

## Contratransferencia

### De cómo Cenicienta se transformó en princesa

#### 3.1 De cómo Cenicienta se transformó en princesa

Ya desde su descubrimiento, la contratransferencia fue puesta por Freud (1910d) en una relación dinámica con la transferencia del paciente: ella surge "en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente" (1910d, p.136). Freud subraya que "cada psicoanalista sólo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores" (1910d, p.136). Así, se establece para el analista la necesidad de someterse a un análisis didáctico para liberarse de sus propios "puntos ciegos".

La contratransferencia mantuvo durante decenios un significado negativo debido a que las recomendaciones técnicas de Freud, que encontraron su expresión en metáforas de gran impacto, tales como "refleja como un espejo" o "sé como un frío cirujano", fueron tomadas de manera literal. El fundador del psicoanálisis debió darle gran valor a la "purificación psicoanalítica" (1912e, p.115), cuya meta era poder comprender al paciente libre de prejuicios y valoraciones, no sólo debido a su preocupación por el peligro que corría el método psicoanalítico a través de su mal uso, sino también por motivos científicos. El que la ecuación personal del analista permaneciera, aun después de dominar el influjo distorsionador de la con-tratransferencia (esto es, idealmente después de su eliminación), fue algo que se aceptó con pesar como inevitable. Freud pudo consolarse con el hecho de que la ecuación personal tampoco puede ser eliminada durante la observación en la as-tronomía, donde había sido descubierta. En todo caso, él esperaba que del análisis didáctico se alcanzara tal uniformidad de la ecuación personal, que algún día se lograría un satisfactorio consenso entre los analistas (Freud 1926e, p.206). Estas razones contribuyeron en forma decisiva a que las historias de los conceptos de transferencia y de contratransferencia transcurrieran de forma tan distinta. Los des-arrollos separados desembocaron mucho más tarde en el reconocimiento de "que nos vemos enfrentados a un sistema de relaciones donde un factor es función del otro" (Loch 1965a, p.15). Neyraut (1974) llega a conclusiones similares en su estudio *Le transfert*. Kemper (1969) habló de una "unidad funcional" entre trans-ferencia y contratransferencia. Anteriormente, Fliess (1953) había ido ya tan lejos como para ver en ciertos fenómenos transferenciales una reacción a la contratrans-ferencia del analista. Esta reciprocidad también es subrayada por Moeller (1977).

Mientras la transferencia, de ser un obstáculo principal, pasó a constituir en corto tiempo el instrumento más poderoso del tratamiento, la contratransferencia mantuvo su imagen negativa por casi 40 años. Esta contradecía el antiguo y vene-rable ideal científico al cual Freud se sentía obligado y cuya realización le

con-venía, no sólo por propio convencimiento, sino también por la reputación del dis-cutido método. En la historia de la ciencia, la analogía del espejo ya se encuentra en la doctrina de los ídolos de Francis Bacon (1961 [1620]), donde ésta estaba unida a la noción de objetividad de que la verdadera naturaleza saldría a relucir después de la limpieza del espejo observador y reflectante y después de la eli-minación de todos los elementos subjetivos. De ahí se derivó la exigencia de eli-minar la contratransferencia, esto es, los puntos ciegos y otras suciedades del espejo. De la exigencia de superar los propios conflictos neuróticos y en especial su manifestación en la contratransferencia con el paciente, se desarrolló una actitud casi fóbica hacia los propios sentimientos.

En el párrafo que sigue, Freud se dirige con sus recomendaciones, en especial al psicoanalista joven y ambicioso que emprende el camino de sanar, no por medio de una terapia de sugestión, sino precisamente a través de un psicoanálisis auténtico, y le advierte que no utilice demasiado la propia individualidad, aunque esto sea ciertamente muy tentador:

Uno creería de todo punto admisible, y hasta cierto punto adecuado para superar las resistencias subsistentes en el enfermo, que el médico le deje ver sus propios defectos y conflictos anímicos, le posibilite ponerse en un pie de igualdad mediante unas comunicaciones sobre su vida hechas en confianza. Una confianza vale la otra, y quien pida intimidad de otro tiene que testimoniarle la suya. [...] La experiencia no confirma la bondad de esa técnica afectiva. Tampoco es difícil inteligir que con ella se abandona el terreno psicoanalítico y se aproxima a los tratamientos por sugestión. Así se consigue que el paciente comunique antes y con más facilidad lo que a él mismo le es notorio pero habría retenido aún un tiempo por resistencias convencionales. Sin embargo, esa técnica no ayuda en nada a descubrir lo inconsciente para el enfermo; lo inhabilita aún más para superar resistencias más profundas, y en casos graves por regla general fracasa ante la avidez despertada del enfermo, a quien le gustaría invertir la relación pues encuentra el análisis del médico más interesante que el suyo propio. También la solución de la transferencia, una de las principales tareas de la cura, es dificultada por la actitud intimista del médico, de suerte que la ganancia que pudiera obtener al comienzo es más que compensada en definitiva. Por eso, no vacilo en desestimar por errónea esta variedad de la técnica. El médico no debe ser transparente para el analizado, sino, como la luna de un espejo, mostrar sólo lo que le es mostrado. Por lo demás, en la práctica es inobjetable que un psicoterapeuta contamine un tramo de análisis con una porción de influjo sugestivo [...]; pero corresponde exigirle que tenga bien en claro lo que emprende, y sepa que su método no es el psicoanálisis correcto (Freud 1912e, p.117).

Aquello que el psicoterapeuta puede y el psicoanalista no puede, lo que diferencia pues a la psicoterapia del psicoanálisis, es hoy tan actual como antes y lo más fácil ha sido definirlo mediante reglas. En esta definición de contratransferencia quedó atascada toda la problemática de la influencia sugestiva, un problema práctico y científico considerable. En el miedo a la contratransferencia no se trata sólo entonces de un asunto personal. La responsabilidad profesional exige al analista

evitar influencias desfavorables, y la contratransferencia llegó a ser el símbolo de ellas. Fue la cenicienta de la técnica psicoanalítica y sólo inmediatamente después de su transformación en princesa fue posible descubrirle otras cualidades. Por cierto, ya desde algún tiempo antes del reconocimiento oficial, existía una sospecha preconsciente sobre sus bellezas ocultas. Pero el murmullo no pudo hacerse oír, de manera que la metamorfosis apareció llevándose a cabo de la noche a la mañana. La admiración que ahora se tiene a "la princesa" permite suponer que muchos psicoanalistas se sintieron inmediatamente liberados, de manera semejante como después de la brillante rehabilitación del narcisismo por Kohut. Lo fuerte que influyó la evitación fóbica, se reconoce en el hecho de que, sólo alrededor de 30 a 40 años después del descubrimiento de la contratransferencia por Freud (1910d, p.136), el tema fuera colocado, mediante las publicaciones de A. y M. Balint (1939), Berman (1949), Winnicott (1949), A. Reich (1951), Cohen (1952), Gitelson (1952) y Little (1951), en una nueva perspectiva. De manera particular, la original contribución de Heimann (1950) se consideró, retrospectivamente, el punto de viraje; por tal razón hablaremos más adelante en forma detallada sobre esta publicación.

