera de sí. Esto se consigue mediante la fantasía de que el malestar pasará a la persona con quien se relaciona, en este caso el profesional. Pero para llevar a cabo esta canalización ha de “actuar”, hacer manifiesto ese sufrimiento (al igual que el bebé que llora hace saber a la madre que necesita algo: comida, o calmar el dolor que padece) en su manera de hablar y expresar su malestar, lo que es recibido por el profesional. Este debe recogerlo y tolerarlo en buena medida para seguir realizando su tarea asistencial, sea una exploración diagnóstica o una intervención terapéutica, que le permita pensar para tratar de entender qué sucede y en función de ello dar una respuesta adecuada. Por tanto, dice Bion, el profesional debe actuar como un adecuado continente que recibe lo proyectado por el paciente, lo metaboliza y le devuelve una respuesta que es adecuada para enfrentar esa realidad penosa que manifiesta aquél. Este proceso comporta una experiencia en la que el paciente ha visto cómo el profesional tolera el malestar proyectado, lo suficiente para dar una respuesta adecuada, es decir, realiza la función de contención. Y ello le permite al paciente aprender de esa experiencia, introyectando esa capacidad de contención. Obviamente, es una simplificación de lo que ocurre en la práctica, además de que se trata de algo que ha de repetirse en incontables ocasiones, en especial si se trata de pacientes psicóticos. Pero aquí nos sirve para apuntalar la idea de Estructura terapéutica continente (ETC). Es

importante destacar que tal estructura está presente tanto en el ámbito del equipo terapéutico, como de los recursos terapéuticos desarrollados por el mismo. Y que debe haber sido internalizada por cada profesional; si un psicólogo de un equipo asistencial, al atender a un paciente psicótico, tiene en mente este marco terapéutico, recibirá, en primer lugar, un apoyo emocional de no sentirse solo, y es así como podrá tener en cuenta diferentes perspectivas de salidas ante los problemas que plantea la atención paciente.

Al resumen expuesto que refleja con otras palabras lo ya apuntado en la obra mencionada (Pérez-Sánchez, 1996), ahora añadiría lo que allí daba por supuesto. Y es que dicha estructura continente debe implicar unos presupuestos teóricos que den cuenta, en alguna medida, de la realidad clínica. Dichos fundamentos deben estar internalizados en el profesional de tal manera que le generen una cierta confianza para desarrollar el método terapéutico que decide aplicar.

### *2.1. El hospital psiquiátrico.*

Durante los primeros años de mi tarea profesional como psiquiatra, tuve oportunidad de trabajar primero en un centro de pacientes agudos, y después en un hospital de pacientes crónicos. De esta época surgen algunas publicaciones que ya indican el enfoque terapéutico en el que estaba interesado: el trabajo de equipo. Así, al hacerme cargo de la coordinación de un equipo de un pabellón de pacientes crónicos, mi objetivo inicial no se centró tan solo en los propios pacientes con muchos años de internamiento. Era evidente que se trataba de una tarea limitada. En cambio, cabía la posibilidad de que los profesionales evitáramos la cronicidad de nuestra tarea, al menos intentando introducir algún tipo de cambio en la institución, lo que podría redundar, al menos, en un mejor trato de los pacientes. Estoy hablando de una época en la que la institución psiquiátrica para enfermos crónicos se limitaba a la custodia de los mismos y no siempre en las mejores condiciones físicas y psicológicas. Una época también en la que, en nuestro país, la psiquiatría comenzaba a tomar conciencia de esta situación y de la necesidad de tales cambios. Así que la

tarea inmediata consistía en crear el equipo terapéutico con todos los profesionales implicados en diversas tareas en el pabellón: psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales e incluso la mujer de la limpieza, quien probablemente era la que habitualmente tenía más contacto cotidiano con los pacientes. Las reuniones de equipo permitían detectar el malestar de algún paciente determinado, así como el clima general del pabellón y tomar las medidas oportunas al respecto; también ofrecía un espacio para ventilar desacuerdos o malos entendidos entre los miembros del equipo. Como luego pude ir comprendiendo tales dificultades no solo tenían que ver con las particularidades de cada profesional, sino que correspondían a las muchas proyecciones a las que el paciente psicótico los sometía de manera disociada: proyectando en unos el buen trato, mientras que otros eran objeto de las malas proyecciones. Ello queda reflejado en una publicación de la época que lleva por título: *El equipo terapéutico-asistencial como agente de cambio en la institución psiquiátrica* (Pérez Sánchez, 1975).

