

## CONTRATRANSFERENCIA EN EL ANÁLISIS DE ADOLESCENTES: UNA MODALIDAD DE COMUNICACIÓN Y PERCEPCIÓN.

En el presente capítulo continuaré las investigaciones sobre las reacciones contratransferenciales como modalidad de comunicación y percepción dentro del proceso psicoanalítico. La contratransferencia, como concepto clásico, era considerada un obstáculo para el desarrollo del trabajo psicoanalítico, ya que era entendida como la respuesta inconsciente del analista ante los estímulos emocionales provenientes del paciente, particularmente a los oriundos de la transferencia, obstruyendo o degradando la percepción de la mente del analizando.

Con la evolución del psicoanálisis se introdujeron nuevos conceptos y técnicas de trabajo que transforman la presencia de la contratransferencia, en la relación analítica, en un instrumento útil y sensible para la aprehensión de las fantasías inconscientes del paciente, a partir de la identificación de aspectos del pasado emocional del analista.

Etchegoyen (1987) sintetiza los pensamientos de Racker sobre las dos clases de contratransferencia identificadas por ese autor: las concordantes y las complementarias. “En la contratransferencia concordante, el analista identifica a su yo con el del analizando, y al mismo tiempo, en relación a las otras partes de la personalidad, el ello y el superyó. En otros casos, el yo del analista se identifica con los objetos internos del analizando y a ese tipo de fenómeno Racker lo denomina de contratransferencia complementaria”.

La idea que estoy exponiendo está vinculada a las relaciones contratransferenciales, concordantes y complementarias, que desempeñan una función colaboradora en la elaboración de los procesos psíquicos, provenientes del intercambio existente en la relación transferencial/contratransferencial.

Durante el transcurso de este trabajo, mediante la presentación de un caso clínico, procuraré transmitir la percepción de emergentes o reflejos de mis reacciones contratransferenciales. Explico de qué manera ellas me son útiles para comprender a mi paciente y los beneficios mutuos que podemos tener de esa relación franca y directa.

Winnicott, en su obra, le dedicó suma atención al estudio de la relación analítica. Tuvo el coraje, la simplicidad y la sinceridad de revelar los sentimientos del analista en sus aspectos contratransferenciales. Caracterizó la importancia de percibir y hacer uso de las manifestaciones contratransferenciales como elementos útiles para el desarrollo del paciente analítico. Resaltó la importancia en relación a los pacientes psicóticos. Puedo decir que tal relevancia se hace presente en cualquier paciente cuando se pueden alcanzar los aspectos más primitivos de su funcionamiento mental.

La relación transferencial/contratransferencial es compleja. En parte, se origina en la posibilidad de que aspectos estructurales y funcionales de la psicopatología inconsciente del analista interfieran en sus reacciones frente a las manifestaciones transferenciales del paciente. El análisis del analista es fundamental para que él pueda tener acceso a sus conflictos no trabajados. Sin embargo, pienso que es una utopía creer en la posibilidad de una relación efectivamente pura y neutra del analista, fenómeno que descaracteriza a la naturaleza de la relación humana.

Winnicott destaca cómo, a partir de nuestras reacciones contratransferenciales, podemos sacar provecho y ayudar a nuestro paciente para que él viva afectos o aspectos básicos de su personalidad, tales como odio, envidia, partes no integradas del self, haciéndose a partir de nuestras reacciones durante la sesión analítica. Eso no implica que el analista deba dejar de lado su capacidad de discriminar los aspectos vinculados a su vida mental y los que son propios del paciente.

Winnicott (1947) subrayó la importancia que tiene el objeto externo en la relación analítica, el que puede darle al paciente un sentido de la realidad exterior y ayudarlo a discriminar mejor lo que es suyo, lo que es del otro, lo suyo visto en el otro, y lo que es del otro puesto en su propia persona.

Considero que referirse a la *contratransferencia* es hablar de la propia experiencia clínica. Es poder compartir con otros analistas que entran en contacto con aspectos íntimos de su personalidad y que se manifiestan en virtud de la relación analítica. El analista no debe tener vergüenza de sí mismo, de sus fallas, así podrá usarlas para evolucionar en su análisis o autoanálisis. De ese modo, también podrá entender mejor a su paciente.

Por otra parte, considero necesario desvincularse del estado de sumisión, muchas veces impuesto por el superyó institucional. De esa manera

se podrá liberar la actividad creativa, necesaria para todo proceso investigativo. Esa aseveración se vincula con otra necesidad, la de mantenerse abierta la consciencia crítica, doctrinaria y ética de la actividad profesional para preservar el campo psicoanalítico y el respeto al paciente.

Diferencio la existencia de aspectos útiles y negativos, normales y patológicos, de las reacciones contratransferenciales por ser fenómenos provenientes de núcleos reprimidos del analista o aspectos de una modalidad perceptiva y de comunicación, tal como lo demuestro en los capítulos 8, 9 y 10.

Winnicott, en su trabajo “Odio en la Contratransferencia”, presentado en 1947 en la Sociedad Británica de Psicoanálisis, se convirtió en uno de los precursores junto con Heimann (1950), Racker [1948] (1952), Money-Kyrle (1956) y Rosenfeld (1987), en considerar la contratransferencia como un elemento positivo para el desarrollo de la relación analítica. Esos autores mencionados destacan la importancia de ese tipo de reacciones para captar los estados mentales primitivos.

A título ilustrativo, cito a algunos autores que han contribuido en su intento de diferenciar las características de las reacciones contratransferenciales.

Greenson (1974) distingue neurosis contratransferencial de reacción contratransferencial. Grinberg (1962) aportó el concepto de contraidentificación proyectiva, distinto de contratransferencia. El trabajo de Kyrle (1956) me parece muy esclarecedor al diferenciar la contratransferencia normal de la patológica. Ese autor menciona que en la contratransferencia normal, “cuando el análisis va bien, hay una rápida oscilación entre introyección y proyección. Cuando el paciente habla, el analista se convierte en un ser introyectivamente identificado con él por haberlo entendido en su interior, por eso lo reproyectará y lo interpretará. En la etapa proyectiva del analista, el paciente se convierte en el representante de un modelo inmaduro o en la parte enferma del mismo (del analista), incluyendo sus objetos deteriorados, los que el analista ahora puede entenderlos y tratar por medio de la interpretación en el mundo exterior. A medida que el paciente está recibiendo interpretaciones afectivas, éstas lo ayudarán a responder con nuevas asociaciones, que pueden ser comprendidas”.