La historia de este concepto (Orr, 1954; Tower, 1956) muestra que las publicaciones de los años cincuenta recién nombradas tuvieron algunos precursores. Cuán ocultos se mantuvieron los aspectos positivos de la contratransferencia, puede verse en el trabajo de Deutsch que falta en el estudio de Orr, por lo demás completo. Deutsch (1926) publicó sus reflexiones pioneras, que habrían de ser continuadas por Racker (1968), sobre la relación entre la contratransferencia y la empatía, bajo el título de Procesos ocultos durante el psicoanálisis. ¡No es de asombrarse que estas ideas permanecieran ocultas! Los trabajos de Ferenczi (1964 [1918]), Stern (1924), Ferenczi y Rank (1924), Reich (1933) y A. Balint (1936) no ejercieron ninguna influencia digna de mención.

Fenichel (1941) constató relativamente temprano que el miedo a la contratransferencia podría llevar al analista a sofocar cualquier reacción humana natural frente al paciente. Según él, pacientes que anteriormente habían estado en tratamiento con otros analistas, le habrían expresado su sorpresa por su libertad y naturalidad. Ellos creían que el analista era alguien especial a quien no le sería permitido ser humano. Para Fenichel, sin embargo, debiera precisamente predominar la impresión contraria: el paciente tendría siempre que poder confiarse en la humanidad de su analista (Fenichel 1941, p. 74). También Berman (1949) enfatiza que la valoración negativa de la contratransferencia podría conducir a actitudes rígidas y anti-terapéuticas. El clima emocional óptimo, lo caracteriza a través de anécdotas clínicas, de las cuales se puede deducir cuán importante es el significado terapéutico de una preocupación sentida y del interés genuino y cálido del analista. Según él, este aspecto del proceso psicoanalítico, al cual muchos connotados analistas han contribuido con su ejemplo, sigue, sin embargo, viviendo más bien en la transmisión personal e informal.

Este tesoro de experiencia, transmitido sólo por tradición oral, no llegó a ser fructífero porque las reglas del juego de Freud se ritualizaron. Debido a que la especial sobrecarga de nuestra profesión no cambia de generación en generación, se entiende que desde hace medio siglo, el discutido tema en la historia del psicoanálisis se encuentre en un lugar destacado en todos los simposios representativos

sobre técnica psicoanalítica de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Las discusiones acerca de las recomendaciones técnicas de Freud -ejemplificadas y destacadas por términos como la analogía del espejo, frialdad de sentimientos, neutralidad e incógnito- se repiten constantemente debido a que cada psicoanalista se ve, siempre de nuevo, enfrentado a las multifacéticas interferencias de una situación compleja. Por eso, aquellas soluciones que prometen seguridad y fácil manejo, logran aparentemente una gran aceptación. Por lo tanto, así como se entiende que sean precisamente los principiantes quienes se adhieran firmemente a los términos literales, el que cada nueva generación de psicoanalistas, una y otra vez, recurra a la letra en vez de hacerlo a su sentido histórico, no debiera verse como una inevitable compulsión a la repetición.

La posterior aclaración de los fundamentos de la terapia contribuyó a colocar a la contratransferencia en una nueva perspectiva. El hecho de que muchos autores tomaran igual dirección, al mismo tiempo pero de manera independiente, demuestra que los tiempos estaban maduros para transformaciones profundas. Balint y Tarachow (1950) afirmaron que la técnica psicoanalítica había entrado en una nueva fase de su desarrollo. Hasta ese momento, se habría tratado principalmente del análisis de la transferencia, esto es, de la contribución del paciente al proceso terapéutico. En la fase que entonces se anunciaba, el centro del interés práctico lo pasaría a ocupar el aporte del analista, en especial en relación a su contratransferencia.

Por las siguientes razones queremos destacar ejemplarmente las contribuciones de Heimann (1950, 1960):

1. Su presentación de 1950 marca el punto de viraje hacia la concepción total, que considera todos los sentimientos del analista con respecto a su paciente como contratransferencia.
2. Heimann enfatizó, como ningún otro autor, el valor positivo de la contratransferencia como ayuda diagnóstica esencial y también como instrumento de investigación psicoanalítico, y explicó la contratransferencia como creación del paciente .
3. Con ello, los sentimientos contratransferenciales en alguna medida se despersonalizaron: ciertamente se originan en el analista, pero como productos del paciente. Mientras más se abra el analista a su contratransferencia, más adecuada será ésta como ayuda diagnóstica, puesto que el origen de la contratransferencia fue retrotraído al paciente y en un principio explicado por Heimann como identificación proyectiva, en el sentido de Klein.
4. Heimann inauguró la concepción total de la contratransferencia, pero después de 1950 hizo numerosos comentarios críticos sobre los "malentendidos". Las discusiones que se llevaron a cabo en Heidelberg y Francfort en el marco de las investigaciones sobre procesos interpretativos iniciadas por Thomä (1967), estimularon a Heimann a posteriores aclaraciones, que la condujeron a sus publicaciones sobre el proceso cognitivo del analista (1969, 1977). Mientras tanto, la propia Heimann se distanciaba de su tesis, de que la contratransferencia sería una creación del paciente, hasta el punto de asombrarse de haber hecho alguna vez tal afirmación (en conversación personal con B. y H. Thomä el 3 de agosto de 1980); esta idea, sin embargo, hacía tiempo ya que se había independizado.

Ya que la mayoría de los analistas experimentan un proceso de aprendizaje lleno de conflictos (el cual se va haciendo cada vez más difícil debido a la prolongación creciente de los análisis didácticos), es a nuestro entender lícito mencionar acá este tipo de recuerdos personales. Heimann es a este respecto un ejemplo típico. Sólo en sus últimas publicaciones (1978), fundamentó el uso terapéutico de la contra-transferencia sin recurrir a la identificación proyectiva e independientemente de las teorías de Klein.

Para liberar a Cenicienta de sus marcas de nacimiento que le había impuesto su padre espiritual, fue necesario una partera especialmente habilidosa, pues los cambios conceptuales producen en los analistas profundos conflictos profesionales y personales. Ellos pueden ser mitigados cuando se hace plausible una conexión interpretativa con Freud. Heimann tenía buenas razones para tratar la contra-transferencia con guantes de seda. Hoy día, sabemos por King (1983) que tanto Hoffer como Klein la presionaron para disuadirla de presentar su trabajo *On Counter-Transference* (1950) en el Congreso Psicoanalítico Internacional de Zúrich (1949). Es comprensible, entonces, que hiciera uso de una estratagema: dijo que, en realidad, se sabe que en esta materia Freud había visto las cosas ya de manera bastante semejante o al menos había actuado en la práctica según ese parecer, sólo que fue mal interpretado. De esta manera diplomática, se refirió Heimann a las malas interpretaciones ("misreadings") a las que habrían conducido las afirmaciones de Freud sobre la contratransferencia y sus analogías del espejo y del cirujano. Nerenz (1983) va últimamente aún más lejos y afirma que Freud fue mal-entendido a causa de una "leyenda" en la que se reinterpretó su amplia concepción de la contratransferencia y se le asignó la connotación negativa que generalmente se acepta.

La verdad es que ya Ferenczi (1964 [1918]) había hablado de la resistencia del analista en contra de la contratransferencia. Ferenczi describe tres fases de la contratransferencia. En la primera fase, el analista alcanzaría el control sobre todo aquello que, en su actuar y su hablar e incluso también en su sentir, puede ser causa de complicaciones. Luego, en la segunda fase, caería en la resistencia contra la contratransferencia donde corre el peligro de volverse demasiado brusco y rechazante, con lo cual el surgimiento de la transferencia se retrasaría o se haría totalmente imposible. Es sólo después de la superación de este estadio cuando se alcanza, quizás, la tercera fase: el dominio de la contratransferencia (p.53). En la misma publicación, Ferenczi describió con gran acierto la actitud óptima del analista, como una "oscilación continua entre el libre juego de la fantasía y el examen crítico" (p.54).