## 2.2. *El centro de salud mental.*

Dadas las características del mismo y el momento en que se creó, al inicio de la reforma de la asistencia psiquiátrica en Cataluña, tuvimos que atender una cantidad importante de pacientes psicóticos crónicos que fueron dados de alta para vivir con las familias o en los nuevos dispositivos asistenciales que se fueron creando (hospitales de día, talleres, pisos asistidos, etc.). Una buena parte de la población asistida, pues, eran psicóticos crónicos por lo que fue necesario no solo continuar con la tarea del equipo, fundamental para estos pacientes, así como para toda asistencia pública, sino generar formas de asistencia que evitaran la cronificación de nuestra tarea con tales pacientes. El inicio de este trabajo quedó reflejado en otra publicación: *Perspectiva psicodinámica en asistencia primaria psiquiátrica* (Pérez Sánchez, 1988), título indicativo de varias cosas. En primer lugar, había necesidad de dejar establecida la viabilidad de la orientación “psicodinámica” en el campo de la psiquiatría. Tengamos en cuenta que, en los años de la dictadura franquista, una

determinada psiquiatría académica y la práctica asistencial correspondiente dominaban el panorama en todo el país. Una psiquiatría de ascendencia krapeliniana en el mejor de los casos, y con el correspondiente componente nacional católico en la mayoría. De resultas de ello, la consideración del psicoanálisis residía en una disciplina “agonizante”, como rezaba el título de uno de los máximos exponentes de dicha postura, el catedrático J.J. López-Ibor (1955). Solo con la agonía y muerte del franquismo, comienzan a tomar expresión todas aquellas tendencias políticas, científicas y profesionales que requerían ámbitos de libertad para poder desarrollarse (Carles, 2000). Tal era el caso del psicoanálisis. Pero llevó tiempo su desarrollo, de ahí la prudencia del momento, al escoger en el mencionado trabajo el término “psicodinámico” y no “psicoanalítico”. También se hace referencia en el mismo título a la “asistencia primaria”; dado el abandono en que se encontraba, en general, y de manera especial en cuanto a los pacientes graves y psicóticos, convenía poner el acento en ese nivel primario de la atención psiquiátrica. En esa época también surgió otro trabajo del mismo equipo, *Ilustración clínica del modelo de intervención múltiple* (Canals y al. 1988), con el que se trataba de mostrar dos cosas: la importancia de la clínica para transmitir el quehacer en la asistencia psiquiátrica, alejado de una herencia de la psiquiatría académica, en la que especialmente los psiquiatras, hacían trabajos próximos a la filosofía (de corte fenomenológico, principalmente) o elucubraciones de diversa índole, disociado de una práctica profesional medicalizada y predominantemente biologicista. Y en segundo lugar, se pretendía destacar la importancia de la intervención múltiple interdisciplinar cuando se trabaja con pacientes graves y psicóticos, que es lo que luego desarrollo con la idea de la *estructura terapéutico-asistencial continente*.

El conjunto de la experiencia en este centro, lo recopilé en un libro titulado *Prácticas psicoterapéuticas. Psicoanálisis aplicado a la asistencia pública* (Pérez Sánchez, 1996). En el mismo, incluyo las diferentes actividades terapéuticas y asistenciales con todo tipo de pacientes atendidos en el mismo. Recogeré ahora, de manera resumida, las diferentes técnicas terapéuticas desarrolladas en el equipo que conciernen a los pacientes psicóticos:

- *Entrevistas psicoterapéuticas y psicofármacos*. Desde una perspectiva psicoanalítica, la



prescripción de un psicofármaco, como es sabido, se realiza en el marco de dos contextos. El de una determinada personalidad del paciente independientemente del diagnóstico psiquiátrico; y en el contexto de una específica relación entre paciente y profesional. No diremos que ambos factores determinen la dinámica del psicofármaco en el sistema nervioso central, pero sí que su receptividad, cumplimiento de la prescripción e incluso parte de los efectos secundarios en muchas ocasiones vienen marcados por tales contextos. De ahí, la necesidad de tenerlos en cuenta, lo que justifica que denominemos a esta intervención como “entrevista terapéutica”. La frecuencia viene determinada por la necesidad de revisión del psicofármaco y a demanda del paciente.