Para el autor mencionado, esa relación se considera normal, porque permite que el analista comprenda cada vez más a su paciente. Y agrega: “los sentimientos contratransferenciales del analista serán confirmados por medio de un sentimiento de empatía para con el paciente, en el que está basado el *insight*”.

Winnicott (1947) subrayó la importancia de que el analista sea bien analizado en sus aspectos primitivos, para que así pueda tener la capacidad de percibir el odio del paciente proyectado sobre él, como también el odio que él mismo siente del paciente, fruto de sus reacciones contratransferenciales.

Considero que, a partir de lo expuesto, la contratransferencia es un instrumento útil inclusive cuando el análisis “no va muy bien” parodiando a Kirlé. A mi manera de ver, cuando el analista -a pesar de las dificultades para comprender al paciente- tiene su mente disponible, atenta a las dificultades de su propia vida mental, se le abren las posibilidades para lograr nuevas comprensiones de sí mismo. Por medio de su propio análisis, autoanálisis, supervisión, intercambio de ideas y lecturas con sus compañeros, el analista puede evolucionar en la elaboración de sus procesos internos, movilizados a partir de las reacciones del paciente.

Winnicott (1947) destaca que, si un analista quiere analizar a psicóticos o antisociales, él debe lograr una conciencia tan completa de la contratransferencia como para que sea capaz de aislar y estudiar sus reacciones objetivas frente al paciente. Éstas incluirán al odio. Los fenómenos de la contratransferencia, a veces, serán lo más importante del análisis. Sugiere que el paciente solamente podrá apreciar en el analista lo que éste es capaz de sentir.

Considero la contratransferencia como un instrumento esencial para captar y elaborar los mecanismos primitivos de funcionamiento mental que se manifiestan mediante un lenguaje preverbal. Me refiero a las manifestaciones que anteceden al lenguaje verbal. En ese periodo, las representaciones simbólicas todavía se encuentran en un estado de protorepresentaciones o primeras representaciones, por tanto más cercanas a las manifestaciones corporales primitivas y sus equivalentes psíquicos.

Los mecanismos primitivos tales como las identificaciones proyectivas intensas, identificación adhesiva, estados fusionales, amentales o autísticos caracterizan a algunos aspectos del funcionamiento mental primitivo.

Los aspectos innatos (onto y filogenéticos) de los patrones de actividad corporal tienen expresión mental y se manifiestan en esa compleja relación que es la relación transferencial/contratransferencial. El buen funcionamiento de la relación va a depender también de que el analista sea espontáneo, creativo y con capacidad como para desvincularse de dependencias teóricas o institucionales.

Winnicott (1986) sintetiza las ideas sobre ese tema cuando afirma: “mi trabajo es ser definitivamente yo mismo”. Dentro de esas condiciones, el analista puede, a partir de la percepción de sus propias reacciones, aunque sean inconscientes en el momento de la eclosión, evolucionar en el sentido de investigar e intentar desvelar sus posibles significados simbólicos. Eso dependerá de que él sea capaz de contener en sí mismo a la angustia y de que tenga conciencia de su ignorancia. Esos factores son “condición básica” para ampliar la capacidad receptiva, de observación, y aprehensión del espacio mental (el tercer ojo, el ojo interno).

La relación de proyecciones e introyecciones existente entre el analista y su paciente le posibilitará, al primero, hacer una construcción emocional. Eso significa la elaboración de aspectos suyos, a partir de proyecciones sobre el paciente y reintroyecciones provenientes de las reacciones del paciente.

Ese proceso constructivo emocional contribuye para que el analista, a partir de la percepción de aspectos del paciente proyectados y reconocidos en sí, tenga la comprensión del paciente y pueda formular la interpretación. A ese respecto, se incluye la percepción de los mecanismos de defensa primitivos, de los aspectos narcisistas y de la organización del self.

Para Winnicott (1947), “si queremos ser capaces de analizar a pacientes psicóticos es necesario que hayamos llegado a las cosas muy primitivas dentro de nosotros mismos”.

Sin embargo, muchas veces el analista no entiende al paciente y cae en ansiedad. En esas circunstancias, pueden ocurrir intensos mecanismos introyectivos y proyectivos duraderos, que llevan a un incremento todavía más grande de las ansiedades del analista.

Defensivamente, él podrá reaccionar mediante *acting out* que adquieren la expresión de impulsos destructivos, perjudicando la relación analítica. El analista pierde la capacidad de reparación, disminuye la percepción, la intuición, y se resiente también la sintonía entre aspectos suyos y de su paciente. Se da una pérdida del sentimiento de empatía y de comprensión.

Las reacciones contratransferenciales provenientes de esa situación mencionada dejan de ser constructivas, útiles como medio de comunicación y afectan la capacidad de *insight*.

Winnicott (1947) destaca el hecho de que “el analista debe ser capaz de utilizar sus fracasos de manera positiva” para el desarrollo del trabajo analítico. Sugiere que, si es posible, “el analista debe hacerse cargo de cada fracaso aunque eso signifique un estudio de su contratransferencia”.

Al fin de cuentas, todos tenemos nuestros conflictos, que nunca serán totalmente resueltos o ciertas maneras de reaccionar que no se encuadran en la empatía, tolerancia o comprensión que deberíamos tener con nuestros pacientes. A partir de nuestros errores básicos, el paciente puede aprender a luchar contra sus fallas básicas en la vida de relación. Eso no deja de ser positivo para el propio analista al dar continuidad a su autoanálisis y percibirse sensible, o sea, “vulnerable a sus pacientes”. Tal como lo dice Winnicott (1947), “poder ser un humano y ser afectado por los sentimientos y acciones de sus clientes”, pudiendo así comprender el drama de ellos y aprender para lograr la mejor manera de lidiar con ellos, como lo sostiene Mello Filho (1989).