El lector se sorprenderá al comprobar que sea precisamente Ferenczi quien, después de alabar el rol de la intuición, agregue lo que sigue: "Por otra parte, el médico debe examinar lógicamente el material proveniente de él mismo y del paciente y regirse, en sus acciones y comunicaciones, exclusivamente según el resultado de estas elucubraciones" (p.53).

Retrospectivamente, se hace comprensible por qué tampoco la descripción de Ferenczi de las tres fases del dominio de la contratransferencia, en nada disminuyera el excesivo miedo a ella, que él señaló como la actitud incorrecta. Pues la habilidad que al principio el analista debe aprender para sofocar sus

propios sentimientos y su exageración en la resistencia contra la contratransferencia, no puede corregirse por medio de la vaga constatación de que ésta no es la posición correcta. Si se ha introducido el severo control emocional como primera experiencia de aprendizaje, no es de extrañarse entonces, que al final surja y se mantenga un miedo exagerado, aun cuando se quiera suprimirlo. En todo caso, la descripción de Ferenczi de la contratransferencia tuvo una escasa influencia en su manejo. Los psicoanalistas siguieron al pie de la letra las recomendaciones técnicas de Freud.

### **3.2 La contratransferencia transfigurada**

La metamorfosis de Cenicienta en espléndida princesa, no podría ser descrita de manera más perfecta, que por la siguiente frase de Heimann, de profundas implicaciones y consecuencias: "La contratransferencia del analista es, no sólo parte esencial de la relación analítica, sino que es la creación del paciente. Ella es una parte de la personalidad del paciente" (1950, p.83; cursiva en el original). De haber sido la contratransferencia, hasta ese momento, una reacción neurótica más o menos intensa del analista frente a la neurosis de transferencia del paciente, que en lo posible debiera ser evitada, llega así ahora, a ser "parte esencial" de la relación analítica y más tarde la contratransferencia "total" (Kernberg 1965). Heimann entiende bajo contratransferencia todos los sentimientos que el analista siente hacia su paciente. Su tesis es que la respuesta emocional del analista a su paciente dentro de la situación analítica, representa una de las herramientas más importantes para su trabajo. La con-tratransferencia es un instrumento de investigación para los procesos inconscientes del paciente [...]. No se ha enfatizado suficientemente que [la situación analítica] es una relación entre dos personas. Lo que diferencia esta relación de otras, no es la presencia de sentimientos sólo en uno de los miembros de la pareja, es decir, en el paciente, y la ausencia en el otro, en el analista, sino, sobre todo, la intensidad de los sentimientos vivenciados y el uso que se hace de ellos, siendo ambos factores interdependientes (Heimann 1950, p.81; cursiva en el original).

Es esencial que el analista tolere sus emociones en vez de descargarlas como el paciente. Las emociones desencadenadas en el analista deben ser subordinadas a la tarea analítica, en la cual él funciona como espejo para el paciente.

El analista necesita, junto con esta atención que trabaja libremente, una sensibilidad libremente reactiva, para poder seguir los vaivenes emocionales del paciente y sus fantasías inconscientes. Nuestro supuesto básico es que el inconsciente del analista entiende el de su paciente. Este contacto en un nivel profundo se manifiesta en la superficie en la forma de sensaciones, que el analista nota como respuesta a su paciente, en su "contratransferencia". Este es el camino más dinámico en el cual la voz del paciente alcanza al analista. En la comparación entre las sensaciones despertadas en él, con las asociaciones y el comportamiento del paciente, el analista obtiene el mejor medio para verificar si acaso ha entendido o no a su paciente (Heimann 1950, p.82).

Puesto que más tarde Heimann misma restringió considerablemente su concepción y quiso probar su validez a través de criterios, podemos dar aquí el tema por terminado. Las teorías en el psicoanálisis no sólo sirven para resolver objetivamente los problemas; ellas están incorporadas en una genealogía, en una tradición familiar. Es muy probable que en la nueva teoría de la contratransferencia, Heimann tratara de conciliar las teorías de sus maestros Reik y Klein. A través de su contratransferencia, el analista escucha con el "tercer oído" de Reik y la "creación del paciente" supuestamente logra penetrar en el analista mediante los mecanismos descritos por Klein.

En la teoría de Klein y su escuela, la capacidad empática del analista depende de que él pueda reconocer en sí mismo los procesos de identificación proyectiva e introyectiva subyacentes a la psicopatología del paciente y que transcurren en él en forma inconsciente. Para esto se dan los siguientes fundamentos:

La posición esquizoparanoide y la depresiva son vistas como necesarias disposiciones del ser humano en general y, bajo condiciones adicionales, también como específicamente patológicas. Las transiciones de lo normal a lo patológico son fluidas. A causa de la supuesta polaridad pulsional innata y la importancia secundaria de la experiencia, todos los hombres están sometidos al desarrollo de ambas posiciones (como "núcleo psicótico" inconsciente) y a sus repercusiones en las identificaciones proyectivas e introyectivas: "El punto de fijación de la enfermedad psicótica está en la fase esquizoparanoide y en el comienzo de la posición depresiva [...]. Si se alcanza la posición depresiva y al menos parcialmente se la elabora, las dificultades que surgen en el desarrollo posterior del individuo, serán de naturaleza neurótica y no psicótica" (Segal 1964; p.61).

Debido a que la posición depresiva permanece inconsciente, la neurosis debe llegar a ser un hecho universal. Por la presencia universal de estas posiciones, el desarrollo del proceso psicoanalítico transcurre, igualmente, según el predominio de una u otra posición, en tanto en cuanto el analista se comporte como espejo límpido y promueva el desarrollo de la neurosis de transferencia en el sentido del desenvolvimiento de la identificación proyectiva e introyectiva. Estos dos procesos determinan el tipo de relación de objeto con los objetos internos y externos, tanto en el paciente como en el analista.

La capacidad empática del analista es explicada, tanto en lo formal como en el contenido, por los dos aspectos de la identificación (Segal 1964). La representación metafórica de la empatía como receptor se asimila a la contratransferencia (Rosenfeld 1955, p.193). A través de la percepción interna, el analista es capaz de retrotraer una determinada sensación hasta la proyección del paciente. Con las siguientes palabras, concluye Bion (1955) la presentación de una viñeta: "Debe haberse notado que mi interpretación se deriva del uso de la teoría de la identificación proyectiva de Klein, primero para aclarar mi contratransferencia y después para forjar la interpretación que le di al paciente" (Bion 1955, p.224). Money-Kyrle describió el desarrollo normal y llano de transferencia y contratransferencia, como una oscilación bastante rápida entre introyección y proyección:

Mientras el paciente habla, el analista se identifica con él, por así decirlo, introyectivamente y después que lo ha entendido desde adentro, será aquél re proyectado e interpretado. Pero yo creo que el analista tiene especial conciencia de la fase proyectiva, esto es, de aquella fase en la cual el paciente representa una parte arcaica, inmadura o enferma de él mismo, incluyendo sus objetos dañados, la cual él [el analista] ahora puede captar y por consiguiente manejar en el mundo externo a través de la interpretación (Money-Kyrle 1956, p.361).

Grinberg (1979) describe la respuesta inconsciente del analista a las proyecciones del paciente como contraidentificación proyectiva. Con este concepto, Grinberg pone la respuesta inconsciente del analista, por así decirlo, fuera del ámbito de la contratransferencia, queriendo enfatizar que el analista "es movido" desde afuera por el paciente.