- *Psicoterapia de apoyo*. A veces puede ir acompañada también por la prescripción farmacológica por el mismo terapeuta, cuando éste es psiquiatra. Es un tipo de relación terapéutica con una frecuencia mayor que la anterior, y donde ha sido posible focalizar algún aspecto conflictivo de la realidad externa del paciente, para ir hablando sobre el mismo.

- *Grupos terapéuticos de discusión*. Fue una práctica realizada en pacientes psicóticos con algún grado de cronicidad. El objetivo de tales grupos solía estar centrado en ciertas actividades comunes, como las sociales y, cuando era posible, las laborales, para luchar contra la cronicidad. Los terapeutas solían ser una pareja: psiquiatra y psicólogo, o psiquiatra (o psicólogo) y un trabajador social.

- *Grupos de discusión para familiares de pacientes psicóticos*. La dificultad para contener un paciente psicótico de media o larga evolución en casa hizo imprescindible este recurso. De otra manera, las demandas de las familias se hacían muy frecuentes.

Además de este recurso, las ayudas a pacientes psicóticos, teniendo en cuenta a la familia, se realizó en las siguientes modalidades:

- *Entrevistas psicoterapéuticas familiares centradas en el paciente*. Es una forma de intervención psicoterapéutica que designamos como “entrevistas” para diferenciarlas de la psicoterapia propiamente, tanto por los objetivos como por la técnica utilizada. Aquí, se trata de

contactos puntuales o esporádicos que surgen ante una situación de descompensación del paciente, o por iniciativa del terapeuta o de la familia en el curso de una asistencia (con entrevistas farmacológicas, por ejemplo) para clarificar algún aspecto de la convivencia. Aunque sabemos que la dinámica familiar no está al margen de lo que le ocurre al paciente, pero optamos, en ese momento, por centrar el objetivo terapéutico en función del paciente.

- *Entrevistas psicoterapéuticas familiares centradas en la familia.* Si bien es el paciente psicótico quien origina esta demanda, los profesionales observan que la dinámica familiar es suficientemente patológica como para incluir el máximo de miembros posibles en el plan terapéutico. Al tratarse de “entrevistas” presuponemos unos cuantos encuentros para clarificar una cuestión concreta conflictiva. De la misma puede derivarse, por ejemplo, la necesidad de ayuda terapéutica de algún otro miembro familiar.

- *Psicoterapia familiar.* Cuando es posible establecer de una manera continuada un compromiso terapéutico con algunos miembros de la familia del paciente por quien consultaron. A veces se planteó delimitada en el tiempo, como una forma de psicoterapia familiar breve, y en otros casos, se ofreció una duración prolongada en función de la tolerancia de la familia, de los logros adquiridos y de las posibilidades del centro.

### *3. Psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis en la organización psicótica de la personalidad.*

La atención psicoterapéutica o psicoanalítica de un paciente con una organización psicótica de la personalidad participa también de la estructura terapéutica continente pero de manera diferente a lo que ocurre en el ámbito asistencial público. Diríamos que en este último existen una serie de intervenciones múltiples, a veces simultáneas o sucesivas en cortos períodos de tiempo, que constituyen toda una micro-red asistencial para un determinado paciente. En dicha red se incluyen algunas de las intervenciones mencionadas que, debidamente articuladas por los miembros del equipo, hacen posible el reparto del peso de las proyecciones intensas de tales pacientes, así como

de las tareas dirigidas a cierta modificación o facilitación de aspectos externos de la realidad del paciente (laborales, familiares, etc.) que la haga más soportable.

En el caso de una psicoterapia psicoanalítica o un psicoanálisis con tales pacientes, aunque también necesitemos de otros profesionales, el peso de la atención se supone que recae en las primeras, de tal manera que esta se constituye en el eje central de la ETC. Por ejemplo, un paciente que acude a psicoterapia psicoanalítica o a un psicoanálisis en sesiones de varios días a la semana, al mismo tiempo necesita de medicación que es prescrita y controlada por un psiquiatra que le atiende esporádicamente. Y cuando surgen momentos de descompensación psicótica y el paciente necesita internamiento, aquí el marco terapéutico asistencial, obviamente, incluye al hospital psiquiátrico. Sin olvidar la importancia de la familia que habrá que atender, bien sea puntualmente por el propio terapeuta, o cuando se necesite más atención, por otro profesional.