La contratransferencia es un instrumento útil cuando hay, en la relación entre el analista y analizando, un sentimiento de empatía incluso cuando las manifestaciones proyectivas e introyectivas, agresivas y amorosas sean muy intensas.

El sentimiento de empatía se manifiesta mediante un sincronismo entre la percepción del analista y del analizando. A menudo ello se da por comunicación preverbal. Son situaciones difíciles de describir y trascienden a la percepción auditiva y visual. Es algo que se relaciona con la capacidad de *holding* o de *rêverie*. Son posturas, actitudes, movimientos gestuales, mímicas, tono de voz, ritmo o cadencia del habla, clima emocional de la

sesión, nivel de tensión del ambiente, percepción de alguna vibración corporal u otras manifestaciones psicósomáticas captadas por el analista en sí mismo o en el paciente.

En ese sincronismo, la reacción del analista puede ser la vía de percepción de aspectos de su identidad, de su yo o de partes de su self primitivo que él capta e identifica por similitud, confrontación, contigüidad o imitación de las manifestaciones de los objetos en su paciente.

En la práctica clínica, los procesos mencionados ocurren predominantemente de manera inconsciente, mediante la experiencia emocional. Si embargo, en determinados momentos, una parte del yo más estructurada y racional ayuda al analista, siendo la que toma distancia y lo ayuda a posicionarse mejor para continuar el proceso investigativo que realiza junto a su paciente.

En los procesos de identificaciones por espejo (Winnicott, 1975), tal como lo veremos enseguida en el caso clínico, el paciente solamente se permite identificarse con los aspectos proyectados de su self, o del objeto primitivo, a partir del momento en que percibe que el analista tiene conciencia emocional de la presencia de esos aspectos en él mismo, en el momento de la relación.

La percepción del analista abre condiciones como para que esos aspectos, vividos como dolorosos por el yo (envidia, placer narcisista, por ejemplo) se hagan cada vez menos persecutorios y culposos en relación a la autoestima del paciente. Como consecuencia de ello, son pasibles de ser reintroyectados por el paciente como representantes de su self o del yo.

Winnicott (1947) nos muestra cómo la simple admisión de la falla cometida por el analista puede tener una función terapéutica en términos de contraste con la realidad objetiva. Señala que pacientes muy perturbados provocan sentimientos transferenciales intensos y negativos, o nos hacen equivocarnos. Esos pacientes pueden necesitar la vivencia real de que son capaces de provocarnos sentimientos.

La relación analítica reproduce, de cierta manera, la relación madre/bebé, en el sentido de que el bebé precisa soportar, en cierto grado, a los objetos deteriorados de los padres para poder usufructuar a los buenos objetos.

En la relación analítica, si el paciente puede soportar un cierto grado de inmadurez, lentitud o conflicto de su analista, él contribuirá para que el profesional pueda crecer en la relación. El analista podrá evolucionar en la comprensión de aspectos oscuros y primitivos de su personalidad y entenderá mejor a su paciente. Ese tipo de intercambio, cuando es rápido y transitorio, es inherente a la relación analítica dentro de una perspectiva en la que “ser analista” es un “continuo llegar a ser”.

Hay procesos de identificación que son tan rápidos y profundos que el analista es llevado a reaccionar por impulso mediante una comunicación que no llega a su dominio consciente. Ese fenómeno se debe a una identificación con aspectos proyectados del paciente. Solamente en un momento posterior, el material proyectado podrá tener acceso a la conciencia del analista y a la interpretación verbal. (Levisky, 1987).

Bajo esas circunstancias, el analista puede ser llevado a practicar pequeños actos, como una palabra más tierna, atender a un pedido del paciente, abrir o cerrar una cortina, dar un vaso con agua, extender la mano involuntariamente, una sonrisa, una respiración más profunda y evidente, manifestar irritación u odio como reacción complementaria a los aspectos inconscientes que aparecen en la transferencia. (Levisky, 1987, 1989).

Esas reacciones espontáneas e involuntarias fueron identificadas con las introyecciones de aspectos muy primitivos de la relación madre/bebé. Basada en esas introyecciones y proyecciones, podrá ocurrir la comprensión de la representación mental de la vivencia emocional inconsciente subyacente. Por ejemplo, la realización omnipotente del deseo de un estado de fusión mental, de un sentimiento de contacto o de contigüidad corporal.

La evolución de las asociaciones de ideas sirve de elemento estructurante para la percepción de la realidad interna del paciente. La realización omnipotente del deseo de contacto puede expresar un sentimiento primitivo de existencia.

En las actitudes antes descritas, el analista es impulsado, por la incorporación de las representaciones afectivas en él proyectadas y por identificación con sus representaciones de las figuras parentales, a concretar algún sentimiento prematuro de la relación madre/bebé. Tal vez ése sea el



único lenguaje posible y empático existente en un momento extremadamente regresivo tanto para el analista como para el paciente.

Winnicott (1947) destaca, en varias oportunidades, que una de las características del analista es “poder exhibir toda la paciencia, la tolerancia y la confianza de una madre devotada a su bebé”, posibilitando que se desarrolle un sentimiento de confianza básica, fundamental para la prosecución del proceso analítico.

Moeller (1977) manifiesta que si el analista responde a la transferencia paterna o materna con ideas y sentimientos paternos o maternos específicos, en ese caso se está dando la contratransferencia. Concuero con que ella puede ser vista como un complemento de la transferencia. Una acción o un pensamiento puede condicionar a una reacción complementaria como forma de comunicación. En esa situación, la “ecuación transferencia/contratransferencia” se compone como una “unidad funcional”. El término “contra” es aplicado, en ese caso, no como oposición a la transferencia sino que expresa una reacción complementaria a la acción o al pensamiento estimulado por ella.

A título ilustrativo del uso de la contratransferencia como elemento útil para el desarrollo del trabajo analítico, menciono el caso de una adolescente con características *borderline*.

Muchos mecanismos primitivos están presentes a raíz de la crisis de la adolescencia, agravada por un yo fragilizado y mal integrado. Esos mecanismos se proyectan por medio de la relación transferencial sobre el analista, impulsándolo a reacciones contratransferenciales defensivas.