Los vínculos formales y de contenido de la empatía con los procesos de identificación proyectiva e introyectiva, hacen plenamente capaz de comprensión sólo a aquel analista que ha elaborado psicoanalíticamente y a lo largo de la vida la posición esquizoparanoide y la depresiva. Para la constitución del objeto, según forma y contenido, la teoría kleiniana de las relaciones de objeto adscribe a la persona real del propio medio ambiente una importancia más bien subordinada frente a las fantasías inconscientes en cuanto derivados pulsionales (véase Guntrip, 1961, p.230; 1968, p.415; 1971, pp.54-66). Según esto, el analista realiza mejor su tarea cuando se comporta como un espejo impersonal, como un interpretador neutral (Segal 1964). El psicoanalista kleiniano combina su técnica puramente interpretativa con la mayor neutralidad posible. En términos de la metáfora, el "espejo" no tiene más "puntos ciegos" en la medida en que el analista ha alcanzado las miradas más profundas en sus propias identificaciones proyectivas e introyectivas. En adelante y como un desarrollo inmanente a su sistema, la escuela kleiniana puede exigir que se aplique una técnica puramente psicoanalítica, también en aquellos pacientes con los cuales otros analistas consideran como necesarias variaciones o modificaciones.

Consecuencias y problemas de la concepción total de la contratransferencia  
Bajo un punto de vista científico, es deprimente comprobar que las familias psicoanalíticas logran nuevos desarrollos, sólo por la vía de poner entre paréntesis críticas bien fundamentadas. De este modo, por ejemplo, Heimann no consideró la crítica de Grotjahn (1950) a las ideas de Reik, como tampoco las de Bibring (1947) y Glover (1945) a la doctrina de Klein. A pesar de esto, no es posible valorar más el efecto liberador que tuvo, precisamente, la decisión con que Heimann defendió la contratransferencia como creación del paciente. Diez años más tarde, Heimann debió corregir algunos malentendidos que básicamente consistían en que "algunos" candidatos interpretaban, apoyándose en su artículo, según el "senti-miento". Cuando Heimann criticó esto, los candidatos alegaron apoyarse en su nueva conceptualización de la contratransferencia y no parecían estar dispuestos a controlar las interpretaciones según las contingencias reales en la situación analítica (Heimann 1960). A decir verdad, la autora había alcanzado su objetivo principal de "desterrar el fantasma del analista inhumano, sin sentimientos, y mostrar la utilidad de la contratransferencia" (Heimann 1960,

p.10). Puesto que este fan-tasma vuelve a aparecer en cada nueva generación de psicoanalistas, su destierro debe también cada vez repetirse. Sin duda, esto actualmente se ha facilitado, pues es posible remitirse al precedente sentado por esta distinguida analista. Pero ahora, hay nuevas preguntas que resolver, que no están planteadas en la teoría de la con-tratransferencia de Freud, puesto que desde su punto de vista carecían de sentido.

### **3.3 Consecuencias y problemas de la concepción total de la contratransferencia**

El camino hacia la integración de la contratransferencia parece estar lleno de mal-entendidos, que no sólo aparecen en los candidatos, ni se relacionan sólo con las omisiones reclamadas por Heimann, es decir, el no verificar en la situación analítica las interpretaciones dadas desde la contratransferencia. La nueva forma de entender la contratransferencia tuvo implicaciones para problemas básicos de la técnica psicoanalítica, lo que subsecuentemente condujo a distintos intentos de solución: se trata, nada menos, que del proceso cognitivo en el analista mismo, es decir, del origen y del fundamento de su quehacer terapéutico y en especial de su interpretar específico. En otras palabras, el apoyarse en interpretaciones dadas desde el sentimiento, en el sentido mencionado anteriormente, sin preocuparse de su ve-rificación en la situación analítica y en relación a contingencias objetivas, implica que, ya en su génesis, eo ipso, está también dada su fundamentación, es decir, su validez. Si se realza la contratransferencia como la función perceptiva esencial, el peligro inminente es entonces adjudicarle una capacidad confiable de discerni-miento.

A través de la transformación de Heimann, la contratransferencia pareciera cobrar una estrecha relación con la atención parejamente flotante (véase 7.3). Pues, ¿có-mo es posible llegar desde el escuchar sin intención específica al saber confiable sobre el otro, de tal manera que las propias sensaciones corporales, sentimientos, fantasías y reflexiones correspondan a los procesos inconscientes del paciente, sea en reciprocidad, sea en complementaridad? Desde el momento en que Heimann ele-vó la contratransferencia al rango de un instrumento de investigación, se favoreció la concepción ingenua según la cual el esclarecimiento de la génesis de fantasías en el analista presenta ya también claves confiables y válidas sobre los procesos inconscientes en el paciente. Sin embargo, ¿cómo es posible que la "contratransfe-rencia" de Heimann y la "empatía" de Kohut, herramientas estrechamente emparen-tadas y con una procedencia común e innegable del "tercer oído" de Reik, conduz-can a afirmaciones tan diferentes sobre el inconsciente de sus pacientes? En el ca-pítulo 10 nos ocuparemos por separado del problema de la relación entre origen y fundamentación, tema muy descuidado en el psicoanálisis.

Entre afirmar que la contratransferencia es el núcleo mismo de la relación analítica y la creación del paciente, y justificarlo fundamentadamente, hay un largo camino que recorrer. En vez de avanzar en este sentido, se funciona como si la tesis de Heimann estuviera ya bien fundamentada; tesis que va mucho más allá del destierro del fantasma y de la rehabilitación de la contratransferencia

(incluyendo su base hipotética de explicación en la identificación proyectiva). Y en realidad, se la supone fundamentada a partir de pensamientos y fantasías del analista que aparecen en casos individuales muy determinados. Al final de este capítulo (3.5), resumi-remos nuestras propias investigaciones sobre la génesis de las fantasías en el ana-lista y la fundamentación de su transformación en interpretaciones, inclusive el control en la situación analítica exigido por Heimann. Si se usa la contratrans-ferencia como instrumento de percepción, se trata entonces, entre otras cosas, de la solución de aquel problema que Heimann definió como control en la situación terapéutica. Este control en el sentido de la verificación es tanto más urgente de exigir, cuanto que es fácil caer "en la tentación de proyectar sobre la ciencia, como teoría de validez universal, lo que [el analista], en una sorda percepción de sí mismo, discierna sobre las propiedades de su persona propia" (Freud 1912e, p.116) o, en el caso concreto, de adjudicar al paciente estas peculiaridades en vez de a sí mismo. Precisamente, como en el psicoanálisis se trata de hacer amplio uso de la subjetividad, quisiéramos destacar con Loch (1965a) que para eso es esencial que los analistas tengan clara conciencia de ella, de tal manera que así se pueda llevar la teoría personal al plano de la discusión intersubjetiva. En este punto, debe exigirse distinguir la contratransferencia de la teoría personal; la discusión sobre esta materia puede aclarar cuáles supuestos teóricos de los psicoanalistas encuentran hoy en día aplicación .

En nuestra opinión, la concepción total de la contratransferencia tiene especialmente las siguientes repercusiones teóricas y prácticas: sin variar la exigencia, aún válida, de que los "puntos ciegos" debían ser superados en el sentido de Freud, la concepción total posibilitó una conexión con el modelo freudiano de la percepción psicoanalítica del "receptor" (véase 7.3). La concepción total reanimó entonces una tradición que había sido cultivada especialmente por Reik. Un aspecto secundario de esta tradición es la idea de que la percepción empática, que va de inconsciente a inconsciente, no necesita de otra fundamentación, con lo cual se reclama un tipo particular de cognición "psicoanalítica" de la verdad. Es digno de destacar que el cultivo de esta tradición no se limita a una escuela psicoanalítica en particular.

