

**Transferencia activa: una gestión clínica en el tratamiento de las psicosis****Transferência ativa: um manejo clínico no tratamento das psicoses****Active transference: a clinical management in the treatment of psychoses****Recibido: 05/07/2020****Aprobado: 22/01/2021****Publicado: 18/04/2021****Araceli Albino<sup>1</sup>**

Esta es una revisión narrativa sobre la gestión del elemento técnico psicoanalítico de la transferencia en la clínica de la psicosis, desarrollada en el año 2020, con recortes de las perspectivas clásicas *freudiana*, *kleiniana*, *lacaniana*, y también de otros enfoques teóricos contemporáneos, con el objetivo de presentar el concepto de transferencia activa como una posibilidad aplicada a la clínica de la psicosis. Abordó las siguientes áreas temáticas: *Transferencia: la invención técnica de Freud*, *Transferencia en la visión de Melanie Klein*, *Transferencia en la visión de Lacan*, *El diferencial de la transferencia en la clínica de las psicosis*, *Transferencia en la psicosis y los contemporáneos*, y *Transferencia activa - el acting del Amor*. En la psicosis, la transferencia activa es directa, masiva, de objeto, es un *acting* de amor. La dirección del tratamiento sustentada en la transferencia activa, integrada con otras áreas del conocimiento, como la psiquiatría, las técnicas creativas y proyectivas de la psicología y la escucha psicoanalítica individual y grupal, puede ayudar a mejorar significativamente la calidad de vida de las personas con estructura psicótica.

**Descriptores:** Trastornos psicóticos; Terapéutica; Transferencia (Psicología); Psicoanálisis.

Esta é uma revisão narrativa sobre o manejo do elemento técnico psicanalítico da transferência na clínica da psicose, desenvolvida em 2020, com recortes das perspectivas clássicas *freudiana*, *kleiniana*, *lacaniana* e também outras abordagens teóricas contemporâneas, com o objetivo de apresentar o conceito de transferência ativa como possibilidade aplicada a clínica da psicose. Abordou as seguintes áreas temáticas: *Transferência: a invenção técnica de Freud*, *Transferência na visão de Melanie Klein*, *Transferência na visão de Lacan*, *O diferencial da transferência na clínica das psicoses*, *Transferência na psicose e os contemporâneos*, e *Transferência ativa - o acting do Amor*. Na psicose, a transferência ativa é direta, maciça, objetual, é um *acting* de amor. A direção de tratamento sustentada pela transferência ativa, integrada com outras áreas do conhecimento, como a psiquiatria, técnicas criativas e projetivas da psicologia, e a escuta psicanalítica individual e grupal, pode ajudar a melhorar, de maneira significativa, a qualidade de vida de pessoas em estrutura psicótica.

**Descritores:** Transtornos psicóticos; Terapêutica; Transferência (Psicologia), Psicanálise.

This is a narrative review about the management of the psychoanalytic technical element of transference in the clinic of psychosis. It was developed in 2020, with clippings from the classic Freudian, Kleinian, Lacanian perspectives, and also other contemporary theoretical approaches, with the aim of presenting the concept of active transference as a possibility applied to the clinic of psychosis. It addressed the following thematic areas: *Transference: Freud's technical invention*, *Transference according to Melanie Klein*, *Transference according to Lacan*, *The differential of transference in the clinic of psychoses*, *Transference in psychosis and contemporaries* and *Active transference - the acting of Love*. In psychosis, active transference is direct, massive, objectal, it is an acting of love. The direction of treatment supported by active transference, integrated with other areas of knowledge, such as psychiatry, creative and projective techniques of psychology, and individual and group psychoanalytic listening, can help to significantly improve the quality of life of people in psychotic structure.

**Descriptors:** Psychotic disorders; Therapeutics, Transference (Psychology); Psychoanalysis.

## INTRODUCCIÓN

**T**ransferencia es un término psicoanalítico, utilizado para expresar la relación que se establece entre el paciente y el analista en la práctica clínica. Es un concepto fundamental, lo que mueve el análisis. Sin transferencia, no hay análisis, punto indiscutible entre los psicoanalistas clásicos y contemporáneos cuando se trata de neurosis.

Durante el tratamiento, la transferencia se explica por la acción combinada de las disposiciones innatas y las influencias sufridas por el niño durante los primeros años de vida. Esto produce un cliché estereotipado, es decir, una predisposición al enamoramiento<sup>1</sup>. Estas experiencias infantiles se reeditan en la relación entre el analista y el paciente.

En la visión contemporánea, la transferencia permite al paciente representar su historia ante el analista, no sólo informando de lo que vive, sino reviviendo de nuevo los afectos sentidos en una fase anterior, como forma de actualizar los impulsos eróticos ocultos<sup>2</sup>.

Desde la época de Freud hasta hoy, la transferencia ha sido utilizada como uno de los procedimientos fundamentales en la aplicabilidad de la técnica psicoanalítica, y no hay desacuerdo entre los psicoanalistas de diferentes corrientes. Este instrumento se utiliza para situar al paciente en condiciones infantiles y el analista entra como una especie de sustituto de la autoridad paterna<sup>3</sup>.

En la psicosis, la transferencia es controvertida, es un tema poco explorado, ya que son pocos los analistas que se dedican a estudiarla.

El concepto de transferencia activa trata de la idea de que el analista conduce la dirección del tratamiento de las psicosis por medio de *acting* del amor; es lo que mueve la relación entre analista y paciente psicótico<sup>4</sup>.

La transferencia activa es el motor que impulsa el análisis de los pacientes con una estructura psicótica, permitiendo mejorar la calidad de vida del sujeto. Así, este estudio tiene como objetivo presentar el concepto de transferencia activa como una posibilidad aplicada a la clínica de la psicosis.

## MÉTODO

Se trata de una revisión narrativa sobre el manejo del elemento técnico psicoanalítico de la transferencia en la clínica de la psicosis, realizada en el año 2020, con recortes de las perspectivas clásicas freudiana, kleiniana y lacaniana, así como de otros enfoques teóricos contemporáneos.

El psicoanálisis, entendido como disciplina científica, incluye bases epistemológicas y éticas para la realización de investigaciones<sup>5</sup>.

