

## ENTREVISTA COM DAVID ROSENFELD<sup>1</sup>

ENTREVISTA FEITA POR TEMAS DE PSICOANÁLISIS (TDP), DA SOCIEDADE PSICANALÍTICA DE BARCELONA

David Rosenfeld, psiquiatra y psicoanalista, se formó en Buenos Aires, Argentina y con posterioridad ha vivido y trabajado en París, Londres y Estados Unidos de América. Es profesor consultor en la Facultad de Medicina, Departamento de Salud Mental y Psiquiatría, de la Universidad de Buenos Aires. Es psicoanalista didacta de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Fue vice-presidente de la IPA (Asociación Psicoanalítica Internacional) y por sus trabajos científicos ha recibido numerosos premios internacionales.

A lo largo de su carrera profesional el Dr. Rosenfeld se ha interesado por la investigación teórico clínica y el tratamiento psicoanalítico de los trastornos psicóticos y otros trastornos mentales severos. En 1992 publicó *The Psychothic Aspects of the Personality*, que en 2015 fue traducido al castellano en una edición revisada y ampliada, con el título de *Lo psicótico. Aspectos de la personalidad*.

Agradecemos su atenta y generosa disponibilidad al responder a nuestra entrevista para hablarnos de su pensamiento y su trabajo.

*TEMAS DE PSICOANÁLISIS (TDP) - Dr. Rosenfeld, conocemos su dilatado currículum profesional; pero nos gustaría saber algo de la persona que acompaña al profesional. ¿Podría darnos algunos detalles biográficos?*

David Rosenfeld - Nací en Buenos Aires, en un barrio con mayoría de inmigrantes donde se hablaba mucho el italiano de Génova y el italiano del sur de Italia y también un alemán muy antiguo que conservaban mis abuelos.

---

<sup>1</sup> Agradecimento a Alicia Beatriz Dorado de Lisondo - analista didata e docente do Grupo de Estudos Psicanalíticos de Campinas e da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo - por sugerir e encaminhar essa entrevista para publicação na Reverie - revista de psicanálise.

Luego estudié varios años de la escuela primaria en la alta Cordillera de los Andes, en un pequeño pueblito donde aprendí muchas cosas de los indios Mapuches, de la palabra que cura y de la magia. También vi con mis propios ojos como una cabra criaba a un bebé. La madre mapuche no estaba en todo el día y cuando la bebida lloraba, venía la cabra desde afuera, entraba por la puerta y ponía la teta en la boca de la beba. Cuando la bebida estaba satisfecha la cabra se alejaba a comer cerca de la choza construida con piedras. Imaginen lo que despierta esto en la mente de un niño que venía de la ciudad como yo. También aprendí el interés por la historia y la arqueología, juntando en cuevas flechas prehistóricas, huesos de dinosaurios, ostras prehistóricas petrificadas. Supongo que debe haber influido en estudiar la arqueología de la mente.

Fui el primer varón que nació de una familia de inmigrantes que huía del hambre y de la persecución en Polonia. La familia de mi padre es de Holanda y fueron a vender cacao a Polonia. Mis padres y abuelos fueron artífices en saber cómo seguir adelante pese a los contratiempos de la vida. Los rusos invadiendo Polonia enviaron a mi abuelo a Siberia y a pesar de todo siempre estaba sonriente; mi padre, a los 16 años, viajó solo hacia la Argentina. Nací en medio de una familia que estaba junto a mí, los padres, los abuelos y dos tíos, muy afectuosos y siempre a mi alrededor, viviendo en una casa extremadamente humilde. El desgarró que significó una mudanza a otra casa y separarme de abuelos y tíos puede ser el origen de mi comprensión de lo que sufren los niños pequeños frente a pequeñas separaciones.

*TdP - Usted se formó en Buenos Aires y empezó su trabajo allí. Después se trasladó a París y posteriormente a Estados Unidos. ¿Nos podría decir qué fue lo que motivó estos cambios de residencia?*

David Rosenfeld - Me formé en Buenos Aires en psiquiatría, como residente en el Hospital Psiquiátrico. Allí aprendí que todo lo que se hacía jamás debería hacerse. Descubrí el horror de no hablar a los pacientes y los tratamientos terroríficos como el Cardiasol y el Electroshock.