El intento de los psicoanalistas de orientación kleiniana, de reducir a unos pocos mecanismos típicos las fantasías del analista referentes al paciente y así explicar también su empatía, puede considerarse como otra consecuencia de la visión total de la contratransferencia. En realidad, el uso del concepto de contratransferencia en la escuela kleiniana tiene una historia curiosa. A pesar de que el trabajo de Heimann de 1950 no contiene ninguna referencia directa a la obra de Klein, Grosskurth escribe que "éste fue aceptado como parte esencial del corpus kleiniano, aunque pocos analistas parecen saber que Klein y Heimann tuvieron un serio desacuerdo sobre él, donde Klein insistía que la contratransferencia es algo que interfiere con el análisis [...]. Es generalizada la creencia de que [el concepto] se originó con Klein. Debe recordarse que Klein se había impactado profundamente con la opinión de Freud acerca de los peligros de la contratransferencia" (Gross-kurth 1986, p.378). En el mismo sentido opina Bott-Spillius, quien agrega que "evidentemente ella [Klein] quería guardar la definición de contratransferencia como la transferencia no analizada del analista hacia el

paciente y agregar la idea de empatía como la percepción y entendimiento de las proyecciones del paciente por parte del analista" (Bott-Spillius 1983, p.326; la cursiva es nuestra). La contra-transferencia para Klein era entonces, como la neurosis, objeto de análisis. Sin embargo, como suele suceder en las escuelas de pensamiento psicoanalítico, los discípulos de Klein sacaron las consecuencias de su teoría de la identificación pro-yectiva y la aplicaron a los procesos de comprensión empática, hasta el punto que en los trabajos kleinianos se tiende, en general, a hablar menos de contratransferencia que de transferencia de "partes" de la personalidad del paciente que, por identificación proyectiva, se "meten" en la psiquis del analista. Así, Bion (1959, pp.102-106) y Rosenfeld (1970) llegan a hablar de un tipo de identificación proyectiva normal, al servicio de la comunicación del paciente con el analista.

Si se revisa la obra de Bion, se encontrará que la contratransferencia como tal se menciona rara vez y siempre como teniendo un sentido negativo, reservándose el campo de la comunicación con el paciente, por medio de los mecanismos descritos, a otro terreno de la experiencia interna del analista que se denomina como la función "continente". Este concepto es una nueva versión del modelo del "receptor" de Freud, según la cual el analista llega a ser un "continente" vacío en cuyo interior el paciente deposita partes de sí mismo (Bion 1962b). La capacidad del analista de tomar contacto con estas proyecciones y hacerlas conscientes, es equiparada por Bion a "la capacidad de rêverie de la madre [como] órgano receptor de [...] las autosensaciones del niño [...]" (Bion 1967, p.116; la cursiva es nuestra). Si se asume que el psicoanálisis genuino no es otra cosa que el "trabajo detallado en la transferencia" (Bott-Spillius 1983, p.324) y se entiende la transferencia en el sentido ya descrito, entonces el psicoanálisis no será otra cosa que el análisis de, o desde la contratransferencia, esta vez entendida ésta como la experiencia inmediata del analista con su paciente. Sólo desde esta experiencia el analista mantendrá el contacto emocional, pudiendo entender e interpretar la conducta verbal y no verbal de su paciente (esto es, según su capacidad de rêverie). Lo verdaderamente relevante en la experiencia del analista con su paciente es entonces sólo aquello que proviene de éste último. Estamos pues en el terreno de la concepción total de la contratransferencia.

En nuestra opinión, si aceptamos que los pacientes proyectan partes de sí mismos en el analista, debemos también tomar en cuenta, con Freud (1922b, p.220; la cursiva es nuestra) que, "sin duda lo hacen, pero no proyectan en el aire, por así decir, ni allí donde no hay nada semejante, sino que se dejan guiar por su conocimiento de lo inconsciente y desplazan sobre lo inconsciente del otro la atención que sustraen de su inconsciente propio".

En el mismo trabajo, un poco antes, y refiriéndose a un caso de celotipia, agrega Freud que el ataque [de celos] extraía su material de la observación de mínimos indicios, por los cuales se le había traslucido la coquetería de la mujer, por completo inconsciente e imperceptible para otro. Ora había rozado inadvertidamente con su mano al señor que se sentaba junto a ella, ora había inclinado demasiado su rostro hacia él o le había exhibido una sonrisa más amistosa [...]. El ponía un grado extraordinario de atención en todas las exteriorizaciones del inconsciente de ella, y siempre sabía interpretarlas

rectamente, de suerte que en verdad siempre tenía razón (1922b, p.219; la cursiva es nuestra).

Freud parece no haber sacado las consecuencias teóricas ni técnicas de estas pene-trantes observaciones, de tal manera que quedaron restringidas, por así decirlo, al modo particular de proyectar patológico de un paranoide. Creemos, sin embargo, que apuntan a una verdad mucho más profunda y general, esta es, que la pro-yección nunca se hace en el vacío. Las consecuencias de esta afirmación son mu-chas, pero, para el tema que nos interesa, baste decir que, si el paciente proyecta en el analista partes de sí mismo, proyectará aquellas partes que tengan algo que ver con la realidad del analista en interacción en el "aquí y ahora" con ese paciente en particular. Se colige entonces que la experiencia inmediata del analista con su paciente incluye aspectos reales de sí mismo que no provienen del paciente. En esta misma línea, Hoffman (1983) ha ido mucho más allá, hasta llegar a hablar del "paciente como intérprete de la experiencia del analista", lo cual equivale a llevar el modelo interaccional hasta sus consecuencias lógicas extremas, vale decir, hasta la inversión del paradigma kleiniano, donde ahora las asociaciones del paciente no sólo darán cuenta de los aspectos transferenciales, proyectados en el analista, sino también de las conexiones plausibles entre las fantasías transferenciales y los com-ponentes "reales" de la experiencia "contratransferencial" del analista (véase tam-bién Gill 1982).

Heimann creía que el inconsciente del paciente se expresaba parcialmente en la contratransferencia. Esta afirmación se ligaba en ella con la concepción del análisis como una relación entre dos personas. La idea de que las propias sensaciones pu-dieran ser desencadenadas desde y corresponder con las de otra persona, fue muy pronto llevada al campo del psicoanálisis aplicado. Allí cundió como maleza, pues el psicoanálisis aplicado hace muy difícil realizar el control que Heimann exigía. Así, hoy en día es especialmente popular ver en las fantasías de los participantes de seminarios de técnica un reflejo del inconsciente del paciente. Mientras más ocurrencias tengan los participantes y mientras de manera más convincente el co-ordinador de la reunión logre configurar una fantasía común desde la variedad de puntos de vista, más productivos se considerarán los seminarios. Es cierto que és-tos familiarizan a los participantes con las fantasías y deseos inconscientes que ya-cen detrás de los fenómenos manifiestos. De este modo, el fantasear en conjunto sobre un paciente tiene una función didáctica de primer orden, que de algún modo repercute positivamente en el tratamiento mismo. Sin embargo, en este "de algún modo" está precisamente el "pero" del asunto, pues sólo muy raramente se plan-tean tesis verificables y de regla no se discute el desarrollo posterior del caso. Una verificación clínica más exacta es totalmente imposible, fundamentalmente debido a que son imaginables infinitas variaciones sobre los temas.