Muchos análisis son abandonados, principalmente en la adolescencia, cuando el analista, según mi manera de ver, “abandona” a su paciente por no conseguir alcanzar manifestaciones emergentes, reflejos de sus aspectos contratransferenciales.

Sabemos que en la adolescencia aparecen, con facilidad, aspectos muy primitivos de la mente - por ejemplo de naturaleza narcisista - que son proyectados en el analista. En el caso de que el profesional no logre darse cuenta de sus sentimientos narcisistas (por ejemplo: envidia, rivalidad, odio) movilizados a partir de las proyecciones del paciente, continuará actuando sin comprender a su analizando.

Las reacciones contratransferenciales pueden permanecer defensivas con predominio de contra-actuaciones (falso self, artificialidad, explicaciones, seducción, negación de la envidia, omnipotencia de saber) en relación al paciente.

Sospecho que la falsa idea defendida por muchos analistas de que los adolescentes no son “analizables” depende de los siguientes factores:

1. Frecuencia e intensidad con que los procesos mentales primitivos (con nítido predominio de las identificaciones proyectivas masivas) del paciente afectan y remiten al analista para entrar en contacto con sus aspectos inmaduros y narcisistas;
2. Aparición de aspectos poco integrados del self y de representaciones de objetos primitivos del analista;
3. Los procesos de proyección pueden ser tan rápidos, intensos y profundos que el analista se hace lento en su capacidad comprensiva. El analista puede ser invadido por una gran angustia y desencadenar una serie de actuaciones defensivas. Si esa condición se prolonga o se convierte en repetitiva, la relación dual tiende a hacerse persecutoria, con pérdida del sentimiento empático y amenaza de ruptura de la relación.

El problema de la individuación y de la búsqueda de autonomía durante la crisis de la adolescencia fue bien caracterizada en el capítulo 3, cuando abordamos las características del proceso de identificación.

Bleger (1973) destaca que ése es “un proceso en el que el individuo busca desconectarse de un estado de no-discriminación, de no-diferenciación o fusión, que caracteriza a los primeros niveles del desarrollo. Esa fusión o estructura sincicial caracterizada por la no-discriminación persiste en parte durante toda la vida”. Yo agrego que también persiste durante toda la vida la existencia de un estado de no-integración de la representación del self y del objeto. La identidad depende de la permanencia de la variabilidad de la estructura sincicial. Alteraciones en esa estructura conducirán a cambios en la definición de la identidad.

Bleger continúa su trabajo diciendo que “son los mecanismos esquizoides o disociativos que, a partir de la estructura sincicial, permiten la

discriminación y establecen las identificaciones proyectivas e introyectivas. Por tanto, se trata de las proyecciones e introyecciones por medio de las cuales se estructura gradualmente la parte más organizada, integrada e interiorizada de la personalidad. Esas actividades son simultáneamente componentes y resultado del proceso”. Luego añade: “La crisis de identidad de la adolescencia es justamente una crisis en esa estructura sincicial y, por eso, es tan profunda y radical”.

En la relación transferencial/contratransferencial esa situación crítica se repite y moviliza en el analista una reacción complementaria, cuyas características contienen aspectos proyectados del paciente y de su propia estructura sincicial.

Como Bleger ya lo mencionó, esa estructura “persiste en parte durante toda la vida”. Creo que es la negación o no-identificación, por parte del analista, que lo lleva a reacciones defensivas y perjuicios para la relación analítica.

Las reacciones contratransferenciales que resultan del uso excesivo de las identificaciones proyectivas mueven en el analista las reacciones específicas. El analista es impulsado, inconscientemente, a desempeñar una especie de papel que el paciente le moviliza. Son las contraidentificaciones proyectivas descritas por Grinberg. Según mi manera de ver, ellas ciertamente contienen elementos de las propias representaciones del self y del objeto del analista.

## **CASO CLÍNICO.**

Es una joven de 20 años de edad. Empezó su tratamiento analítico a los 14 años, haciendo análisis cinco veces por semana. En esa época, presentaba un cuadro de hiperactividad, somatizaciones frecuentes y entre ellas, supuestas crisis de ausencia. Había pasado por un periodo de anorexia. Su comportamiento era clasificado como irritable, con dificultades para adaptarse socialmente y con las consecuentes descargas agresivas cuando era contrariada. Varias veces se fugó de su casa usando planes totalmente pueriles. Fue hija única durante siete años. Interrumpió temporalmente sus estudios a raíz de la violencia de sus reacciones con los compañeros y profesores. Empezó a usar su sexualidad de manera exhibicionista y provocadora.

Esos comportamientos frecuentemente resultaban de un desvío de la manera como interpretaba los hechos. Durante los primeros años de vida, pasó por momentos muy difíciles a consecuencia de los conflictos conyugales de los padres que culminaron con el divorcio dos años antes de que yo la conociera. En la época en que nació la paciente, que denominaré R., su madre tuvo una fuerte depresión. Nuevas crisis depresivas afectaron a la madre de R. cuando ésta tenía tres y doce años. Después de la separación definitiva de la pareja, la paciente fue a vivir con la abuela paterna y más tarde, con su progenitor. Su hermano vivía con la madre. R. se aisló de todo tipo de vida social. Pasaba la mayor parte del tiempo encerrada en su habitación. Cualquier intento de acercamiento afectivo acababa de manera desastrosa debido a la falta de adecuación de sus actitudes.

Era una joven atractiva e inteligente. Llegaba a la sesión con gafas oscuras cuando estaba nublado y extremadamente abrigada cuando hacía calor. En la época de frío no usaba abrigo y le parecía completamente sin sentido que yo tuviera frío. Sus padres la consideraban exigente y perfeccionista. Hoy, R. trabaja, estudia y volvió a la vida social. Tiene discretos momentos de fallas en la interpretación de los hechos. Sin embargo, han evolucionado tanto su tolerancia a las frustraciones como su capacidad para convivir con los aspectos escindidos y proyectados de su persona.

Actualmente R. logra controlar mejor sus impulsos, soporta los estados depresivos y utiliza su capacidad de reparación. Ella todavía necesita la ayuda del análisis como un yo auxiliar a la distancia. Las actuaciones son desencadenadas por situaciones de envidia, rivalidad u otro sentimiento, pensamiento o acto que ella interpreta, de manera subjetiva, como agresiones a su autoimagen y estima.