Pero sí aprendí a no temer los cuadros graves de la psiquiatría. Mi estudio se

compensó con clases de psiquiatría dinámica y psicología que dirigió el maestro Pichon Rivière, que nos hizo incluir a la familia en los tratamientos. Al mismo tiempo, yo mismo comencé a hacer mi tratamiento psicoanalítico con mi sueldo de la residencia médica psiquiátrica.

Conseguir una beca para estudiar en París fue algo que cambió mi vida. Tuve la suerte de encontrar a los grandes maestros del psicoanálisis francés que me recibieron con los brazos abiertos. Daniel Lagache, Lebovicic, Diatkin, Laplanche, Pontalis, y tuve además la oportunidad de continuar mis estudios de filosofía que había comenzado en Buenos Aires. Y además, era casi un sueño concurrir a las clases de Jean Paul Sartre donde estaba Simone de Beauvoir y luego ir a otra clase de Levi-Strauss, peleándose con las teorías de Sartre. Creo que fue una época de oro de París. Además, París tiene una historia muy especial para mí, porque mi querida abuela siempre me hablaba de la hermana que vivía allí.

Luego hice los seminarios psicoanalíticos en Buenos Aires, pero comencé a viajar todos los años a Londres dónde afortunadamente pude supervisar y estar en algunos seminarios con los grandes genios de la práctica clínica y de la práctica y teoría con pacientes graves y/o con episodios psicóticos. Tuve la suerte que todo el grupo que estaba ligado a Melanie Klein nos recibieron a mí y a mi esposa con los brazos abiertos. Por más de 15 años fuimos durante más de un mes a supervisar a Londres.

En Londres, estando con la creadora del método de observación del bebé y madre, fue otro curso que cambió mucho mi vida y pensamiento psicoanalítico. Luego fui a estudiar a Estados Unidos, donde viví un tiempo en Nueva York y aprendí que son grandes clínicos, pero que expresan los materiales clínicos en lenguajes e idiomas teóricos distintos. Pude estar con los admirados Otto Kernberg, Harold Searles y Bryce Boyer, maestros de la clínica y teoría de las psicosis esquizofrénicas y los trastornos *borderline*. También tuve el placer de dialogar semanalmente con Margaret Malher. Todos ellos me enseñaron a pensar que todo episodio psicótico puede ser algo transitorio.

*TdP - ¿Cómo cree que le ha influido en su experiencia y en su pensamiento*

*psicoanalítico el haber desarrollado su actividad profesional en diferentes países?*

David Rosenfeld - Descubrí que tanto en Buenos Aires como en París, Londres y Estados Unidos hay excelentes clínicos psicoanalíticos, pero definen el mismo hecho clínico con palabras distintas o un lenguaje teórico distinto. Siendo aun muy joven descubrí que peleaban en los congresos por las palabras, pero que explicaban el mismo tema. Eso me ayudó a no ser un fanático y a descubrir que definen hechos clínicos con palabras a veces incomprensibles.

*TdP - Usted tiene una larga trayectoria clínica y profesional. De la lectura de sus publicaciones se deduce una influencia de la teoría kleiniana de las relaciones de objeto, pero también la elaboración de teorías propias, partiendo de la experiencia clínica. ¿Podría darnos su opinión respecto a la integración entre teoría y experiencia clínica?*

David Rosenfeld - Trato de utilizar lo mejor de cada teoría, porque no hay ninguna teoría que explique a todos los pacientes. Aprendí a no ser un fanático y a estar con un paciente y no con un libro. El que está tratando a un paciente e interpreta con un libro, no creo que sea un analista que esté en contacto emocional con su paciente. Pero contestando a la pregunta, la mezcla de países, teorías y maestros fue una gran coctelera en mi cabeza que tardé muchos años en ordenar muy lentamente.

Lo que yo agregué en forma personal es mi curiosidad, sentido común, y eso no se aprende con los libros ni en los seminarios psicoanalíticos. Curiosidad y sentido común vienen de mi infancia y de mi familia, así como la capacidad de contener a un paciente grave creo que tiene mucho que ver con cómo me cuidaron y contuvieron en mi primera infancia.