De tal manera, nos enfrentamos a una situación paradójica: por un lado es de gran valor didáctico el fantasear y especular libremente en los seminarios casuís-ticos, pero, por otro lado, la distancia con los problemas del paciente ausente y su motivación inconsciente es a menudo inmensa. Ante este dilema se separan las opiniones. El placer en este fantasear en conjunto llega solamente hasta el mo-mento en que se plantea la pregunta acerca de la relación de las ocurrencias de

los participantes del seminario con los pensamientos inconscientes del paciente ausente. Hemos destacado la ausencia del paciente, para con eso recordar que los participantes del seminario tienen información de segunda mano, a través de lo que el analista tratante les ha comunicado. Los participantes del seminario miran como a través de un telescopio cuyo sistema de lentes ha producido múltiples refracciones del objeto observado. Nuestra analogía deja en claro que es imposible trazar el camino del haz de luz sin un conocimiento exacto de cada uno de los sistemas. Para conocer de la manera más precisa posible, por lo menos acerca del punto de vista del analista tratante, se introdujo en los años 60 en la clínica psicosomática de la universidad de Heidelberg, la toma de protocolos de sesiones psicoanalíticas que permitían una buena visión del intercambio verbal (Thomä y Houben 1967; Thomä 1967). También Klüwer (1983) apoya sus investigaciones sobre las relaciones entre transferencia y contratransferencia en las discusiones de seminarios, sobre la base de detallados protocolos del transcurso de las sesiones. Él observa que el ánimo y el juicio de los participantes en el seminario se tiñe según el tópico central en discusión. Sesiones con temática depresiva desencadenan otras reacciones que aquellas en las cuales el paciente, buscando la aprobación del analista, permite que éste participe de sus éxitos. En esta medida, el grupo de seminario se puede comparar, sin más, con una caja de resonancia. Ahora, ¿cuán válida es esta analogía? Klüwer afirma que en la caja de resonancia del grupo de seminario, los "fenómenos de la relación entre transferencia y contratransferencia se continúan manifestando en el grupo a través de los protocolos y las opiniones directamente expresadas en la reunión; y ellos pueden ahí ser captados más rápidamente de lo que le es posible al analista tratante" (1983, p.134).

Esta afirmación se apoya en una suposición que primero debiera ser comprobada, en otras palabras, se trata de una *petitio principii*. Klüwer opina, además, "que en principio todos los fenómenos emergentes deben ser consecuentemente interpretados como provenientes del paciente y no del analista tratante" (p.134; cursiva en el original). Este procedimiento ciertamente promueve la armonía en la "caja de resonancia" y alivia al terapeuta informante, que así, en apariencia, no hablaría en causa propia. La voz del paciente "resuena" de este modo a través de la del analista. Este esquema puede ser aclarado mediante el siguiente ejemplo ficticio:

Sucede que el comentario crítico de un participante en un seminario es retrotraído al paciente, afirmándose que éste ya habría previamente "metido" su agresión al analista. Es decir, se sostiene que la agresión del paciente alcanza al grupo por medio de la contratransferencia inadvertida del analista, siendo de esta manera amplificada por la "caja de resonancia" y así finalmente captada. Nuestra descripción esquemática deja suficientemente claro que sólo una capacidad perceptiva casi telepática de la "caja de resonancia" estaría en la situación de saltar por encima de las numerosas transformaciones no aclaradas, para retroactivamente llegar allí donde los fenómenos de transferencia y contratransferencia se originaron. Pero, a la "caja de resonancia", ¿sí que se le asigna esa capacidad! Sin embargo, así como cada instrumento de una orquesta sinfónica tiene su propia resonancia, de igual modo cada participante del seminario amplifica de manera distinta la nota que da el paciente. Sucede como si

algunas resonancias tuvieran más que ver con el paciente que otras, existiendo siempre aquellas que se alejan tanto, que prácticamente ya nada tienen que ver con él. Entonces, es claro que no todo tiene que ver con el paciente. Pero ¿quién tiene esto claro dentro del grupo? Ni el director, ni el primer violinista, ni otros distinguidos solistas pueden asegurar si acaso la resonancia armoniza de alguna manera con el paciente. Junto a esto, entran en juego procesos propios de dinámica de grupos que están muy lejos de la realidad del paciente. En este contexto, no es infrecuente que se recurra a la teoría de la identificación proyectiva para dar a las ideas producidas por resonancia un toque de validez científica, donde sólo poderes telepáticos podrían llenar los numerosos vacíos de información. Estos comentarios críticos restringen considerablemente el valor didáctico del tipo de seminarios bosquejados, los cuales promueven más bien la fe en la autoridad que el pensamiento científico. En esta misma línea, el abuso inadvertido de la teoría de la identificación proyectiva en la formación analítica en general, estimula entre los candidatos, por la tendencia a desdibujar las diferencias entre la situación propiamente analítica y la pedagógica, una atmósfera de regresión y persecución que perturba aún más el ya difícil y pesado proceso de lograr una identidad analítica adulta (Bruzzone y cols., 1985).

La idea de los seminarios como cajas de resonancia se ha extendido en Alemania especialmente a través de los así llamados grupos Balint. En realidad Balint mismo, cuando conducía un seminario casuístico y por razones didácticas, también relacionaba las ocurrencias de los participantes con el paciente, pero como conductor intervenía de una manera sutil en la "resonancia" y recogía sólo aquello que le parecía practicable. El misticismo contratransferencial no ejercía ninguna fascinación sobre él. Esta fascinación prosperó sobre todo en Alemania en la misma medida en que es ajena a la pragmática "escuela inglesa" como a los "británicos" teóricos de las relaciones de objeto (Sutherland 1980). El uso de la contratransferencia para De M'Uzan (1977, p.164-181) está también estrictamente ligado a la situación analítica y a que el paciente pueda unir las interpretaciones del analista con su propia experiencia. De acuerdo con De M'Uzan, la intensificación de la sensibilidad del analista para los procesos inconscientes de su analizando posibilita a veces el siguiente desarrollo: en un estado de conciencia alterado, comparable a una leve despersonalización, pero paradójicamente con una atención aumentada -y sin un nexo racional reconocible con el material en ese momento en elaboración- el analista percibe, en palabras e imágenes, fragmentos reprimidos o que nunca estuvieron conscientes, de pensamientos del analizando. Después de entregar una interpretación, estos contenidos fragmentarios serán completados y así confirmados, a través de asociaciones y sueños del analizando, en parte en la misma sesión o también posteriormente. Desde luego, el analista debe poder distinguir sus propios conflictos inconscientes de los que el paciente desencadena en él. Según De M'Uzan, un indicio de que el paciente ha desencadenado material en la conciencia del analista, lo puede constituir el que el analista registre fenómenos inusuales en la introspección subsecuente, como, por ejemplo, un interés mayor que el habitual por su analizando, combinado con una perturbación en su propio sentido de identidad. El disponer de descripciones precisas de este proceso, en las cuales las asociaciones del paciente, por así decirlo, confirmen o descalifiquen las

ocurrencias contratransferenciales, podría eventualmente contribuir a la desmistificación del concepto.

Esta actividad psíquica no es propia ni del estado de vigilia, ni del soñar, ni del dormir y De M'Uzan (1977) la denomina "pensamiento paradójico" (pensée parado-xale). Este ocurre en el momento en el cual el estado psíquico del analista ha llegado en gran medida a equipararse al de su analizando. Este pensamiento paradójico se asentaría, por el lenguaje parcialmente incomprensible y fragmentario del paciente, en una zona intermedia entre el inconsciente y el preconscious.