Varias veces, en el transcurso de análisis, fue a la sesión con una pierna o un brazo vendados, quejándose de que se mareaba, se desmayaba o tenía fuertes dolores de cabeza. En sus asociaciones, indicaba cuestiones emocionales que podrían ser las causantes o los equivalentes de sus sufrimientos físicos.

R. no hacía y no soportaba que se hiciera ninguna correlación entre sufrimiento físico y psíquico. Para ella, todo era concreto. Las agresiones eran externas, y ella se sentía una víctima de la incomprensión, de la violencia o de la sexualidad ajenas.

Se necesitó mucho tiempo para que R. pudiera admitir y aprender a trabajar con sus sentimientos, culpas y posibilidades reparatorias. Usaba su inteligencia privilegiada y rápida para defenderse: proyecciones intensas, negación, *splitting*, inversión de experiencia, omnipotencia, deseo de triunfo, situaciones de proyección de vivencias de aniquilación.

Ella dirigía la sesión con un dinamismo increíble y yo me sentía, a veces, envuelto en un remolino. Yo me agarraba a mis aspectos yoicos más independientes y organizados para sobrevivir a un sentimiento de caos. Fue necesario vivir y admitir eso, por lo menos para sí mismo, para poder hablar de las angustias profundas que asolaban a R. en sus momentos de desesperación y soledad interna.

Todo parecía que hubiera sido destruido durante las ondas de furor que hacían sospechar la existencia de un disturbio disrítmico (¿equivalente epiléptico?). Los dos, analista y paciente, necesitábamos paciencia y coraje para que cada uno pudiera entrar en contacto con el propio sentimiento de caos (al que yo le tenía miedo y del que me defendía). Solamente de esa manera se puede hablar de individualidad y de los límites de cada uno. R. era extremadamente sensible a mi demora o titubeo en poder admitir mis miedos, ya sea frente a mi agresividad o a la de ella o ante alguna provocación erótica, fruto de su seducción defensiva ante la angustia o de la mía.

Por otro lado, era necesario mantenerse firme y convivir con sus tentativas de triunfo sobre mí. Para R. era inconcebible admitir que ella estuviera usando algún placer en la agresión o en la tentativa de controlarme.

En la primera sesión después de un fin de semana, R. entró en la sala usando un par de gafas oscuras. Estaba exageradamente abrigada y se apoyaba en la pared, dramatizando un sufrimiento muy intenso. Al ver esa escena me dio una sensación de irritación y rechazo ante lo que me parecía que era una representación teatral. Es muy probable que, en tono irónico, le haya dicho: “Pero, ¿qué haces así?”

R. dejó que su cuerpo se desplomara en el diván. Movía la cabeza, balanceándola a los lados y gemía. Me di cuenta de que mi reacción había sido crítica y hostil. No era la primera vez que yo la veía así, pero involuntariamente dejé que apareciera mi sorpresa e indignación.

Yo tenía experiencias anteriores de interpretaciones, tales como: Te estás escondiendo de algo; el fin de semana te dejó con un sentimiento de desprotección, de abandono. Si embargo, parecía que esas frases no llegaban a afectar el núcleo real de los conflictos de R.

De a poco, percibí que mi irritación se debía a la incorporación de las proyecciones de aspectos parentales de R. El desprecio o la crítica de sus padres y de ella misma ante sus actitudes inadecuadas. Solamente llegué a esa conclusión después de que me di cuenta de que la estaba rechazando, identificado con algo que sonaba falso en mí, despertado por las proyecciones de la paciente y enmascarado por la seudosabiduría analítica, reproductora de algún aspecto narcisista o imago parental infantil, mío y de ella. Para ser más claro, cuando cada uno de los miembros del par puede identificar la propia arrogancia, la sesión puede evolucionar mediante las manifestaciones simbólicas y verbales.

Puede ser realizada u oída la interpretación de los sentimientos de ser despreciada, de no ser deseada o amada, y también de no aceptarse como portadora de esos sentimientos en relación a los padres y a sí misma. Aparecieron asociaciones de ideas relacionadas a la depresión materna y a sentimientos de caos vividos en esas situaciones.

R. tenía miedo de desear. Parecía que el deseo era una amenaza a su existencia. Por otra parte, existir tenía un carácter de hacer del otro una prolongación de sus deseos para no frustrarse.

Toda esa evolución pudo ocurrir cuando percibí la existencia, como analista-padre, de un sentimiento de reprobación para con ella. Yo había asumido el papel proyectado de sus figuras parentales que entraban en consonancia con mis deseos, como padre, de cambiar la situación.

Al recibirla con un “Pero, ¿qué haces así?”, aunque pudiera estar bromeando, de cualquier manera yo estaba mostrando mi ironía, indignación y hostilidad. Esa reacción involuntaria dejó aparecer aspectos de mis propias experiencias infantiles y actuales como padre, y rasgos de mi personalidad.

La capacidad de entrar en contacto con esos aspectos y asumirlos interiormente me permitió vivir en la relación analítica, de manera impulsiva y dramatizada, los conflictos de R.

Mucho de la comprensión que aquí intento transmitir fue posterior al hecho. Sin embargo, contribuyó para que yo pudiera tener un contacto más grande con aspectos de mi persona que hasta ese momento me eran desconocidos, a pesar de los años de análisis y supervisión.

Entrar en contacto con aspectos de mi propia autoestima, a raíz de mis sentimientos de inmadurez profesional, le propició a R. la oportunidad para integrar a su self la percepción de los límites.

R. creía que “querer es poder”. Se peleaba mucho porque pensaba que por ese camino, sus deseos iban a realizarse, a ser escuchados. La frustración representaba el fracaso personal. Ella quería expulsar de la mente ciertas fantasías sexuales y agresivas usando la misma violencia consigo misma. Los conflictos de R. parecía que estaban centralizados en la necesidad de ser amada y deseada, como expresión de su sentimiento de existir. Como contraparte de su agresividad, ella tenía fantasías de culpa y de abandono. R. se defendía de ella misma, de la posibilidad de identificar e integrar aspectos de su identidad primitiva. Éstos se confundían, muchas veces, con los introyectados de las figuras parentales primitivas. Eran cuestiones vinculadas a su dependencia, omnipotencia, fragilidad, que R. las vivía como hostiles a su autoestima. Inconscientemente luchaba por el deseo de no tener deseos.