Traté de escribir modelos para explicar los pacientes que iba tratando, el modelo epistemológico se crea o se inventa para tratar de explicar a un tipo de paciente. Si sirve para ese paciente y muchos otros, lo podré transformar en una teoría a nivel epistemológico. Siempre parto de la experiencia clínica para crear un modelo y una teoría. El modelo se inventa y se crea por mí mismo.

*TdP - Los desarrollos en la investigación psicoanalítica constatan que determinados grupos de pacientes esquizofrénicos y de otras patologías con transferencias y mecanismos psicóticos (TLP, trastornos narcisistas, perversiones, adicciones, trastornos de los impulsos y antisociales) pueden beneficiarse de una psicoterapia psicoanalítica. También hay evidencia acumulada en las últimas décadas de que la asociación de intervenciones psicosociales con los tratamientos biológicos es crucial para mejorar el pronóstico y evolución de la esquizofrenia. En su opinión ¿qué lugar cree que ocupa la psicoterapia psicoanalítica en el tratamiento de los trastornos psicóticos?*

David Rosenfeld - Todo episodio psicótico en principio pienso que es transitorio. Trato de no rigidificar a un paciente y el diagnóstico no llamándolo esquizofrénico crónico desde la primera entrevista. Pienso que son episodios psicóticos en la pubertad, la adolescencia, la juventud, y en todos mis libros se pueden encontrar, de forma abundante y detallada, sesiones de pacientes que se curaron de episodios psicóticos en la juventud. Todo paciente merece iniciar una psicoterapia psicoanalítica acompañada al mismo tiempo de una medicación que ayuda al paciente a escuchar al médico. El pensar de esta manera los episodios psicóticos en mi cátedra de psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires generó violentas reacciones contra mi forma de enseñar, de psiquiatras anclados en la Edad Media, cuando les expliqué que enseñar la evolución infantil de 0 a 5 años era prevención de la psicosis.

*TdP - Y en su opinión ¿cuáles serían los criterios psicopatológicos y de otro tipo - momento del proceso del trastorno, factores psicosociales y familiares, etc. - para deducir la analizabilidad de un paciente con un trastorno psicótico?*

David Rosenfeld - Primero hay que pensar que todo paciente es analizable y curable, y no ser un loro que repite libros, escritos por gente que nunca tuvo experiencia real como psicoterapeuta psicoanalista con pacientes en episodios psicóticos. Todo paciente, hay que pensar que puede cambiar a lo largo de un tratamiento, no hay nada rígido, todo es inestable y cambiante.

Todo episodio psicótico puede ser transitorio y es necesario combinar la

psicoterapia individual con la psicoterapia familiar, así como la institución psicosocial cuando es necesaria una internación. Es la forma en que yo escribo y describo los tratamientos en todos mis libros dedicados al tratamiento de pacientes psicóticos, drogadicción y psicosis infantil. Siempre me guió la actitud de mis maestros dando a entender que es posible la transferencia en pacientes psicóticos, que es posible trabajar, mejorar y curar a un niño autista, cosa que logré demostrar en mi libro *The Creation of the Self and Language*. En el film DVD incluido en este libro, se muestra a un niño desahuciado por seis hospitales, a quien puedo recrearle la estructura del lenguaje, de su mente y se demuestra que ahora es un niño normal cursando la escuela primaria. Si no hubiera filmado sesión por sesión, el público nunca hubiera creído que el autismo infantil se cura. Siempre recuerdo la frase de Freud cuando dice que aún en un estado de alucinación crónica, que es como se llamaba antes a la esquizofrenia, dice: *in some corner of the mind there is a healthy person hidden (en algún rincón de la mente hay una persona sana escondida)*.