La concepción total de la contratransferencia llegó a ser tan amplia, que finalmente lo abarcó todo: llegó a ser idéntica con la realidad psíquica total del analista. Debido a esto, McLaughlin (1981) propuso abandonar el concepto, después de que éste se había extendido tanto como para deshacerse en el de "realidad psíquica". Sin embargo, es igualmente difícil eliminar hábitos establecidos del lenguaje cuyos significados son obvios para cualquier analista, como abolir los fenómenos a que éstos aluden. Por esta razón, la proposición de McLaughlin no va a encontrar eco, aunque en un nivel más profundo debiera ser tomada en serio, pues en psico-análisis los conceptos no sólo amplían su acepción, sino que también son valorizados por la vía de asignarles numerosos y contradictorios significados, lo que conduce a inevitables confusiones. Por ejemplo, Heimann tuvo más tarde que agregar que, por supuesto hay "puntos ciegos" habituales que no son causados por el paciente, y que así, y de acuerdo a la nueva nomenclatura, no debieran ser llamados contratransferencia. Heimann denomina ahora a esta contratransferencia habitual, transferencia del analista. Después de la redefinición de contratransferencia, no se clarificó, sin embargo, cuáles de los muchos pensamientos y fantasías que constituyen la atención parejamente flotante del analista, son impuestos o, como se dice en jerga, "metidos" por el paciente.

Heimann no sólo exorcizó un fantasma ni tampoco sólo amplió y valorizó un concepto, sino que también creó una nueva teoría especial (inicialmente apoyándose en los mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva de Klein). Sin embargo, no ha sido generalmente reconocido que esta teoría aún no ha pasado la prueba de su validez científica. La contratransferencia como creación del paciente se tomó como un hecho. Heimann no fue entonces de ningún modo malentendida por candidatos crédulos. No fue hasta después de 10 años cuando esta afirmación fue reclasificada como una hipótesis, en la medida en que se le exigió un control clínico. Durante ese lapso, Heimann se distanció críticamente de las teorías de Klein y con esto se modificó también su concepción de la contratransferencia, porque su creencia en la fuerza explicatoria de la identificación proyectiva había empezado a tambalear. A modo de ejemplo, Heimann (1956, p.304) creyó por largo tiempo en la pulsión de muerte y dedujo de ella la negación (desmentida) y otros mecanismos de defensa. Aquellos que sostienen la validez de la teoría de la identificación proyectiva afirman, ahora como antes, que todas las respuestas contratransferenciales están determinadas por el paciente. Tales afirmaciones deben ser, en acuerdo con Sandler (1976, p.46), decididamente interpeladas, pues hacen aparentemente superfluas clarificaciones posteriores y presentan una hipótesis como una evidencia.

Esperamos haber dejado en claro por qué las confusiones no se pueden resolver por meros esfuerzos definitorios y por qué la proposición de retirar un concepto de la circulación no es muy productivo. Los conceptos como tales tienen un significado subordinado, pues en lo esencial cumplen una función dentro de una teoría y de una escuela de pensamiento. Shane (1980) ha mostrado que la adopción no crítica, por parte de los candidatos, de patrones de conducta de los analistas didácticos y supervisores, puede tener un efecto de contratransferencia que depende de la escuela de pensamiento. Las definiciones de contratransferencia de Freud y Heimann tuvieron una función en distintas teorías de la interacción terapéutica y en las correspondientes concepciones del proceso analítico. Todo indica que la evitación fóbica de los sentimientos sugerida por la teoría de Freud tuvo consecuencias desafortunadas, excepto en los propios tratamientos del mismo Freud, quien supo aplicar sus reglas de manera flexible (Cremerius 1981; Kanzer y Glenn 1980). Del mismo modo, es seguro que la innovación de Heimann en la técnica de tratamiento cambió y valorizó algo más que un concepto. "Hacer uso de nuestra subjetividad significa hacerla consciente". Estamos totalmente de acuerdo con esta exigencia de Loch (1965a, p.18), quien reforzó su afirmación mediante la famosa frase de Freud en su carta a Binswanger (1962, p.65): "No se es libre hasta que no se reconoce y supera cada manifestación de la propia contratransferencia".

### **3.4 Concordancia y complementariedad de la contratransferencia**

Consideremos a continuación algunos intentos de describir tipos ejemplares de contratransferencia. Dentro del marco de la teoría de Klein, Racker (1957) distinguió dos tipos de reacción contratransferencial en el analista, de acuerdo con dos formas de identificación, que llamó identificación concordante y complementaria. En una identificación concordante, el analista se identifica con las correspondientes partes del aparato psíquico del paciente, es decir, yo con yo, superyó con superyó y ello con ello. El analista vivencia así, en sí mismo, el sentimiento como lo siente el paciente. La expresión "identificación complementaria", que se remonta a Deutsch (1926), describe una identificación del analista con los objetos trans-ferenciales del paciente. En esta situación, el analista siente como un padre o una madre, mientras el paciente revive sentimientos que él antes había sentido en la relación con las imagos parentales correspondientes. Puesto que Deutsch muy tempranamente se había declarado a favor de la utilización de la contratransferencia, lo citaremos textualmente:

Yo denomino a este fenómeno "actitud complementaria" en oposición a la identificación con el "paciente infantil". Sólo ambas, en conjunto, conforman la esencia de la contratransferencia inconsciente; su utilización y adecuado dominio corresponden a las tareas más importantes del analista. Esta contratransferencia inconsciente no debe confundirse con la relación afectiva burda y consciente con el paciente (Deutsch 1926, p.423; la cursiva es nuestra).

Sandler añadió a la actitud complementaria una explicación derivada de la teoría de los roles, según la cual la interacción entre paciente y analista se retrotrae a una relación de roles intrapsíquica que cada uno trata de imponer al otro: "La relación de rol del paciente [...] consiste en un rol que juega él y en un rol complementario que le asigna simultáneamente al analista" (Sandler 1976, p.44; cursiva en el original). Aunque es difícil extender tanto la teoría de los roles como para incluir los procesos intrapsíquicos e inconscientes, desde esta perspectiva, la complementariedad como fenómeno se hace más cercana a la observación y a la experiencia inmediata. Desde este enfoque, sucede que el analista "toma" reflexivamente el rol que el paciente le asignó o le impuso inconscientemente; llega sobre él a un acuerdo con el paciente y así le posibilita lograr una nueva puesta en escena. El proceso terapéutico puede describirse, siguiendo la teoría de los roles, como un camino que conduce, de manera progresiva, hacia los roles propios que el paciente no sólo juega sino que quisiera ser. Estos roles son cortados a medida para el paciente, y son los que mejor le calzan (a su "sí mismo verdadero"). La función complementaria del analista es en esto esencial; el cambio en la puesta en escena se haría más difícil si éste rechaza el rol complementario.

Con la ayuda de la complementariedad como principio fundamental de interacción social, estamos ahora también capacitados para captar por qué Ferenczi pudo hacer, tan temprano como en 1918 (1964), la observación referida más arriba. Esto es, que la resistencia del analista a la contratransferencia hace más difícil que se actualice la transferencia, puesto que un objeto que se comporta como completamente impersonal tiende a aparecer como repulsivo. De igual manera, sería un error creer que tal objeto sea especialmente apropiado para ayudar a que antiguas imágenes lleguen a ser reproducciones fieles a la realidad y así asegurar su reconstrucción científica. De la teoría de los roles y del interaccionismo simbólico, podemos también deducir por qué tendría que resultar igualmente fatal si la concepción total de la contratransferencia explica la experiencia del analista como una mera proyección de objetos internos. Porque ¿cómo podría alguien encontrarse a sí mismo y cambiar a través de la comunicación con un otro significativo, si el analista pretende no ser nada más que lo que ese alguien mismo es? Precisamente, éste es el caso en la estricta técnica interpretativa kleiniana basada en la teoría de proyección e introyección. Que a pesar de esto aquellas interpretaciones sean efectivas terapéuticamente, puede radicar en otro nivel. El hablar de los distintos desplazamientos de los aspectos malos y buenos de uno mismo, facilita, en lo general, la identificación con la naturaleza humana y con las propias fantasías inconscientes, en lo particular. A Melanie Klein y su escuela corresponde el gran mérito de haber ampliado la capacidad perceptiva de los analistas para su contratransferencia y de haber profundizado la comprensión del mal en el hombre. Sin embargo, por mucho que el paciente coopere en la puesta en escena de la contratransferencia, ésta nace en el analista y él debe responsabilizarse de ella.