A partir de esta premisa de una “estructura terapéutica continente”, cabe plantearse si es posible la indicación y realización de una psicoterapia e incluso de un psicoanálisis propiamente en pacientes con una organización psicótica de la personalidad. H. Rosenfeld, en el apéndice de su obra *Impasse e Interpretación* (1987), ofrece una exhaustiva y crítica revisión de la literatura existente hasta el momento de su publicación, a donde remito al lector. Al limitar mi aportación en este artículo a mi experiencia en los diferentes ámbitos en los que he atendido a pacientes psicóticos, me referiré tan solo a mi práctica psicoanalítica.

Esta queda recogida en la publicación ya citada (Pérez Sánchez, 2018) donde trato de dar respuesta de la forma más exhaustiva que he sido capaz, al mostrar los fundamentos teóricos y técnicos del psicoanálisis con una paciente diagnosticada de esquizofrenia paranoide. Allí también hago mención de algunas aportaciones contemporáneas.

El acceso del tratamiento psicoanalítico a la organización psicótica de la personalidad es posible, aunque sigue siendo una opción poco frecuente. Y es así en la medida que se han resuelto al menos dos de los obstáculos teóricos y técnicos que durante años la habían considerado impracticable en tales pacientes; y siempre que se cumplan una serie de condiciones en el paciente, en su entorno y en el analista. Veamos cada uno de estos elementos.

En cuanto a los *obstáculos teóricos* que contraindicaban el psicoanálisis son, en primer lugar, la convicción freudiana de que tales pacientes no son capaces de establecer una relación de transferencia. Este inconveniente hace bastante tiempo ha sido superado, precisamente al observar la experiencia con tales pacientes, donde lo que sucede es más bien lo contrario, que la transferencia que establecen es tan intensa, que resulta difícil tomar distancia para elucidarla. El segundo obstáculo conceptual consiste en la incapacidad del paciente psicótico para un pensamiento simbólico, y una tendencia, por el contrario, al pensamiento concreto, lo que dificulta sobremanera el trabajo interpretativo del analista. Asimismo, la experiencia clínica de varias generaciones de psicoanalistas ha mostrado la relatividad de este aserto. Si bien, es cierto que los pacientes psicóticos tienen una limitada capacidad de simbolización, no significa que carezcan en absoluto de la misma. Por lo tanto, si reconocemos en el paciente con una organización psicótica de la personalidad el establecimiento de la transferencia, aunque intensa, y también una cierta capacidad de simbolización, aunque limitada, ¿porqué no plantear un tratamiento psicoanalítico, incluso un psicoanálisis? Ciertamente, no es tarea nada fácil ni siempre practicable, porque requiere de algunas condiciones, por parte del paciente, de su entorno y del analista.

*Condiciones por parte del paciente.* Como ya dije, en mi opinión, uno de los elementos que constituyen la base de toda psicopatología es la capacidad para gestionar el dolor psíquico concomitante al contacto con la realidad. En los pacientes psicóticos esta capacidad está limitada. Pero habrá que determinar en cada paciente en particular en qué medida es así. Pues si existe algún grado de interés en saber de su incapacidad para tolerar el dolor psíquico, creo que es un indicador importante para contemplar la ayuda psicoanalítica. Por supuesto, habrá que tener en cuenta también el resto de la personalidad del paciente, en el sentido de que existan capacidades cognitivas suficientes, así como una parte no psicótica dispuesta a cooperar con el analista.

*Condiciones por parte del entorno.* Dada la tendencia a las intensas proyecciones del paciente psicótico, es necesario un entorno en el que si bien existen dificultades para tolerarlas, al menos no se acompañe de una fuerte necesidad de re-proyectar las propias dificultades, generando un círculo vicioso en perjuicio del paciente. Esto quiere decir, que exista en la familia

una cierta tolerancia respecto de las actuaciones del paciente que el curso del proceso analítico pueda desencadenar, y que puedan tener ayudas puntuales con otros profesionales cuando fuere necesario.