*TdP - ¿Que puede decirnos acerca del encuadre necesario para posibilitar el tratamiento psicoanalítico?*

David Rosenfeld - El encuadre no existe, el encuadre se va creando a lo largo de los años, lo que se hace al principio del tratamiento con un paciente es un contrato. Y un contrato no tiene nada que ver con la vivencia emocional dentro de la mente de un paciente de sentir que tiene un día y una hora fija para estar con su terapeuta. Lleva muchos meses hasta que el paciente sienta en su mundo interno que tiene ese día y esa hora para él. En cuanto al encuadre que yo utilizo, cincuenta minutos mantenido a la misma hora y el mismo día, aún con pacientes internados, como por ejemplo en el caso del paciente drogadicto, capítulo escrito en el libro *The Soul, the mind and the psychoanalyst*, publicado por Karnac Books. No es habitual que un paciente muy grave acepte estar en el diván.

El encuadre es una creación dialéctica entre el paciente y el terapeuta. Como el filósofo Jean Paul Sartre nos enseñó con la palabra *libertad*. La libertad es una palabra que se va creando dialécticamente a lo largo del tiempo.

*TdP - ¿Nos podría hablar, para nuestros lectores, de su aportación al concepto de transferencia psicótica?*

David Rosenfeld - Llamamos transferencia psicótica a las experiencias transferenciales intensas, primitivas, que ocurren con pacientes durante las sesiones. Siempre es una intensa regresión y sobretodo “el convencimiento absoluto de la concepción psicótica de la relación intensa o agresiva con el psicoanalista”. Por eso, algunos también lo llaman transferencia delirante. El concepto *transferencia psicótica* es un modelo que usamos para descubrir una relación con el analista de experiencias muy intensas, primitivas e indiferenciadas, constituidas sobre objetos parciales. Mis maestros y supervisores en Londres me enseñaron que en todo análisis ocurre en algún momento, un momento de transferencia delirante o transferencia psicótica. También me baso en Freud cuando dice que aún en los casos más graves que atienden los psiquiatras, la transferencia no queda excluida, a veces, tan por completo, que no pueda utilizarse durante algún tiempo. En las depresiones psíquicas, en las modificaciones paranoicas leves y en la esquizofrenia hemos conseguido resultados ineludibles mediante el análisis. Es importante volver a estudiar y releer uno de los últimos trabajos de Freud: *Análisis terminable e interminable*, para poder responder a vuestra pregunta. Se puede leer en monografías de la Asociación Psicoanalítica Internacional. *Monografía Número 1: Análisis terminable e interminable*. Donde está una correcta corrección del alemán y el comentario de cinco psicoanalistas. Este volumen fue donado a todas las asociaciones psicoanalíticas.

*TdP - En sus escritos usted afirma la importancia de la comprensión y contención de la transferencia y contratransferencia para dar significado e interpretar los síntomas psicóticos. ¿Puede hablarnos de esta cuestión?*

David Rosenfeld - La contratransferencia es el futuro de la investigación de los pacientes severamente perturbados o con episodios psicóticos. El paciente nos obliga a sentir emociones muy intensas de la época en que aún no tuvo palabras para expresarlas. Las emociones que recibe un psicoanalista en sesión se llama contratransferencia, pero lo que uno siente hay que escribirlo y llevarlo a una supervisión, nunca volcarlo sobre un paciente. Hay que saber contener

contratransferencias y emociones intensas que nos hacen sentir los pacientes. A veces con mecanismos de los cuales conocemos muy poco, como puede ser la estructura semántica del lenguaje, la sintaxis, el uso de verbos imperativos, la estilística del lenguaje, la música de la voz o los gritos o el olor, o el mal olor con el que puede venir un paciente. Y también los silencios. No existe la no comunicación. Por eso es importante llevar todo a la supervisión o al propio análisis personal del terapeuta. Es importante aclarar que tuvimos la suerte en Buenos Aires de recibir el primer libro dedicado a la contratransferencia en el mundo. Fue escrito por Heinrich Racker e influenció mucho a toda la escuela de la Argentina en el tema de la contratransferencia.