Propone trabajar sobre el concepto de transferencia activa<sup>4</sup> como polo pulsional, que ayuda a construir un proceso analítico capaz de mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una estructura psicótica.

## RESULTADOS

Se utilizaron 24 referencias psicoanalíticas. Para una mejor comprensión, se abordaron las siguientes áreas temáticas: *Transferencia: la invención técnica de Freud*, *Transferencia en la visión de Melanie Klein*, *Transferencia en la visión de Lacan*, *El diferencial de la transferencia en la clínica de las psicosis*, *Transferencia en la psicosis y los contemporáneos*, y *Transferencia activa - el acting del Amor*.

## DISCUSIÓN

### ***Transferencia: la invención técnica de Freud***

El término transferencia no es específico del vocabulario psicoanalítico; es utilizado por varias áreas del conocimiento. Su origen es del latín y etimológicamente significa 'trans' (pasar a través de) y 'feros' (conducir). Abarca algunos significados, como el transporte, el

desplazamiento de valores, de derechos, el intercambio, el trueque, la transposición de fronteras y barreras<sup>6</sup>.

En la clínica psicoanalítica, Freud utilizó la expresión transferencia (al. *Übertragung*)<sup>1</sup>, para explicar la relación que se establece entre el paciente y el analista en el tratamiento de las neurosis.

En "*Estudios sobre la histeria*", de 1893-1895, Freud habla del amor del paciente que se dirige al analista como un proceso de transferencia<sup>7</sup>. En 1900, en el capítulo VII de "*La interpretación de los sueños*", se consolida la idea de transferencia como un concepto específicamente relacionado con la relación entre la pareja analítica (analista-paciente). La transferencia es el fenómeno constituido a partir del deseo reprimido, que se manifestará a través de cualquier objeto representado en la cadena simbólica inconsciente, para el que no hay traducción directa posible<sup>8</sup>. En otras palabras, el deseo reprimido no puede ser reconocido, es inefable, imposible de ser dicho, y estará presente en sueños, lapsos, repeticiones, bromas, actos fallidos y síntomas.

La transferencia es un proceso de repeticiones de experiencias infantiles, las que determinan la forma de la relación del sujeto con los objetos, específicamente en el proceso analítico. Las experiencias infantiles relacionadas con las figuras parentales serán desplazadas y revividas en la relación con el analista, bajo el mando de las ambivalencias pulsionales de amor y odio. Es decir, hay una transferencia inconsciente de afectos infantiles arcaicos hacia el analista.

El concepto de transferencia adquiere mayor relevancia tras el caso Dora, del que no hubo un buen manejo y la paciente abandonó el tratamiento. En el período comprendido entre 1909 y 1915, el pensamiento freudiano sobre el tema tuvo importantes evoluciones<sup>9</sup>. Consideró la transferencia como un agente terapéutico, un proceso sufrido por el paciente, pero necesario para el tratamiento<sup>9</sup>. Técnicamente, el analista trata de ajustar los impulsos inconscientes a la historia de vida del paciente, facilitando la comprensión de los impulsos y la acción, y trabaja las resistencias que aparecen en forma de transferencia, la relación transferencial.

La resistencia aparece para evitar los deseos sexuales infantiles, es decir, aparece cuando el analista se acerca de contenidos patógenos relacionados con las figuras parentales<sup>10</sup>. En este caso, la transferencia, como proceso de resistencia, fue considerada un obstáculo para el proceso analítico.

La transferencia como poderoso instrumento técnico surge cuando se conceptualizan los dos tipos de transferencia, la positiva y la negativa<sup>11</sup>. La positiva está relacionada con los sentimientos amorosos hacia la persona del analista, lo que hace avanzar el análisis. La transferencia negativa está relacionada con los sentimientos eróticos y agresivos hacia el analista.

El analista debe soportar los sentimientos que el paciente deposita en él, no debe apartarse del amor de transferencia, sino que debe tratarlo como irreal. Las *imagoparentales* se transfieren inconscientemente al analista, que debe tratar con neutralidad y abstinencia para ayudar al paciente a elaborar y sanar tales afectos.

El amor que el paciente dirige al analista es una auténtica demanda de amor sentida como real, y el analista debe invocarla y tratarla como una fantasía transferencial. El primer reto para el analista es soportar la transferencia y, además, encontrar una forma de analizarla, para la que no existe ningún modelo en la vida real.

De otro modo, el amor de transferencia se consolida mediante la escucha analítica sobre la carencia, el deseo, el sufrimiento, a través de los cuales el analista puede dirigir el amor.

El paciente anhela vivir este amor en su plenitud y el analista debe hacer la diferenciación, aclarar que no se dirige a la persona del analista, sino a las figuras parentales introyectadas<sup>11</sup>.

A través de los escritos freudianos sobre la técnica, el concepto de transferencia se ha sedimentado en el uso de la práctica clínica y es manejado por los psicoanalistas como un instrumento esencial en el proceso analítico.

### ***Transferencia en la visión de Melanie Klein***

La contribución de Melanie Klein es fundamental para el psicoanálisis, ya que hace hincapié en los “*elementos primitivos del psiquismo*”. Es pionera en la práctica clínica psicoanalítica infantil a través de la técnica del juego y contribuyó en gran medida a la comprensión del proceso de transferencia aplicado a los pacientes que no responden a la neurosis de transferencia propuesta por Freud<sup>12</sup>.

El proceso de transferencia basado en la existencia de un mundo interno, o mundo de objetos, es interiorizado por el niño desde su nacimiento, a través de mecanismos de introyección y, posteriormente, devuelto al mundo externo como proyección<sup>12</sup>.

El mundo interno sería el resultado de fantasías inconscientes, de introyecciones de objetos buenos y malos, que se reviven en la situación analítica. Los procesos de proyección e introyección se inician en las primeras relaciones de objeto (madre-seno), originándose en la fase denominada *esquizoparanoide*. Los objetos se dividen en buenos y malos; los afectos, en amor y odio y, de este modo, se transfieren al *Otro*. En la visión kleiniana, la transferencia:

*se origina en los mismos procesos que, en las primeras etapas, determinan las relaciones de objeto. Así, en el análisis hay que volver repetidamente a las fluctuaciones entre los objetos amados, externos e internos, que dominan desde el principio de la infancia*<sup>12</sup>.