*Condiciones del analista.* El tratamiento psicoanalítico de un paciente con una organización psicótica de la personalidad es una tarea sumamente difícil. Si aquí el eje central de la estructura terapéutica continente es el analista, cabe deducir que este se constituya en el objeto central de las intensas proyecciones del paciente. Por lo tanto, el analista precisa de una experiencia analítica previa que haya permitido analizar niveles profundos de su personalidad, así como unos recursos conceptuales y técnicos que contemplen el abordaje de dichos niveles profundos en el paciente, lo que ha debido recibir en su formación de su grupo psicoanalítico de referencia, en el cual el tratamiento de dichos pacientes sea considerado como una opción válida, en ocasiones. Por último, por supuesto, las intensas proyecciones del paciente necesitarán que el analista emplee vías diferentes para su elaboración. La recogida del material clínico con cierta frecuencia para ser revisado periódicamente, y para consultarlo con otros colegas que puedan ayudarle a contener la situación y pensar sobre el mismo sin perder demasiado su identidad analítica. También, la elaboración teórica, en la medida de lo posible, de la experiencia habida. Al menos en mi caso, fueron estas las vías que hube de utilizar en el curso del tratamiento de la paciente esquizofrénica a la que me referí.

*Algunos aspectos técnicos.*

Quisiera ahora centrarme de manera específica a la aplicación del método psicoanalítico. Teniendo en cuenta que los principales obstáculos mencionados —la limitación en la capacidad de simbolización y la incapacidad para establecer una transferencia con el analista— no pueden considerarse hoy día de manera absoluta, es posible plantear la aplicación del método psicoanalítico estándar a los pacientes con una organización psicótica de la personalidad. En la

obra ya mencionada (Pérez-Sánchez, 2018) describo en detalle los problemas que se plantean y algunas propuestas para resolverlos. Obviamente, tal aplicación no será igualmente factible como cuando se realiza con pacientes no psicóticos. No obstante, las dificultades encontradas no justifican el criterio bastante extendido que tales pacientes no son subsidiarios del tratamiento psicoanalítico; aunque, insisto, no hay que desdeñar las inmensas dificultades que comporta.

No puedo extenderme ahora en tales dificultades referidas a los diferentes aspectos técnicos, y menos aún ilustrarlo clínicamente, todo lo cual queda expuesto en la obra mencionada. Así que daré un esbozo de dos elementos primordiales, a mi juicio, en la aplicación del método psicoanalítico con tales pacientes: el encuadre y la interpretación transferencial.

*El encuadre.* Como decía, mi propuesta inicial al tomar un paciente en análisis es la de ofrecer las condiciones habituales para cualquier tratamiento psicoanalítico. Unas, contratadas con el paciente, como son: la alta frecuencia de sesiones (cuatro o cinco), uso del diván, un tiempo prefijado de cuarenta y cinco minutos; la continuidad del tratamiento farmacológico con el psiquiatra que se haga cargo de su control (probablemente será una condición necesaria que dicho psiquiatra comparta la validez de la indicación del psicoanálisis, de otro modo pueden surgir serias interferencias en contra del mismo); en el caso de pacientes que han padecido ingresos anteriormente, avisar desde el inicio del posible recurso del internamiento psiquiátrico si fuera necesario; y que este será decidido entre el paciente, el analista y el psiquiatra. Otra condición de este método es la interpretación incluyendo la transferencial, probablemente la más utilizada, por el mero hecho de que, al contrario de la idea freudiana, el paciente psicótico establece una intensa transferencia.

Lo más probable es que el paciente psicótico tenga serias dificultades para aceptar tales condiciones de encuadre durante mucho tiempo. Así que ello obliga a introducir algunas modificaciones, que deberían ser temporales, para volver al encuadre inicial en cuanto sea posible. Por ejemplo, en el caso de la paciente a la que me refiero en la publicación anterior, a partir de un determinado momento, transcurridos varios meses de análisis, comenzó a mostrar dificultades para tolerar estar echada en el diván, así que permanecía sentada. Aunque por mi parte acepté

esta alteración del encuadre, lo que podía ocurrir durante muchas sesiones, yo permanecía sentado en mi sillón, e intentaba comprender qué tipo de ansiedades estaban activas en ese momento y trataba de comunicárselo a la paciente. No obstante la interpretación, las ansiedades podían persistir, por lo que aceptaba la postura de la paciente, sentada en el diván. Más adelante, la propia paciente espontáneamente decidía echarse, en la medida que podía tolerarlo. Hasta la próxima ocasión, en que no le era posible. Otro de los problemas que se planteaba era el de la necesidad de reclamar la atención del analista durante los períodos de separación, sobre todo en las vacaciones largas. En tales casos, regulaba las llamadas telefónicas a días y horas determinados, mientras me parecía que la paciente no podía tolerar la ausencia. De manera que trataba de rehacer un mini contrato para aquella situación que tenía validez solo hasta que la situación se resolvía.