Durante la evolución del proceso analítico, pude interpretar que las gafas oscuras y los abrigos que usaba eran los medios de defenderse de las agresiones de la vida, entre ellas, sus propios deseos.

R. pudo llegar a compararse a alguien que se protege del sol o del frío. Ella me dijo: “Sacarme las gafas oscuras, de repente, puede ser muy peligroso y necesito tener mucha cautela”.

Le dije: “Es necesario prepararse para eso”

R. concluyó: “Ver la luz de una vez, puede llegar a enceguecer para siempre”.

Yo le contesté: “lo mismo pasa con el dolor, con la percepción, con el sufrimiento que se siente, cuando percibimos en nosotros mismos la existencia de cosas que no nos gusta admitir que tenemos”.

De a poco, a medida que “pude sacarme mis gafas oscuras internas” y reconocer mis propios mecanismos defensivos y sentir el dolor que eso representaba para la autoestima (R. me ponía directamente en contacto con todo eso) me fue posible contribuir para que la paciente, a su ritmo,

disminuyera sus defensas y estableciese un contacto más efectivo con su mundo interior y con la realidad externa.

En otra sesión, R. se mostró muy sensual. Se sentó frente a mí. Estaba bien vestida, usaba una bonita falda, diferente de su manera habitual de venir a las sesiones. Se puso a contarme cómo había sido su día. De manera displicente descruzó las piernas, exhibiendo su intimidad. Movía las piernas con movimientos masturbatorios. La situación erotizada me dejó intimidado y excitado. Cuando me di cuenta de mi estado, me armé de valor y delicadamente le pregunté si ella se había dado cuenta de que su acto estaba erotizando nuestra relación.

En un primer instante, pensé que la excitación podría ser una forma de atacar mi capacidad de pensar. Y lo era. Pero, tal vez había otra cosa que estaba detrás de esa actitud tan explícita. También me estaba defendiendo de mi sexualidad, de la percepción de mis fantasías incestuosas y actuales. Al darme cuenta de la situación, hacer un soliloquio y aceptar la presencia de una situación erótica, pude dialogar con R. sobre su cuerpo, su feminidad. También pude verla como mujer y llegué a conversar sobre los poderes y los usos que ella podía hacer de los factores mencionados en una relación afectiva.

Descubrió el poder de erotización como una forma de atracción y búsqueda de afecto. Ese comportamiento, aparentemente de expresión genital, pasaba a revelar aspectos de naturaleza extremadamente primitiva. Surgieron asociaciones vinculadas a las intolerancias maternas, los miedos por las amenazas de separación de los padres y el odio por haber sido una adulta prematura al tener que cuidar a la madre en sus períodos de depresión. La existencia de un sentimiento de dolor profundo por haber sido ofendida emergió a consecuencia de las sucesivas experiencias de pérdida y separación. La erotización logró tener el significado de deseo de contacto, de atención, de continente afectivo, en que la vagina representaba la boca y el pene representaba el seno materno. Algo relacionado a continente y contenido.

Pick (1985) dijo que “si existe una boca que busca un seno como un potencial en el recién nacido también hay un equivalente psicológico, un estado de la mente que busca a otro estado mental. Las identificaciones proyectivas del paciente son acciones que en parte tienden a producir



reacciones. El analista puede controlar eso tan rápidamente que no tenga consciencia de su reacción. Ese es un factor crucial”.

Consideré que sus movimientos masturbatorios despertaban en mí un estado de la mente que correspondía a su necesidad de mantenerme atento a ella. De cuidarla. Había, quizás, una especie de desplazamiento geográfico. La relación ojo/vagina podía ser la representación sexual de una relación ojo/ojo que el bebé establece con la madre.

Lo que podría parecer una relación perversa con el analista era, según lo creo yo, una forma de utilización del cuerpo para lograr, inconscientemente, niveles de comunicación muy primitivos.

Fue necesario recurrir a la percepción y aceptar mi sexualidad presente en la relación, enmascarada por el pudor u otros elementos censores, para recorrer un camino que me era, inconscientemente, indicado por R. De esa manera pude diferenciar que aquella situación extremadamente delicada y sensible, vivida en la relación transferencial/contratransferencial, podía referirse a una experiencia emocional prematura en la infancia, la que yo también tenía dentro de mí: la del bebé en contacto con el seno materno mientras las miradas se entrecruzan.

Se identificaron las fantasías inconscientes de R. y ella evolucionó hasta comprender sus dificultades de contener y lidiar con sus impulsos, ideas y deseos. Faltaba piel psíquica. Eso era el resultado de sus experiencias emocionales primitivas muy poco estructurantes. Es que, en realidad, un falso self se había estructurado. Era necesario que ambos nos despojáramos en nuestras mentes para revelar la autenticidad de los deseos primitivos y actuales, y sin esquivarnos de ellos mediante las “gafas oscuras”.

Fue necesario que R. entrara en contacto con los aspectos de su vida mental primitiva para poder luchar con su estructura sincicial, rumbo a la estructuración de su identidad adulta. Durante el análisis de R, yo viví innumerables situaciones de esa naturaleza. Al fin, pude aprender a identificar en mí a ciertas reacciones que son indicativas de una comunicación primitiva que se está procesando en la relación transferencial/contratransferencial.

Según mi manera de ver, los reflejos o productos finales que emergen y son perceptibles de la contratransferencia funcionan como un “sistema receptor” como señalizadores de una red asociativa subyacente.

La percepción puede ocurrir, por ejemplo, mediante una cierta inquietud, irritación, rabia, sensación de culpa, malestar, modorra, cansancio, o una especie de vibración en mi cuerpo que me alerta de la existencia de un proceso psíquico subyacente.

Al respecto de esa paciente, fue la sensación de estar luchando con algo muy delicado y vulnerable que requería extremo cuidado y atención. Supuse que ella podría estar repitiendo un tipo de relación perversa, que había hecho parte del vínculo con su madre durante las fases depresivas de ésta, una de ellas después del nacimiento de R. Formulé la hipótesis de que podría haber ocurrido fallas en relación a la “capacidad de preocupación materna primaria”, tal como lo sugiere Winnicott (1956) y a la formación de la piel psíquica, concepto aportado por Bick (1968).