En el *setting*, el analista ocupa el lugar de los objetos originales y el paciente revive los sentimientos y conflictos, con las mismas defensas que utilizó en la situación original. Las asociaciones del paciente se relacionan con objetos actuales, que expresan ansiedad, culpa, envidia y reparación.

El proceso de transferencia es una reproducción de todos los objetos primitivos y de las relaciones de objeto interiorizadas por el sujeto en la primera infancia, que se dirigen al analista. Son representaciones pulsionales, fantasías y angustias, que están íntimamente relacionadas con las representaciones del yo, del superyó primitivo y del Complejo de Edipo precoz<sup>13</sup>. Hay una interconexión de transferencia positiva y negativa, una interacción entre el amor y el odio.

La transferencia es vista como un fenómeno de identificación proyectiva, dando origen al concepto kleiniano de transferencia primitiva<sup>12</sup>, que abrió el campo para pensar en otro tipo de transferencia, distinta de la neurótica. Este tratamiento requiere una gestión técnica suficientemente estable, por lo que el escenario analítico debe sostener la difícil relación con el analista.

Las ideas kleinianas sobre la existencia de otromanejo técnico de la transferencia han favorecido el trabajo contemporáneo con la clínica de las psicosis.

### ***Transferencia en la visión de Lacan***

En la concepción lacaniana, la transferencia es un fenómeno inconsciente y universal, regido por el proceso primario, y es determinada por la libido y el deseo, en el que no hay palabra posible. Lo imposible de decir, lo inefable, en el análisis estará presente a través de repeticiones, lapsos, bromas, sueños y síntomas.

El *deseo* es el deseo del *Otro* (*Gran Otro*) y, en el caso del análisis, sería el *deseo del analista*, que debería reconocer los movimientos pulsionales de amor y odio en sí mismo, para no entrar en las trampas del encanto de la transferencia<sup>14</sup>.

El hecho de que el ser humano se sitúe como un ser de lenguaje ya implica la existencia de la transferencia, es un mecanismo permeable a la acción del habla. Hablar en la situación analítica es diferente de hablar con el prójimo. En el análisis, el paciente habla con el *Otro* que lo conoce imaginariamente, y que se llamó *Sujeto Supuesto Saber*<sup>14</sup>.

Lacan lo admite: “*parece imposible eliminar del fenómeno de la transferencia el hecho de que se manifieste en la relación con alguien a quien se habla*”<sup>14</sup>.

El paciente neurótico establece una relación imaginaria con el analista, atribuyéndole el conocimiento sobre sí mismo y sobre lo que le sucede. Es una forma de unir simbióticamente al analista, que interpreta un saber, y el paciente lo coloca en el lugar de la verdad, del salvador, dejándolo en la posición del *Otro*. Pero el analista, por su parte, no ocupa este lugar, pues sabe que no es el *Otro*, sino que reconoce que es él quien garantiza la situación analítica. El analista es el *Otro* en la transferencia simbólica<sup>14</sup>.

No hay simetría entre la posición del analista y la del analizado, ya que el primero no actúa como sujeto, transfiere un saber al paciente, que no es un saber teórico, sino un saber ético, provocando y sosteniendo un lugar sobre el sujeto. El amor de transferencia se dirige al saber. La transferencia se fundamenta en un fallo de conocimiento en el *Otro*, en este caso, el analista, que responde al sujeto que desea su amor, ausentándose como sujeto. La impostura del analista permite la emergencia del deseo, la verdad del sujeto del inconsciente<sup>14</sup>. La transferencia sería la actualización de la realidad del inconsciente, es la movilización del sujeto del supuesto saber en la asociación libre, que equivale a la apelación al Nombre-del-Padre<sup>15</sup>.

En la visión lacaniana, el proceso transferencial, como manejo técnico, es similar a la propuesta freudiana, un instrumento técnico eficaz y esencial en la conducción de un análisis, originado en las representaciones inconscientes que se reactualizan en el campo analítico, siendo un factor importante de resignificación.

### ***El diferencial de la transferencia en la clínica de las psicosis***

La transferencia como concepto se estableció teóricamente, así como su gestión clínica. Inicialmente, se relacionó con la clínica de las neurosis y, gradualmente, se aplicó en la conducción de una dirección de tratamiento para pacientes con estructura psicótica.

Freud inauguró el pensamiento sobre la psicosis como una disociación de las funciones psíquicas, y no como un *déficit* mental; cuando hizo el estudio biográfico de *Schreber*, reconoció que la transferencia hecha a la persona de su médico fue un factor precipitante de su psicosis, lo que significa que la persecución y la aparición de figuras persecutorias ya eran un efecto de la transferencia<sup>16</sup>. Otro punto significativo de los estudios freudianos es el delirio como posibilidad de resignificación de la experiencia imaginaria<sup>16</sup>.

El analista tiene, como principio ético, respeto por lo que dice el paciente, es en esta relación de transferencia donde se conduce la dirección del tratamiento. El analista apoya los significantes del sujeto, viendo el delirio y la alucinación como la forma particular del sujeto de enfrentarse a su propia castración.

Melanie Klein trató el primer caso de psicosis (*Caso Dick*) mediante la interpretación psicoanalítica del juego, considerando esencial el análisis de la introyección proyectiva<sup>12</sup>, que se trasladaba al analista y a los juguetes de manera real. El analista necesitaba tener una maniobra para enfrentarse al mundo empobrecido de subjetividad. Esta forma de gestión abrió el camino para que sus seguidores trabajaran con la psicosis.

A su vez, Lacan comienza su formación psicoanalítica con la tesis de que el analista no debe retroceder ante la psicosis<sup>17</sup>. La visión psicoanalítica de la existencia de un sujeto, que tiene un inconsciente, un lenguaje y ocupa un lugar en el mundo, da paso a la clínica de la psicosis. El psicótico, al igual que el neurótico, es un sujeto que se ha constituido psíquicamente de una manera diferente.

Otro punto relevante es que el tratamiento psicoanalítico defiende al sujeto frente a sus organizaciones de psiquismo, constituidas por mecanismos que son defensas psíquicas, no enfermedades. La técnica psicoanalítica se articula en función de la estructura constituida y de las defensas asociadas a ella. No trata al sujeto con estructura psicótica como un estereotipo de enfermedad mental.