Creo que el tratamiento de pacientes con una organización psicótica de la personalidad constituye un reto para todo terapeuta, en el sentido de saber encontrar el equilibrio adecuado entre la firmeza necesaria para que el paciente entienda que no destruye la capacidad del analista ni la flexibilidad, asimismo imprescindible, para que no se sienta rechazado.

*La interpretación.* Al hablar de la firmeza y flexibilidad del encuadre, queda implícito que el terapeuta muestra con ello una actitud de empatía y receptividad por el sufrimiento del paciente, que es un elemento imprescindible como parte del método psicoanalítico. Pero no diríamos que eso sea lo específico, pues lo que le caracteriza es la posibilidad de algún tipo de transformación psíquica, mediante la toma de conciencia de la experiencia que se despliega en la relación con el analista; lo cual requiere de las interpretaciones adecuadas. Y entre estas tiene especial relevancia la interpretación transferencial, por la razón ya comentada de la inevitable e intensa transferencia del paciente psicótico.

#### 4. Conclusión

El empleo del psicoanálisis en el tratamiento de pacientes con una organización psicótica de la personalidad ha experimentado una evolución. En primer lugar, el propio Freud mostró su escepticismo en cuanto a la viabilidad de tales pacientes mediante “el método de Freud”; no obstante, dejó abiertas las vías para conseguirlo en un futuro, con su estudio sobre el narcisismo, así como con el estudio exhaustivo sobre un paciente delirante, el conocido caso Schreber (Freud, 1911), realizado a partir de las memorias de este hombre. Fue un análisis teórico, lúcido, con especulaciones atinadas, pero faltaba el “trabajo de campo” donde tales conocimientos pudieran ponerse en acción y ver de qué manera generaba algún tipo de modificación clínica en los pacientes. Este trabajo no se desarrolló hasta años más tarde en la década de los cincuenta, cuando un mayor conocimiento de los niveles primitivos de la mente animó a una serie de psicoanalistas a trabajar directamente con tales pacientes. Fue una época de un desmesurado optimismo respecto del tratamiento psicoanalítico de la psicosis, que pronto se vio defraudado. Sin embargo, estas primeras experiencias permitieron posteriormente, de manera más realista, seguir considerando el psicoanálisis como un método de tratamiento que, en determinadas condiciones, puede ser factible en pacientes graves psicóticos y limítrofes, aun manteniendo las condiciones estándares.

Y de lo que no cabe duda es que tales experiencias psicoanalíticas con pacientes psicóticos han permitido conocerlos mejor y extraer conocimientos sobre técnicas de base psicoanalítica, como las psicoterapias, individual, grupal y familiar, que han constituido una herramienta útil en el trabajo con dichos pacientes en la asistencia pública. Lo fue, como he señalado en las publicaciones citadas que recogen mi experiencia en este campo; y lo puede seguir siendo en aquellos espacios en los que hoy día el psicoanálisis tenga cabida.

### *Referencias bibliográficas*

Bion, W.R. (1957), “Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas”, en *Volviendo a*



*pensar*, Buenos Aires, Paidós, 1984.

Bion, W.R. (1963), *Elementos de Psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1966.

Bleuler, E. (1911), *Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias*, Buenos Aires, Paidós, 1960.

Canals, M., A. Pérez Sánchez, M. Anabitarte y T. García Tarafa (1988), “Ilustración clínica del modelo de intervención múltiple”, en *Salud Mental Comunitaria*, núm. 1.

Carles, F., I. Muñoz, C. Llor y P. Marset (2000), *Psicoanálisis en España. (1893-1968)*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid.

Freud, S. (1911c[1910]), *Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (“Demencia Paranoide”) autobiográficamente descrito, [Caso Schreber]*, en *Obras completas*, IV, Madrid, Biblioteca Nueva, 1972, pp. 1487-1528.

Freud, S. (1914), *Introducción al narcisismo*, en *Obras completas*, VI, Madrid, Biblioteca nueva, 1972.

Freud, S. (1940 a) [1938]), *Compendio del psicoanálisis*, en *Obras completas*, IX, Madrid, Biblioteca Nueva, 1975.

Hernández, V. (2008), *La psicosis. Sufrimiento mental y comprensión psicodinámica*, Barcelona, Paidós.