Por medio de la percepción de derivados de la reacción contratransferencial también se hizo posible la identificación de aspectos que R. no soportaba incorporar como partes de su persona (envidia, pasividad, dependencia).

De manera inconsciente, por medio de la transferencia especular, ella utilizaba un derivado de las identificaciones proyectivas masivas. La paciente realizaba un sistema de identificación de aspectos suyos, inconscientemente hostilizados y proyectados, en el mundo exterior, en el analista. R. se refería a la envidia que yo sentía de ella, de su juventud y libertad (que podía ser verdad en mi mundo imaginario).

En determinados momentos se daba una relación enmarañada e indiscriminada, en la que el analista se veía siendo analizado por la paciente. Debo reconocer que su percepción del mundo exterior era muy aguzada. Sus observaciones me llevaban a tener que luchar contra mi omnipotencia y arrogancia profesionales, pudiendo sentir el dolor y la humildad necesarios como para reintroyectar en el self mis aspectos escindidos, proyectados o censurados.

Me acuerdo de que en lo íntimo de mi ser había el cuestionamiento de hasta dónde ella estaría captando algo mío, fruto de su percepción o de sus proyecciones. De cualquier manera, yo era capaz de identificar tanto en ella como en mi persona a los aspectos que ella identificaba en mí mismo. Disfrazarlos sería perpetuar una relación basada en el falso self.

Después de un tiempo mi identificación de la existencia de los aspectos que ella había señalado en mi persona me abrió un camino para discriminar lo que era realmente mío, lo que era de ella y lo que se despertaba en mí gracias a las proyecciones efectuadas por la paciente.

No significaba la imposición de que el analista tenía que revelarse ante la paciente. Era una cuestión de cambio de estado mental. De la posibilidad de que el analista salga de un estado defensivo, se libre de un falso self, y sea auténtico. Esto, siempre vinculado a la condición de entrar en contacto con los aspectos sentidos como negativos.

En la relación transferencial/contratransferencial hubo una sucesión de identificaciones y proyecciones, de identificaciones proyectivas y contraidentificaciones proyectivas, con oscilaciones de la posición esquizo-paranoide a la posición depresiva, que recorrían una red asociativa hasta lograr el significado simbólico.

Se trató de una interacción dura, directa y concreta porque la identificación, por parte del analista de los aspectos proyectados en él, a partir de la posición depresiva le permite relajar sus defensas y colocarse de manera más comprensiva y continente.

En secuencia, la paciente podía identificar a los aspectos proyectados, ya sea del self o de la representación del objeto interno. A partir de ese momento se daba la elaboración de los mecanismos internos basados en esa experiencia concretamente vivida en la relación con el analista.

Creo que es dentro de ese contexto que se crea el sentimiento de empatía, o sea, cuando el analista no tiene miedo a sus propios afectos y hasta inclusive puede llegar a hablar de ellos en determinadas circunstancias. Esa actitud mental indica una reciprocidad identificatoria y le facilita, al analizando, tener el *insight*, elaborar e incorporar sus afectos e ideas “splittadas” de su yo como también reparar su relación con los objetos y con las partes del self dentro de su mundo interno.

Cuando los *actings out* contratransferenciales son rápidos y ocasionales, el analista puede llegar a no percibirlos. Pero si él está atento al análisis de sus propias reacciones, tendrá la posibilidad de detectar reflejos de sus manifestaciones inconscientes, aunque sea *a posteriori*. Con eso, se abre

la posibilidad de reanudar la distancia necesaria para la capacidad de pensar, reparar y elaborar, dando continuidad a la función analítica. Son movimientos regresivos involuntarios que posibilitan la identificación vivencial, antes de la emergencia de lo racional, de los fenómenos que se están dando en ese momento de la relación.

Denomino “distancia necesaria” a la capacidad del analista de mantener una parte de su yo alejada y disponible (atenta) para observar y vivir los fenómenos que ocurren en la interacción entre su paciente y él, como también en el analista mismo. Esa compleja relación, que es la relación transferencial/contratransferencial, ocurre como en cualquier relación humana, en varios niveles en que se hacen presentes los que los fenómenos regresivos y elaborativos.

Pacientes psicóticos, borderline y muchos adolescentes en crisis de identidad presentan una liberación de impulsividad, de agresividad, labilidad emocional, disminución de la capacidad de discriminación entre lo fantástico y lo real, entre realidad interna y mundo exterior. Existe un predominio de mecanismos defensivos primitivos como la omnipotencia, idealización, negación de la realidad e intensas identificaciones proyectivas. Aparecen dificultades en la organización temporal-espacial, conflictos vinculados a la imagen corporal, y *actings out* frecuentes, como expresiones directas del funcionamiento mental primitivo. Ese conjunto de factores enunciados expresa o se manifiesta a raíz de la fragilidad yoica. En esos pacientes, los aspectos narcisistas son fácilmente emergentes.

La experiencia clínica ha demostrado que esos pacientes tienden a movilizar, en el analista, constantes reacciones contratransferenciales. Éstas son consecuentes a las proyecciones intensas que ocurren durante el proceso de individuación y búsqueda de la identidad adulta.

Sospecho que en las reacciones contratransferenciales existen factores que trascienden a la cuestión del análisis personal, de las supervisiones, de la madurez profesional y de los conocimientos teóricos para captar a esos fenómenos primitivos. Son factores, así lo veo yo, inherentes a la estructura mental y que necesitan el auxilio de la contratransferencia para ser percibidos:

a) hay modelos de manifestación de la vida psíquica o de comportamientos, de naturaleza onto y filogenética, que están profundamente registrados (imprinting) en la memoria criptogenética del analista. Su percepción, por

parte del analista, ocurre a partir de las proyecciones del paciente y esos aspectos son identificados, por el analista, inicialmente de forma inconsciente y posteriormente mediante los reflejos de su reacción contratransferencial.