La gestión de la transferencia en el tratamiento es hecha por el analista, él es el testigo del paciente, quien sostiene y segrega el delirio, ya que es en él donde el sujeto se encuentra<sup>17</sup>.

La teoría lacaniana sobre las psicosis señala que el brote puede desencadenarse en un estado prepsicótico, o en las primeras sesiones de análisis, ya que el analista parte del intento de conectar el núcleo de la psicosis con una relación del sujeto con el significante puro y sus relaciones de afecto<sup>17</sup>.

La fragmentación del sujeto, en el momento de acercarse a la palabra real, sitúa su entrada y su deslizamiento en la psicosis. La transferencia, en su dimensión de engaño amoroso, revela el tiempo de cierre del inconsciente que Lacan define como: *“la actualización de la realidad sexual del inconsciente”* e introduce la categoría del Sujeto Supuesto Saber, como verdadero pivote de la transferencia<sup>14</sup>.

Por las ideas expuestas por los autores primarios, la psicosis pasó a ocupar un lugar relevante dentro del tratamiento psicoanalítico, proceso que se ha ido desarrollando hasta hoy.

La posibilidad de estabilizar la estructura psicótica mediante el tratamiento psicoanalítico, siendo el manejo de la transferencia el diferencial en el tratamiento de la psicosis, no implica que sea la única posibilidad, ni el mejor método de tratamiento, pero es posible considerarlo como un conocimiento científico, que puede aportar algo en un área tan carente de alternativas.

### ***Transferencia en la psicosis y los contemporáneos***

Freud<sup>18</sup> no explica la posibilidad del establecimiento de la transferencia en el tratamiento de la psicosis, así como tampoco descarta completamente esta posibilidad, como se puede comprobar en:

*Los paranoicos perseguidos [...] no pueden considerar indiferente nada en otras personas y toman indicaciones insignificantes que estas otras personas desconocidas les presentan y las utilizan en sus delirios de referencia. El significado de su delirio de referencia es que esperan de todos los extraños algo parecido al amor*<sup>18</sup>.

La transferencia, entonces, se constituye bajo la égida del amor en el análisis, de la investidura libidinal. Puede tener diferentes características, en la neurosis de transferencia, la erotización, la sublimación, la idealización, la erotomanía, la identificación proyectiva, en lo simbólico, así como en lo imaginario. Hay varias facetas, que pueden ser transferidas al analista de diferentes maneras, y el analista tiene que analizarlas e interpretarlas.

La transferencia en la psicosis requiere una mayor inversión libidinal por parte del analista, que es una presencia viva, que reclama sobre sí la responsabilidad de construir un vínculo amoroso capaz de, paso a paso, crear una atmósfera de fiabilidad y persistencia, que puede fortalecer el frágil yo que caracteriza al psicótico<sup>4</sup>.

Hanna Segal<sup>19</sup> comprueba que *“[...] el psicótico no deja de desarrollar una transferencia; efectúa una transferencia casi inmediata y generalmente violenta hacia el analista”*<sup>19</sup>.

La dificultad en el tratamiento no es la ausencia de transferencia, sino su carácter; la dificultad para el analista es sostener la transferencia, que se da en forma primitiva a través del mecanismo de identificación proyectiva. La fantasía omnipotente del paciente se deposita en el analista, para que éste se deshaga de sus partes fragmentadas indeseables, para que la transferencia sea masiva, violenta y frágil<sup>19</sup>.

Segal<sup>19</sup> fue la primera analista que trabajó realmente con un paciente cuyo diagnóstico era la esquizofrenia, utilizando puramente el método psicoanalítico. Su paciente hacía servicio militar y, durante el curso de preparación de oficiales, tuvo sus primeras crisis y fue ingresado en el hospital militar. Se inició el tratamiento, que duró 3 años, con 5 sesiones semanales. A pesar de las dificultades en el uso de la técnica, fue a través de la observación de las diferencias significativas en el tratamiento que fue posible comenzar a dirigir la transferencia en el tratamiento de la psicosis.

El paciente no simbolizaba como el neurótico, el objeto era utilizado como real. Cuando se acostaba en el diván, se acordaba de la cama del hospital y se ponía muy nervioso. Sus ideas eran puramente inconscientes, lo que dificultaba la relación analítica. Las interpretaciones quedaron aisladas o abolidas de la conciencia<sup>19</sup>.

Segal<sup>19</sup> señaló que había que colocar las ideas con cuidado, para no invadirlo. Observó que las interpretaciones de los delirios y las alucinaciones le proporcionaban un mayor alivio, los sueños tenían connotaciones sexuales y estaban relacionados con el objeto ideal de amor, que, en este caso, era el analista, es decir, la transferencia<sup>19</sup>. Estas observaciones se interpretaron siempre que fue posible. Así como los vínculos entre los pensamientos y las fantasías, la fantasía y la realidad, creyendo que las fantasías arcaicas y primitivas del psicótico sufren represión, pero el retorno se produce en el colapso y necesitan ser analizadas y vinculadas a los delirios<sup>19</sup>.

En cuanto al proceso de transferencia, se encontró que la diferencia estaba en el manejo: “[...] demostró ser la única forma de atacar las raíces de una enfermedad mental, es decir, no reforzar los mecanismos de defensa del paciente, sino llevarlo a la transferencia y analizarlo”<sup>19</sup>.

Este caso de esquizofrenia, en el que el paciente obtuvo mejoras significativas a través de la interpretación de las defensas, de los contenidos positivos o negativos, son indicadores de la posibilidad de trabajar la transferencia en la psicosis<sup>19</sup>.

En los años 50, Herbert Rosenfeld se dedicó al estudio de las psicosis, aprovechando las ideas de Klein sobre la investigación de situaciones infantiles muy primitivas en la transferencia analítica, quien comparó el tratamiento de los pacientes psicóticos con el de un niño, que depende de los cuidados de alguien para llegar al tratamiento; no se acosta en el diván y suele presentar dificultades para expresarse con palabras<sup>20</sup>. Esto lleva al analista a tener que comunicarse a través de la acción y el gesto, se sugirió interpretar psicoanalíticamente, mediante palabras, los escasos gestos y actitudes del paciente, para comprender las terribles angustias y las manifestaciones de las defensas omnipotentes de los pacientes psicóticos<sup>20</sup>.