*TdP - Y a su entender, ¿cuáles serían las condiciones necesarias de encuadre interno y externo para poder contener fenómenos transferenciales y contratransferenciales tan difíciles?*

David Rosenfeld - La capacidad de contención que debe tener un psicoanalista. Siempre es necesaria la supervisión y el análisis personal. La firmeza del encuadre del tratamiento ayuda al paciente a percibir la firmeza y solidez del terapeuta. Como dice el poeta: “*caminate, no hay camino, se hace camino al andar*”

*TdP - Dada la necesidad que tienen estos pacientes de tratamientos multidisciplinarios y de institucionalización en muchos momentos de su proceso ¿cuáles son, en su opinión, las condiciones necesarias de integración multidisciplinaria y de dinámica institucional que permitan la comprensión y terapia psicoanalítica?*

David Rosenfeld - En el caso de internación psiquiátrica es necesario coordinar con el encargado de la medicación, el psicoterapeuta de la familia, y poder estar en un sanatorio psiquiátrico que permita trabajar al psicoanalista. El sanatorio y sus directivos son los que me devuelven lo que pasa con un paciente cuando yo no estoy con él. Lograr la comprensión de la dinámica mental es la tarea del psicoanalista con ayuda de todo un equipo alrededor. Es imprescindible el tratamiento de la familia como grupo, que es de donde surge la enfermedad mental del paciente.



*TdP - ¿Puede hablarnos de cómo y cuándo es posible establecer una alianza terapéutica con la parte sana o neurótica del paciente psicótico?*

David Rosenfeld - Una alianza terapéutica se logra a lo largo de los años y es necesario que el psicoterapeuta tenga la capacidad de tolerar durante largos años que los terrores y odios permitan alimentarse y recibir algo del psicoanalista. Es importante la serenidad del psicoanalista, el tono de voz cálido, el uso de las palabras, la lingüística y sobre todo, no ser una máquina de interpretar. Reitero, no ser una máquina de interpretar, más bien ser un analista que pregunta y en la pregunta incluye una comprensión de la mente del paciente.

*TdP - Siguiendo con la técnica ¿cómo entiende el manejo de la interpretación - contenido, estilo, momento - en el paciente psicótico? Asimismo, ¿qué puede decirnos acerca de la comprensión y el manejo de las reacciones terapéuticas negativas en estos pacientes?*

David Rosenfeld - Todo paciente tiene en algún momento una reacción negativa de violencia contra el terapeuta y hay que estar preparados a esperar esto. No creo que sea la teoría de la envidia lo que explica la reacción terapéutica negativa. A veces son las malas interpretaciones del psicoanalista. Y a veces la violencia es la forma de mostrar, en sesión, como fue maltratado en su niñez este paciente.

El manejo técnico es anotar lo que uno siente y llevarlo a supervisión y a su propio análisis, con esta respuesta quiero decir que no se puede contestar esta pregunta realizada por ustedes en forma general.

*TdP - ¿Puede explicarnos su teoría del “encapsulamiento autista defensivo” y de qué situaciones clínicas deriva? ¿Cómo diferencia este tipo de encapsulamiento autista de otros tipos de autismo?*

David Rosenfeld - En el encapsulamiento hay una preservación de identificaciones y afectos primitivos que luego es hallada bastante preservada en la adultez. Sugiero como modelo explicativo que hay un inter-juego dialéctico de dos sistemas: uno que busca encapsular (lo que no quiere decir disociación, sino preservación) y así

acorazarse. Y del otro lado que pierde –pese a todo– valiosas identificaciones por efecto del terror. De un polo al otro de estos dos mecanismos va desarrollándose el drama interno.

En el encapsulamiento hay una preservación de identificaciones primitivas, vínculos afectivos y el idioma de la infancia que luego es hallado bien preservado en la adultez. Como ejemplo, el idioma italiano en un paciente y el idioma alemán en otra paciente que habían huido de la persecución Nazi, que comienzan a hablar en italiano y en alemán en una sesión sin haberse dado cuenta.

El encapsulamiento se abre de golpe y no provoca confusión. En cambio, en el retorno de aspectos disociados y proyectados, siempre en la clínica, se provoca confusión mental. En el caso de pacientes cuyos familiares fueron asesinados o desaparecidos durante la dictadura militar argentina, usando la teoría del encapsulamiento autista, logramos recuperar las canciones infantiles de los primeros dos años de vida que aparecen bien preservadas en una cápsula, en un encapsulamiento. Y así también a veces aparece bien preservado el idioma de la infancia que parecía haber desaparecido.