Klein, M. (1935), *Contribución a la psicogénesis de los estados maníacos-depresivos* en *Obras completas*, I, Buenos Aires, Paidós, 1992.

Klein, M. (1940), *Mourning and its Relation to Manic-Depressive States* en *The writings of Melanie Klein*, I, London, Karnac, pp. 344-369.

Klein, M. (1946), *Notas Sobre Algunos Mecanismos Esquizoides*, en *Obras completas*, II, Buenos Aires, Paidós, 1992.

López Ibor, J.L. (1955), *La agonía del psicoanálisis*, Buenos Aires, Espasa Calpe.

Pérez-Sánchez, A. (1975), "El equipo terapéutico-asistencial como agente de cambio en la institución psiquiátrica", en *Informaciones Psiquiátricas*, núm. 62.

Pérez-Sánchez, A. (1988), "Perspectiva psicodinámica en asistencia primaria psiquiátrica", en *Salud Mental Comunitaria*, núm. 2, Diputación de Barcelona.

Pérez-Sánchez, A. (1996), *Prácticas psicoterapéuticas. Psicoanálisis aplicado a la asistencia pública*, Barcelona, Paidós.

Pérez-Sánchez, A. (2004), "Comunicación con la parte psicótica de la personalidad", *Temas de Psicoanálisis*, vol. VIII-IX, pp. 89-120.

Pérez Sánchez, A. (2018), *Organización Psicótica de la Personalidad. Claves psicoanalíticas*, Barcelona, Herder (en prensa).

Rosenfeld, H. (1965), *Estados psicóticos*, Buenos Aires, Paidós.

Rosenfeld, H. (1987), *Impasse e Interpretation*, London, Tavistok.

Searles, H. (1965), *Collected papers on Schizophrenia and related subjects*, New York, International University Press, trad. de Escritos sobre Esquizofrenia, Barcelona, Gedisa, 1980.

Segal, H. (1981), *La obra de Hanna Segal. Un enfoque kleiniano de la práctica clínica*, trad. de Leandro Walfson, Barcelona, Paidós, 1989.

Steiner, J. (1993), *Refugios psíquicos: organizaciones patológicas en pacientes psicóticos, neuróticos y fronterizos*, trad. de Isabel Luzuriaga, Biblioteca Nueva, APM, Madrid, 1997.

### *Resumen*

El trabajo expone la viabilidad del tratamiento de la psicosis desde la perspectiva psicoanalítica. Para comprender este enfoque terapéutico es necesario dar a conocer las bases psicopatológicas y sus consecuencias clínicas, desde esta perspectiva, en la organización psicótica de la personalidad, como el autor prefiere denominar a la psicosis. Realiza un breve recorrido de su práctica por los distintos ámbitos en los que atendió a tales pacientes, tanto en la asistencia pública como en la privada, con una somera descripción de los correspondientes recursos terapéuticos, enmarcados en lo que llama “estructura terapéutica continente”. También se incluye la aplicación del método psicoanalítico estándar en pacientes esquizofrénicos, en los pocos casos en los que es aplicable cuando existen unas condiciones adecuadas, por parte del paciente y su entorno, así como del analista.

*Palabras clave: psicosis, organización patológica, psicoanálisis, estructura terapéutica, dolor psíquico.*

### Summary

The paper exposes the viability of the treatment of psychosis from a psychoanalytic perspective. To understand this therapeutic approach it is necessary to make known from this perspective the psychopathological bases and their clinical consequences in the *psychotic organization of the personality*, as the author prefers to call psychosis. He makes a brief tour of the different areas in which he treated such patients, both in public and private practice, with a brief description of the corresponding therapeutic resources, framed in what he calls “container therapeutic structure”. It also includes the application of the standard psychoanalytic method in schizophrenic patients, in the few cases in which it is applicable, when there are suitable conditions regarding the patient and his/her environment as well as the analyst.

*Key words: psychosis, pathological organization, psychoanalysis, therapeutic structure, psychic pain.*

Antonio Pérez Sánchez

Psiquiatra. Psicoanalista titular con funciones didácticas de la Sociedad Española de Psicoanálisis (SEP-IPA).

Miembro del equipo europeo de redacción del *Inter-Regional Encyclopedic Dictionary of Psychoanalysis* de la *International Psychoanalytical Association*. IPA-ED.

Director del *Sponsoring Committee* para el Grupo de Estudios de la IPA, Núcleo Portugués de Psicoanálisis (Lisboa).