En las manifestaciones transferenciales de un paciente esquizofrénico, el gran problema del analista es reconocer e interpretar las manifestaciones de la transferencia en posibles polos -negativos o positivos-. Si el paciente no puede establecer contacto con las interpretaciones, el error no está en el paciente, sino en la comprensión de lo que estaba ocurriendo en la situación transferencial. El analista debe interpretar la transferencia, a la que se vinculan las manifestaciones psicóticas, desarrollando lo que Rosenfeld<sup>20</sup> ha llamado “*psicosis de transferencia*”, similar a la neurosis de transferencia del neurótico.

La psicosis de transferencia se presenta en la situación analítica con pacientes psicóticos o en las manifestaciones psicóticas de pacientes neuróticos muy retrocedidos. Es un proceso que agrega las identificaciones proyectivas que se dirigen al analista. El paciente lanza al analista su parte destructiva y amenazante, en un intento de expulsarla de su interior; es una forma de mostrar al analista las emociones y la angustia que no puede poner en palabras<sup>20</sup>.

En la misma década, Bion<sup>21</sup>, también seguidor de las perspectivas kleinianas, propuso una teoría integral de la esquizofrenia, basada en el lenguaje del esquizofrénico. Destaca que el psicótico vive en un mundo fragmentado, sin diferenciación del yo y de los objetos, lo que provoca sentimientos de terror, por sentirse amenazado por objetos extraños. Esta forma de construcción psíquica impide el proceso de simbolización, dificultando la articulación e integración del lenguaje. El psicótico no puede hacer síntesis, las palabras adquieren una dimensión de concreción. La comunicación se produce a través del *acting*, una comunicación primitiva que, debido a la ausencia de símbolos, produce efectos masivos en el otro, en el caso de la transferencia al analista.

En la práctica analítica se llama la atención sobre el proceso de contratransferencia, las reacciones terapéuticas negativas que puede tener el analista ante los contenidos caóticos del psicótico; son fuertes los ataques destructivos que el paciente dirige al analista, como efecto de las identificaciones proyectivas excesivas<sup>21</sup>.

En la psicosis, como en toda estructura, hay partes psicóticas y no psicóticas<sup>21</sup>, esto hace que el establecimiento de la transferencia sea posible en cualquier estructura, lo que va a diferenciar es el manejo técnico.

En Zimerman<sup>22</sup>, “[...] todo paciente psicótico tiene una parte de naturaleza neurótica, todos y cada uno de los pacientes neuróticos tienen una “parte psicótica subyacente y oculta”. Y, además, aporta que, en el psicótico, no sólo se utilizan las identificaciones proyectivas como forma de descarga de sentimientos e ideas intolerables. La forma del lenguaje no verbal desencadena en el analista los efectos de lo que no puede decir verbalmente, promoviendo la transferencia psicótica<sup>22</sup>. La relación analista-paciente puede instalarse de manera primitiva, siendo frágil e inestable<sup>22</sup>.

El analista está constantemente sometido a la idealización y a la degradación, oscilando entre salvador y destructor, siendo acusado por el paciente de todos sus sufrimientos e indiferencia<sup>22</sup>.

Es un proceso difícil, que requiere un esfuerzo por parte del analista para poder soportar los interminables ataques del paciente y, por ello, el establecimiento de un vínculo sedimentado es sumamente importante para sostener la transferencia.

Soler<sup>23</sup> afirma que “el analista está llamado a suplir con sus predicados el vacío súbitamente percibido por la forclusión” (nuestra traducción), es él quien guía el goce del paciente en la psicosis, haciendo uso de un decir por el cual el analista se convierte en el guardián del límite del goce, sin el cual el horror puede ser absoluto.

El analista opera entre la posición de testigo y la orientación del goce, a diferencia de la propuesta lacaniana en la que el analista calla<sup>23</sup>. El paciente psicótico exige que el analista sea su oráculo y legisle por él, el analista se convierte en la voz del psicótico. Toma su discurso como una verdad, y la maniobra de transferencia puede impedir la aparición de brotes.

En la clínica de la psicosis, el goce no se interpreta, ya que sólo puede ser del orden de lo reprimido; en el caso del psicótico, sólo se puede elaborar sus delirios<sup>23</sup>. De este modo, la maniobra de transferencia en la psicosis enseña que es necesario operar un vaciamiento, evitando ofrecer a los psicóticos elementos que los lleven a situar al analista en el lugar del *Otro* absoluto, en el que se convierte en puro objeto.

El psicótico, debido a la falta estructural de mecanismos para realizar la simbolización de la separación, está ligado a la presencia concreta del objeto. Es como si, en la ausencia física del objeto, hubiera dificultad para seguir conociendo su existencia. El psicótico llevará esta característica a su “relación” con las personas, incluido el analista. Por lo tanto, la presencia física del analista y el establecimiento de una relación de “transferencia activa”<sup>4</sup> son puntos significativos que corroboran la clínica de la psicosis.

La necesidad de la presencia del *Otro* implica la ampliación del *setting*, es decir, el analista necesita poner a disposición un recurso de contacto para los momentos de angustia del paciente, que suele ser proporcionado por el contacto telefónico fuera de la sesión. Necesita saber que puede utilizarlo, que hay alguien que le escucha.

La transferencia en la psicosis es directa y, en los casos de crisis graves, puede ser extremadamente destructiva, ya que el paciente ofrece al analista todos sus fragmentos, para que éste los utilice y haga su goce, su plenitud. Así es como el paciente sitúa al analista en la transferencia.

El trabajo con pacientes con una estructura psicótica, llamado “*Grupo Vida*”, dio origen a la investigación psicoanalítica sobre una dirección de tratamiento manejada por la transferencia activa<sup>4</sup>.

El manejo de la transferencia en la clínica de las psicosis está directamente relacionado con el conocimiento sobre la conducción del tratamiento, que no es un conocimiento sobre el paciente. Es fundamental que el analista sepa ubicar cuál es la posición del sujeto ante la ausencia, para medir el peso de su intervención. La intervención a través de la palabra del paciente psicótico es fundamental, en el sentido de ayudar a recuperar una cierta distancia entre el sujeto y el paso al acto, garantizando la presencia de lo simbólico a través de la verbalización<sup>4</sup>.