El encapsulamiento autista es una teoría o un modelo para explicar cómo se pueden preservar en una capsula cerrada por poderosos mecanismos autistas los vínculos más valiosos de la infancia. Y esto no es disociación, es encapsulamiento. En la práctica clínica, se diferencia en que lo encapsulado y guardado aparece súbitamente en una sesión y el paciente sigue hablando, sin darse cuenta, en su idioma infantil que creía haber perdido.

Un ejemplo es la paciente que huye del nazismo en Alemania y dice que no recuerda más el idioma de su infancia, el alemán. De repente, súbitamente en sesión de análisis habla y puede cantar canciones de cuna infantil en ese idioma.

Otro ejemplo es el historial que relato en el capítulo de mi libro *El alma, la mente y el psicoanalista*, en el que muestro como se abre la cápsula autista. Trata de un joven paciente cuyos padres desaparecieron cuando él tenía un año y medio, por la represión de la dictadura militar en Argentina. En una sesión de análisis

reaparecieron de modo súbito canciones de cuna de su infancia. Las cantamos juntos él y yo. Así se recuperaron la música y los vínculos afectivos que perdió al año y medio. Otro ejemplo es el paciente que recuperó el nombre propio de la infancia que no era Mario, sino Moshe. Reitero, en el encapsulamiento no ocurre como en la disociación o escisión (*splitting*) que suele provocar estados de confusión al retornar al *self* los aspectos previamente disociados. Esta es la diferencia clínica.

El encapsulamiento autista tiene la finalidad de preservar vínculos en una parte de la mente y puede abrirse si hay un analista que lo pueda contener. El desarrollo de esta teoría, que surgió tratando pacientes torturados, pacientes huyendo del nazismo de Europa o pacientes huyendo de campos de concentración, está publicado en catalán en vuestra *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, de la Sociedad Española de Psicoanálisis. El título del trabajo es: *11 de Septiembre, dictadura militar*.

*TdP - Partiendo de la investigación clínica con pacientes psicóticos, drogadictos y psicosomáticos usted desarrolla el concepto teórico de "imagen corporal primitiva". ¿Podría detallarnos esta teoría y su expresión en la clínica, así como de su utilidad en el manejo terapéutico de estos pacientes?*

David Rosenfeld - Es una Imagen corporal psicótica. Como ocurre siempre son los pacientes los que me enseñan. Yo solo le puse el nombre para crear un modelo epistemológico que puede ser útil para un paciente o para muchos otros. Es la concepción en momentos de desarme mental, en que transmiten el desarme, licuefacción y desaparición del *ego* mentaly lo expresan a través de una imagen corporal. Reitero, expresan la falta de solidez mental transmitiendo una fantasía imaginada del cuerpo, que es no sólida o que es líquida o transparente. Lo que yo hago técnicamente es pensar estas fantasías acerca de la imagen del cuerpo como transmisiones del estado mental de un paciente.

Ustedes tuvieron la gentileza de hacer un comentario de mi nuevo libro en español publicado en el número 14 de TEMAS DE PSICOANÁLISIS: *Lo psicótico*. Ahí describo fantasías de la imagen corporal de un paciente que cree que no

tiene sangre, otro que se quedó sin sangre y otro que cree que es solo una bolsa de sangre sin huesos, sin nada sólido, sin solidez interna, sin solidez del *ego*. Trasmiten a través de fantasías del cuerpo el estado mental.

*TdP - Ya entrando en el campo de la psicopatología y de los trastornos por adicción a sustancias, ¿cuáles son sus experiencias y sus criterios de indicación de psicoterapia psicoanalítica en estos pacientes?*

David Rosenfeld - En todos los casos de trastornos psicopatológicos y trastornos por adicción química o adicción a computadoras es útil comenzar una terapia psicoanalítica.