A partir de la percepción de esa reacción mencionada, el analista podrá llegar a construir emocionalmente y elaborar -mediante el interjuego de proyecciones e introyecciones originadas de las asociaciones libres- la comprensión del fenómeno que está ocurriendo en sí mismo y evolucionar para comprender a su paciente.

b) El manejo de las ansiedades y de los mecanismos de defensa primitivos es difícil. Ellos pueden provocar, en el analista, un sentimiento de amenaza de desintegración, de pérdida de los límites existentes entre su propio self y el objeto. Pienso que en ese fenómeno reside una de las dificultades de trabajar con pacientes adolescentes. Kernberg (1980) señala que esos mecanismos son prevalecientes entre pacientes psicóticos y *borderline*, a los que agrego los adolescentes en crisis de identidad.

Storolow (1983) menciona que la contratransferencia puede tener una característica funcional. Ella le sirve al paciente cuando éste, en virtud de sus necesidades narcisistas, moviliza odio en el analista, como expresión de control omnipotente, por ejemplo, ante el sentimiento de dependencia infantil. Existiría la tendencia a identificar a esos pacientes con aspectos rechazados de nuestros propios self o de nuestros objetos infantiles. En esas transferencias narcisistas, el paciente utiliza al analista como un self-objeto, así como el bebé utiliza a la madre como un elemento para ejercer su omnipotencia y de esa manera su existencia puede alcanzar significado, de acuerdo con el pensamiento de Winnicott. Este autor nos muestra la importancia de la ilusión oriunda del control omnipotente sobre el objeto para que se establezca el sentimiento de ser.

Será un analista-madre suficientemente bueno, quien se permita ser el objeto continente de los impulsos amorosos y agresivos "*splittados*". Mediante ese objeto primitivo, los aspectos narcisistas del paciente podrán ser reintegrados a los diferentes aspectos del self.

Concuerdo con Kohut (1971) cuando dice: "el analista desempeña una función que el paciente todavía no puede desempeñar por sí mismo", y que el paciente, por medio de su experiencia analítica, vivida en la compleja relación

transferencial/contratransferencial, tiene la posibilidad de identificar, construir o reformular distorsiones ocurridas durante sus experiencias infantiles.

Me parece que en el proceso de investigación psicoanalítica el analista necesita desarrollar algunos atributos de su personalidad, tales como: sensibilidad para los fenómenos psíquicos, humildad, una dosis de audacia, amor para buscar su verdad, la del paciente y de la relación entre ambos.

Termino este capítulo reproduciendo un trecho del libro de Julio de Mello Filho (1989) sobre Winnicott, en el que sintetiza la postura contratransferencial del analista: “Winnicott escribe sobre la importancia de que el analista sea él mismo frente a sus pacientes, ser auténtico, espontáneo, que deje fluir a su verdadero self, el que muchas veces está oculto atrás de una supuesta neutralidad. El analista es vulnerable a sus pacientes, eso significa que él es humano y que lo pueden afectar los sentimientos y las emociones de sus clientes y así él puede comprender los dramas y las vicisitudes de ellos”.

## BIBLIOGRAFIA.

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. *La Adolescencia Normal*. Buenos Aires: Paidós, 1971.

ABERASTURY, A. y Colaboradores. *Adolescencia*. Buenos Aires: Kargierman, 1972.

BICK, E. The Experience of The Skin in early object relations. *Int. J. Psycho-Anal.*, volumen 49, pp. 484-6, 1968.

BLEGER, J. La Identidad del Adolescente: Fundamentos y Tipicidad. In: BLEGER, J. y Colaboradores. *La Identidad en el Adolescente*. Buenos Aires: Paidós- Asappia, 1973.

ETCHEGOYEN, R.H. *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

GREENSON, R.R. Loving, Hating and Indifference Towards the Patient. *Int. Rev. Psycho-Anal.* Volumen 1, pp. 259-66, 1977.

GRINBERG, L. On a Specific Aspects of Counter-Transference Due to the Patient's Projective Identifications. *Int. J. Psycho-Anal.* V. 43, pp. 436-440, 1962.

HEIMANN, P. On Counter-Transference. *Int. J. Psycho-Anal.* V.31, pp. 81-4, 1950.

KERNBERG, O. *Mundo Interior e Realidade Exterior: Teoria Aplicada às Relações Objetivas*. Rio de Janeiro: Imago, 1989.

KOHUT, H. *Análise do Self*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

LEVISKY, D.L. Acting Out na Análise de Crianças: um meio de comunicação. *Rev. Bras. Psicanal.*, v. 21, pp. 509-27, 1987.

\_\_\_\_\_. Inscrição Mental Pré-Verbal e Contratransferência. *Rev. Bras. Psicanal.*, v.23, pp. 137-54, 1989.

MELLO FILHO, J. *O Ser e O Viver: Uma Visão da obra de Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

MOELLER, M.L. Self and Object in Counter-Transference. *Int. J. Psycho-Anal.*, v.58, p. 365, 1977.

MONER-KYRLE, R.E. Normal Counter-Transference and Some of this Deviations. *Int. J. Psycho-Anal.*, v.37, pp. 360-74, 1956.

PICK, I.B. Working through in The Counter-Transference. *Int. J. Psycho-Anal.*, v.66, pp. 157-66, 1985.

RACKER, H. *Estudos sobre Técnica Psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

ROSENFELD, H. *Impasse e Interpretação: Fatores Terapêuticos e Antiterapêuticos no Tratamento Psicanalítico de Pacientes Neuróticos, Psicóticos e Fronteiriços*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

STOROLOW, R.D. & LACHMANN, F. M. *Psicanálise das Paradas de Desenvolvimento: Teoria e Tratamento*. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

WINNICOTT, D.W. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

\_\_\_\_\_. O Ódio na Contratransferência. In: WINNICOTT, D.W. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

\_\_\_\_\_. Preocupação Materna Primária. In: WINNICOTT, D.W. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

\_\_\_\_\_. *Sum, I am, in Home is Where We Start from*. Londres: W.W. Norton Company, 1986.

O livro pode ser encontrado no endereço:

LUMEN

Rua Viamonte, 1674 – Buenos Aires – Argentina

E-mail: [editorial@lumen.com.ar](mailto:editorial@lumen.com.ar)