La palabra puede permitir al psicótico articular lo real, lo imaginario y lo simbólico; el uso de la palabra tiene una función organizadora. El analista debe apoyar que el paciente hable. Al soportar el discurso del psicótico, se acoge al inconsciente que está al descubierto, haciendo posible la transferencia. Tomando como ejemplo el discurso de *Pardal*, miembro del *Grupo Vida*<sup>4</sup>:

*...necesito hablar para no hacerlo* “[cometer un crimen, matar a la familia del violador o a cualquiera, como aparece en sus fantasías], discurso grabado en la sesión del 5 de enero de 2011. Consiguió ir un paso más allá al llevar su impulso destructivo en forma de pesadilla: “Esta noche he tenido una pesadilla. Estaba en un autobús violando y haciendo maldades. No puedo recordar nada más, se ha borrado”. Luego comentó: “Todavía viene el pensamiento de la venganza”.

Para que la transferencia exista, es importante pensar que hay que apostar por la emergencia de un sujeto y que a partir de ahí se inscriba una transferencia, para que en un segundo momento haya alguna subjetivación. Significa que, si es en el campo del *Otro* donde se constituye el sujeto, cuando el psicótico habla con el analista, existe la posibilidad de que el testimonio del analista le permita al sujeto alguna subjetivación sobre su vivir, sobre el sentido que el paciente puede encontrar en sus producciones<sup>4</sup>.

La presencia y el discurso del analista pueden garantizar al psicótico su lugar como sujeto en la relación transferencial. Es necesario que los psicoanalistas tengan el coraje de seguir desbrozando y surcando el terreno árido y astuto de la psicosis.

### ***Transferencia activa –el actingdel Amor***

La idea de la transferencia activa es apoyada por los enfoques clásicos y contemporáneos, que admiten la existencia de la transferencia en la relación analítica con pacientes psicóticos; es una transferencia diferente de la neurótica.

La estructura psicótica es escindida, no hace una cadena asociativa, no posee mecanismos de defensa, lo que provoca un estrangulamiento del Yo. El Yo es literalmente tomado por los fenómenos del inconsciente, llevando al sujeto al vacío de la psicosis. Para poder soportar este vacío, el psicótico recurre a producciones delirantes y alucinatorias para construir un mundo imaginario y no ser tragado por el vacío.

Del legado de Freud, la práctica del psicoanálisis se hereda a través del método de asociación libre, la técnica interpretativa del inconsciente, la resistencia y la transferencia. Lacan demostró que el sujeto se constituye en la estructura del lenguaje a través del algoritmo *S/s*, para decir que el significante induce los efectos del significado. Afirma que “*el síntoma es una metáfora*”. La metáfora es la función del significante, que sustituye a otro significante reprimido, generando un efecto de significación, siempre inédito<sup>24</sup>.

*Entonces, ¿qué pasa con el psicótico que tiene un lenguaje pero se queda fuera del discurso? ¿Si el síntoma es una metáfora y el psicótico no tiene un sistema simbólico? ¿Qué pasa con la relación transferencial entre el paciente y el analista?* Esto significa que, cuando se dice que todos los caminos conducen a Roma, para el psicótico todos los caminos conducen a otro lugar, es la dispersión completa.

Para el psicótico, todos los caminos le conducen a la inexistencia de la falta primordial, éste es el indicador de la existencia del amor. Así, el psicótico se ve constantemente azotado por situaciones extrañas sentidas como reales, vive una pesadilla eterna, que lo deja suspendido en el abismo de la psicosis.

La psicosis es un vacío, un contexto que no ve el borde ni el fondo, el sujeto está siempre en caída libre. Es en este lugar donde entra el analista, con la transferencia activa que puede construir un puente que lo lleva a algún lugar; a veces lo lanza al fondo, a veces lo lleva al borde<sup>4</sup>.

La relación que se establece con el analista también tiene lugar de forma extraña, el paciente busca desesperadamente una forma de vivir. El psicótico no busca un saber sobre sí mismo como el neurótico, sino una manera de poder vivir, y la relación con el analista se da en este campo, de vivir y no de saber.

Es el analista quien va a promover una especie de relación transferencial, que va a sostener la existencia del sujeto y, así, se pueden crear paradigmas concretos en el inconsciente

insípido. Sería una restauración, pero persiste, en tesis, la cuestión de saber cómo es posible situar al psicótico en una conexión de sujeto. Es exactamente en este punto donde se propone la instauración de la transferencia activa, una operación inversa a la neurosis, que sería la rectificación del *Otro*<sup>24</sup>, de lo subjetivo, iniciada por la transferencia con el analista.

En la psicosis, la composición del sujeto con su síntoma tiene lugar entre el vivir y la falta del objeto; en este sentido, la transferencia viene a ocupar otro lugar en la clínica, la relación posible con el analista tiene lugar en el campo del vivir y no del saber.

La transferencia activa permite establecer una conexión de objeto significativa, es decir, el analista provoca la transferencia, presentando un objeto rodeado de afecto, para que el sujeto psicótico establezca una relación. El paciente experimenta el síntoma a través de la relación de transferencia activa promovida por el analista, para tener primero un objeto significativo y luego introyectarlo como un objeto bueno<sup>4</sup>.

Uno se pregunta: *¿Desde qué lugar habla el analista, desde qué posición?* Según Albino<sup>4</sup>:

*“No es desde la posición de la maternidad, no se interpone como la madre perdida, sino como sucesor del Nombre-del-Padre, como un Otro que habla, pero desde una posición de interdicto, como de un Otro que significa para el sujeto su lugar en el mundo”<sup>4</sup>.*

*¿Qué uso hace el analista del discurso?* Es lo que hace que la norma funcione, por ejemplo: *“si no te tomas la medicación no te veo; tienes que seguir el tratamiento con tu psiquiatra; no puedes dejar de venir al grupo, tienes que escuchar a tu compañero hablar”*. Se promueve un pacto a través del discurso, un pacto que simboliza sus ausencias, presencias, límites a sus acciones y comportamientos, como por ejemplo: *“te esperaré en tu horario”, “puedes llamarme si estás en crisis”*.