Yo siempre pienso que todos los casos son modificables, y eso lo demuestro en el caso de un paciente drogadicto que comienza un tratamiento a los treinta y cuatro años, o en el caso del joven con adicción a las computadoras que hubiera terminado toda su vida en un hospital psiquiátrico de tipo medieval.

Es importante subrayar, una vez más, que la parte psicótica de la personalidad a veces está expresada en los cuadros psicopatológicos y en las adicciones. En los casos de psicosis y fragmentación la percepción del problema no está en la mente del paciente, sino que está expulsada y proyectada en otros espacios, en otras mentes ajenas, o en objetos o en el propio cuerpo, como es el caso del paciente psicopatológico. Así mismo, "psicopatológico" es el que no tiene palabra y lenguaje para expresar sus vivencias y conflictos en palabras.

*TdP - En cuanto a la relación intersubjetiva con pacientes psicóticos y con otros trastornos mentales severos, ¿nos puede hablar del manejo y contención de las emociones de paciente y terapeuta? ¿Cómo transitar de los movimientos de acercamiento empático al distanciamiento con perspectiva?*

David Rosenfeld - Es una pregunta difícil de contestar en forma general, como concepto y respuesta general. Depende del paciente, de qué momento del tratamiento y del estado emocional del terapeuta. Lo que vuelvo a insistir es, primero, tener la capacidad de escuchar en silencio, anotar la contratransferencia,

y tomar en cuenta las emociones que siente el psicoanalista como mensajes silenciosos que nos obliga a sentir un paciente acerca de sus emociones y terrores. Tratar siempre de preguntar antes que ser una máquina de interpretar y saber escuchar como un ser humano.

*TdP - En el tratamiento de los pacientes psicóticos u otras patologías severas, usted ha logrado combinar el rigor con la apertura y la flexibilidad. ¿Cree que este puede ser uno de los caminos que conduzcan al progreso en el psicoanálisis?*

David Rosenfeld - En el tratamiento de pacientes severamente perturbados hay que tener la mente abierta para escuchar y no repetir libros, no recitarle libros al paciente. Muchas veces estamos hablando y charlando con un paciente, y solo cuando entiendo, hago una interpretación, con sutileza, afecto y poca insistencia. Supongo que cuando preguntan por flexibilidad quieren decir que lo importante es lo que pasa en la mente del psicoanalista: psicoanálisis es pensar en la transferencia, en el mundo interno del paciente y el mundo infantil del paciente, además de lo que nos hace sentir a los terapeutas. El psicoanálisis no está en el diván o en un mueble, el psicoanálisis está en la mente del terapeuta.

*TdP - Y para terminar, Dr. Rosenfeld, desde su dilatada experiencia como psicoanalista, ¿cómo ve usted el futuro del psicoanálisis?*

David Rosenfeld - Creo que el psicoanálisis ha progresado con los que se han

animado a tratar casos que no se habían tratado en el pasado o que nunca existieron anteriormente. Al tratar un paciente drogadicto siete días a la semana e internado se descubren cosas que antes no conocíamos con tal profundidad. Tampoco en la época de Freud existían las adicciones a las computadoras y a los videojuegos. O también hacer nuevas teorías sobre el autismo, porque yo personalmente atendí a niños autistas durante once años sin interrupción, lo que me permitió crear nuevos modelos y nuevas teorías.

En los países que he visitado, he visto un auge del entusiasmo por estudiar psicoanálisis y hacer la carrera psicoanalítica. El entusiasmo por el psicoanálisis de los alumnos de Turquía, Ucrania, Armenia y de varios países latinoamericanos fue para mí una gran sorpresa. Es muy agradable ver a tantos alumnos interesados en estudiar psicoanálisis y en iniciar una carrera como psicoanalista.

El psicoanálisis es una ciencia de transmisión de persona a persona. Entre paciente-terapeuta, supervisor-terapeuta y profesor-alumno. Y no es solo leer de los libros o de internet. Tiene que ser un diálogo de preguntas y respuestas. Y tener lo más básico para ser psicoanalista, que como dije antes, eso viene de la infancia y es la curiosidad y el sentido común.

*TdP - Muchas gracias, Dr. Rosenfeld, por esta entrevista.*

David Rosenfeld - Saludo atentamente.