El analista no fundamenta su intervención con actitudes maternas, colocarse como puro deseo es un empuje de amor. Atrae hacia sí las partes fragmentadas del inconsciente psicótico, enfocándolas con afecto de amor y significación. Es la pura representación del amor la que reconduce los fragmentos al psiquismo del psicótico, ahora, con una representación de orden, con una mirada, con una palabra o simplemente con una letra. Esta fuerza atrae poco a poco a otros objetos a su alrededor, dándoles otros significados aceptables y soportables.

El deseo puro es una potencia marcada por el agujero de la pulsión amorosa, que indica una dirección, que puede inscribir una letra, un signo. No es un deseo experimentado, sino un campo singular, un punto dentro de la estructura de la relación analítica. Es un campo de atracción, donde el psicótico puede encriptar y ser encriptado y la comunicación se realizará a través de las partes divididas de la estructura.

En la situación del analista, su inconsciente, que ha sufrido la inscripción del deseo del *Otro*, deseo de pura *“cosa”*, atrae al inconsciente no cifrado del psicótico. Hace una sutura, una unión, formando un conjunto cerrado.

En este conjunto, el paciente puede ser llevado al borde, sale del tiempo de suspensión, puede sentir la potencia pulsional, sin ser destruido por ella. El analista devuelve al paciente la potencia asociada a un objeto, a una letra, elementos esenciales en la articulación y significación de la palabra y de los objetos<sup>4</sup>.

A menudo puede parecer extraño, porque es algo nuevo, pero no destrozado. El analista entra con el paciente en el juego de los fragmentos, cuyas piezas están sueltas, aisladas, mezcladas y dispares y, juntos, trabajarán para formar un mosaico. Las fisuras permanecen, pero con una imagen, con una historia que le permite salir del tiempo de suspensión. La forma de relación que se establece en este ámbito es lo que se denomina transferencia activa. Según Albino<sup>4</sup>:

*...la transferencia activa es una voz que se incluye a sí misma, que habla, hace un hueco, deja una marca y tiene un nombre (psicoanalista, psiquiatra, medicina, grupo, familia, contacto, teléfono, escucha, comprensión, apoyo, límite, no, sí, y otros) que el paciente convoca. Es una convocatoria que ocurre, no por casualidad, sino por algo que puede llamarse amor. Es un amor que se construye, se conquista y que permanece impávido. Es*

*capaz de escuchar, de posicionarse, de interceptar o validar, sin invadir. Crea una frontera, sostiene el paso por el agujero y se encuentra al otro lado, afirmando que es posible entrar y salir del vacío de la psicosis. Deja una marca que no tiene nombre, una marca mnémica que indica la presencia, la existencia de un amor llamado "analista". Es esta marca la que permite construir un puente entre lo interno y lo externo, entre el presente y el pasado, ayudando a conectar los dos mundos; así el psicótico puede salir de la oscuridad de la inexistencia. Puede manifestarse, aprender a organizarse, juntar las piezas de sí mismo y empezar a vivir<sup>4</sup>.*

La transferencia activa abre el camino a una interpretación también activa, que se da por medio de la palabra incuestionable del analista, es pura vivencia, no es supuesto saber, como en la interpretación con el neurótico. Es una palabra que no deja lugar a dudas ni a salidas, salvo la que da el analista. Es, por esta razón, llamada activa, es un *acting* de amor, una acción simbólica, dirigida exclusivamente hacia el inconsciente del paciente psicótico.

La acción interpretativa permite al paciente visualizar y aceptar su universo imaginario y, así, poder comprenderlo y diferenciarlo del mundo real, lo que le hace permanecer la mayor parte del tiempo en la realidad, lejos de delirios, alucinaciones e ingresos institucionales

La intervención activa del analista coloca al paciente en el lugar de responder a uno de los Nombres-del-Padre, el "*analista*". Es el "*uno*" quien lo desea, le da un límite, le hace un esquema, aunque sea exiguo, pero es un lugar. Así, puede anclarse y dejar de flotar en el inconsciente infinito. Viene a existir y a tener alguien a quien responder, desde el hueco dejado por el puro deseo del analista.

La palabra activa del analista permite al paciente psicótico tener una verdad para sostener su existencia, el *acting* del amor le permite creer en una verdad: que el analista es capaz de ayudarlo a vivir. Este imaginario se convierte en un polo atractor y organizador de las pulsiones fragmentadas del psicótico.

La imagen del analista será introyectada como la única figura capaz de hacerle vivir. Es una condición muy difícil, ya que el analista necesita soportar el vacío de la psicosis y, sobre todo, creer en la posibilidad de ayudar al psicótico a vivir mejor. Este lugar, ocupado por el analista que está dispuesto a trabajar con la estructura psicótica, sólo puede ser de puro deseo, por lo que el vacío ocupa todo el *setting* y la mente del analista. Es puro desprendimiento de sí mismo, sólo así se puede transitar por el mundo de la psicosis sin psicotizarlo, y traer desde el núcleo del inconsciente al sujeto que lucha por vivir.

Estas reflexiones no quieren afirmar que el psicótico constituya un yo neurótico, sino que, mediante la transferencia activa, puede reunir los innumerables fragmentos, anudándolos, formando una malla, como la red de un pescador. El pez está atrapado, no atado, no se escapa porque sólo avanza, siguiendo el flujo de la corriente, así es como el pescador lo atrapa<sup>4</sup>.

En el caso de la psicosis, el inconsciente está, como dice Soler<sup>23</sup>, "*a la intemperie*", lo que deja al sujeto en un eterno vacío. Volviendo a la metáfora de la red del pescador, le da un contorno, le hace percibir una dimensión de la realidad. Entre los nudos, hay un espacio en el que el sujeto está "*atrapado*", en un lugar, en un espacio que le da un límite, resguardándolo del vacío. Está atrapado por el hueco que deja el puro deseo del analista.

Desde este campo, el psicótico puede empezar a vislumbrar un mundo subjetivo, donde la transferencia activa, que es una acción simbólica, le permite hacer un límite diferenciador entre lo imaginario y lo real. Así, puede percibirse a sí mismo como un sujeto, como un cuerpo marcado por el afecto amoroso, como un nombre. Puede tener una respuesta para sí mismo, una respuesta para vivir.

La transferencia activa es un acto analítico fundamental en la dirección del tratamiento de las psicosis. Es un manejo que se aplica tanto en el análisis personal como en el análisis grupal de pacientes con una estructura psicótica.

## CONCLUSIÓN

La transferencia activa sostiene el proceso analítico grupal e individual, de modo que el analista establece una fuerte conexión con el paciente psicótico, que busca desesperadamente una forma de poder vivir mejor.

Este tipo de transferencia pone al analista cara a cara con el inconsciente abierto, no tiene barras, ni límites, ni bordes.

El analista, mediante una interpretación activa, pone la ley en funcionamiento. Es el empuje del amor, ejercido por la transferencia activa, el que mantendrá mínimamente al sujeto psicótico en la realidad temporal, cronológica y, principalmente, mantendrá unidas las partes fragmentadas del psiquismo y del propio cuerpo fragmentado. El analista entra como un contorno, dando borde, límites, estableciendo un vínculo que lo sostiene, en el sentido de crear un simbólico rudimentario.

En este artículo, hay la limitación de la posible visión de otros tipos de abordajes, en producciones académicas del tipo revisiones integrativas o sistemáticas sobre el tema y, aún, no tuvo la pretensión de agotar el tema, ni de afirmar que la transferencia activa “curará” la psicosis, y que podrá mantener integrado el psiquismo fragmentado del psicótico. Por lo tanto, se sugieren estudios académicos en otras modalidades de revisión para una mejor comprensión de la perspectiva clínica para los pacientes con estructura psicótica.

A su vez, la dirección del tratamiento sustentada en la transferencia activa, integrada con otras áreas del conocimiento, como la psiquiatría, las técnicas creativas y proyectivas de la psicología, y la escucha psicoanalítica individual y grupal, puede ayudar a mejorar significativamente la calidad de vida de estas personas acosadas por el intenso sufrimiento que provoca la psicosis.

## REFERENCIAS

1. Freud S. A dinâmica da transferência (1912). In: Freud S. O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911/1913). Rio de Janeiro: Imago; 1996.p. 60-73. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud; 12).
2. Moreira FB. A transferência na relação analítica: um retorno a Freud e Ferenczi. Semina, CiêncSoc Hum. [Internet]. 2018 [citado en 09 mar 2021];39(1):85-94.Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/sem/v39n1/a08.pdf>
3. Ferreira DD, Carrijo C. O manejo transferencial em Freud: uma análise da relação entre transferência e sugestão. Ágora[Internet]. 2016 [citado en 09 mar 2021];19(3):393-424.Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/agora/v19n3/1809-4414-agora-19-03-00393.pdf>
4. Albino A. Encontros e desencontros na clínica da psicose: uma reflexão psicanalítica. São Paulo: Instituto Langage; 2015.128p.
5. Silva CM, Macedo MMK. O método psicanalítico de pesquisa e a potencialidade dos fatos clínicos. PsicolCiênc Prof.[Internet]. 2016 [citado en 09 mar 2021];36(3):520-33.Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n3/1982-3703-pcp-36-3-0520.pdf>
6. Roudinesco E, Plon M. Dicionário de psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. 878p.
7. Freud S. Estudos sobre a histeria (1893-1895). Barreto L, tradutora. São Paulo: Companhia das Letras; 2010. 220p. (Obras completas; 2).
8. Freud S. A psicologia dos processos oníricos. In: Freud S. A interpretação dos sonhos (II) e sobre os sonhos (1900-1901). Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 115-86.(Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud; 5).
9. Freud S. Fragmento da análise de um caso de histeria (1905[1901]). In: Freud S. Um caso de histeria, três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos (1901-1905). Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 3-150. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud; 7).
10. Freud S. Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II) (1914). In: Freud S. O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911/1913).

Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 163-71. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud; 12).

11. Freud S. Observações sobre o amor transferencial (Novas Recomendações sobre a técnica da psicanálise III) (1915 [1914]). In: Freud S. O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911/1913). Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 177-88. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud; 12).

12. Klein M. As origens da transferência. In: Klein M. Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago; 1991. p. 70-9. (Obras completas de Melanie Klein; 3).

13. Klein M. A técnica da análise infantil. In: Klein M. Psicanálise da criança. 2a ed. São Paulo: Mestre Jou; 1975. p. 25-170.

14. Lacan J. A transferência no presente. In: Lacan J. O seminário, livro 8: a transferência 1960-1961. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2010. p. 169-81.

15. Lacan J. Presença do analista. In: Lacan J. O seminário, livro 11: os quatros conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1988. p. 119-29.

16. Freud S. A perda da realidade na neurose e na psicose (1924). In: Freud S. Um caso de histeria, três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos (1901-1905). Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 107-10. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud; 19).

17. Lacan J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. p. 537-90.

18. Freud S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides) (1911). In: Freud S. O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911/1913). Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 3-51. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud; 12).

19. Segal H. A obra de Hanna Segal: uma abordagem kleiniana à prática clínica. Rio de Janeiro: Imago; 1983. 313p.

20. Rosenfeld HA. Os estados psicóticos. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1968. 293p.

21. Bion WR. As transformações: a mudança do aprender para o crescer. Corrêa PD, tradutor. Rio de Janeiro: Imago; 1991. 194p.

22. Zimerman D. Manual da técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artmed; 2004. 472p.

23. Soler C. Estudios sobre las psicosis. Buenos Aires: Manantial; 2008. 170p.

24. Lacan J. O seminário, livro 3: as psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985. 366p.

**Editora Associada:** Fernanda Carolina Camargo

#### CONTRIBUCIONES

**Araceli Albino** fue responsable del diseño del estudio, análisis de los datos, redacción y revisión.

#### Como citar este artículo (Vancouver)

Albino A. Transferencia activa: una gestión clínica en el tratamiento de las psicosis. REFACS [Internet]. 2021 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 9(2):450-62. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*

#### Como citar este artículo (ABNT)

ALBINO, A. Transferencia activa: una gestión clínica en el tratamiento de las psicosis. REFACS, Uberaba, MG, v. 9, n. 2, p. 450-62, 2021. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*.

#### Como citar este artículo (APA)

Albino, A. (2021). Transferencia activa: una gestión clínica en el tratamiento de las psicosis. REFACS, 9(2), 450-62. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