Según nuestra opinión, el giro terapéutico decisivo se lleva a cabo exactamente en el momento de la toma de conciencia sobre la puesta en escena del rol ("role enactment") y su respuesta complementaria en el rol del otro ("role responsiveness"). Si se incorpora la teoría de los roles en un modelo dramático, que se re-

monta a Mead (1913), se podría decir también que el "teatro" psicoanalítico posibilita un "ensayo" continuado, de tal manera que ambos participantes pueden, rápidamente y sin dificultad, cambiar de lugar entre el escenario y el auditorio, pudiendo así observarse a ellos mismos.

Virtualmente, ambos participantes se encuentran simultáneamente sobre el escenario y en el auditorio. En la representación que el paciente se hace de sí mismo, aparecen roles principales privilegiados y roles secundarios enigmáticos, cuyos significados latentes son especialmente importantes para el analista. En el papel de observadores, el paciente y el analista tampoco se sitúan en el mismo asiento, pues junto con la perspectiva, cambia también la escena que se está representando en ese momento. A este cambio de perspectiva contribuyen las interpretaciones del analista, que interrumpen los silencios o las verbalizaciones del paciente y contienen metacomunicaciones, es decir, información acerca del intercambio que en ese momento se lleva a cabo. Si se enfatiza demasiado el aspecto metacomunicativo de las interpretaciones se corre el riesgo de desconocer que éstas, como las instrucciones del director, intervienen directamente la actuación de los actores. Que el director mismo se encuentra también sobre el escenario, se puede ver especialmente en las interpretaciones transferenciales que agregan profundidad dramática al diálogo.

Muchas objeciones se pueden hacer a este modelo dramático del diálogo psicoanalítico, que hemos ampliado siguiendo a Habermas (1968) y Loewald (1975). En realidad, ninguna analogía es adecuada para describir genuinamente la situación analítica: todas las comparaciones cojean. Nuestra analogía tiene su punto débil, pero no allí donde el lector sospecha, quizás en que le sea chocante que la teoría de los roles compare la terapia de pacientes graves con una representación dramática. Pues las lágrimas que allí se lloran no tienen por qué ser menos verdaderas y auténticas que aquellas de la vida real. También son genuinos los sentimientos transferenciales y contratransferenciales. En referencia a las profundas observaciones de Freud (1915a, pp.170-173), sobre la autenticidad de la transferencia, quisiéramos enfatizar la responsabilidad del analista que, como director de escena, es responsable de su contratransferencia. Por la concepción total de la contratransferencia, una necesidad, esto es, la inevitabilidad de la contratransferencia, se convirtió en una virtud: ¡cuánto más, mejor! En último término, esto podría significar que mientras más contratransferencia, mejor para la transferencia. Ésta es una absurda consecuencia de la euforia contratransferencial que en algunas partes vino a remplazar la anterior evitación de ésta. Eissler comentó estos excesos, irónicamente, de la siguiente forma:

La contratransferencia fue definida claramente por Freud como un evento psíquico en el analista que va en detrimento del proceso analítico. Importa nada menos que una perversión de la teoría y la práctica cuando se la celebra como de alta efectividad como factor curativo. En broma, podría decir que parecíamos no estar muy lejos del momento en el cual se aconseje a los candidatos retomar sus análisis didácticos, porque no desarrollan contratransferencia con sus pacientes (Eissler 1963a, p.457).

En el sentido de un modelo dramático ampliado, mantenemos nuestra opinión de que el analista, por cierto, está constante e intensamente siendo afectado por el paciente (en la contratransferencia). Pero, aún así, su tarea profesional sólo podrá realizarla en la medida en que al mismo tiempo tenga clara conciencia de que él también, como director y espectador, afecta fuertemente, con su pensar y su actuar, la situación analítica. Desde el momento en que el analista, como Freud (1915a, p.172) entre otras cosas enfatizara, tiende "el señuelo a ese enamoramiento" (se refiere a la participación del médico en la transferencia erotizada), se deben así mismo cargar parcialmente a su cuenta las ideas que el paciente se forme -en general y en particular- sobre lo que es auténtico y lo que es real. En términos del modelo dramático, llegamos a la conclusión de que la situación analítica le da al paciente más grados de libertad que lo que la vida real le permite. Freud tomó, sin embargo, el punto de vista contrario, ya que creía que la dependencia de la transferencia de la experiencia infantil y su repetición compulsiva limitaban la propia libertad. Aunque esta afirmación es parcialmente válida, no toma en cuenta el hecho de que la nueva puesta en escena ("reenactment") y la disposición complementaria ("role responsiveness") en la situación analítica, expanden el margen de libertad, porque con las muchas posibilidades en juego, los clisés limitantes se resuelven.

La nueva puesta en escena le permite al analista, desde el comienzo, un trabajo cooperativo que ayuda al paciente a lograr "aquel plus de libertad anímica" que Freud (1915a, p.173-4) veía como meta de un psicoanálisis "practicado con arreglo al arte, no amortiguado".

La analogía del modelo escénico no cojea pues en el tema de la autenticidad. Al contrario: se podría especular que lo que sucede sobre las tablas, como lo que sucede en el sueño, es tanto más auténtico, porque sabemos que de allá nos queda la posibilidad de escaparnos. Por supuesto que también sabemos que el placer no sólo busca eternidad, sino también realidad.

Son precisamente las restricciones de la situación psicoanalítica las que crean para el paciente un marco seguro para descubrir los roles que anteriormente no había sido capaz de asumir (besetzen) adecuadamente. Al lector con formación analítica le llamará inmediatamente la atención el doble significado del besetzen alemán, verbo al que intencionalmente recurrimos, pues la teoría de la 'catexis' (Besetzung) se refiere al mundo interno inconsciente y a su regulación energética, que está aún lejos de su escenificación, lejos del nivel en el que se puede expresar. Aquí nuevamente la analogía encuentra sus límites, desde el momento en que en psicoanálisis las escenificaciones y las coreografías se restringen estrictamente al "guión" verbal (por otra parte, el paciente desempeña su rol de manera inconsciente, es decir, sin saber que es un papel en un drama, a diferencia del actor; entonces, la analogía se presta más para describir el proceso desde el punto de vista del analista). La animación de las imágenes evocadas a través de la contratransferencia, es parte del proceso cognitivo del analista. Una imagen interior puede ser parte constituyente del deseo pulsional inconsciente del paciente, a la cual un estímulo externo le convenga como una llave a su cerradura. Complementos, correspondencias y concordancias caracterizan algunos aspectos de un acontecimiento interaccional. No tocaremos aquí el antiguo problema (al cual

Kunz (1946a) dedica un estudio de dos volúmenes), de si acaso el estímulo interno, la pulsión, crea la imagen o es el objeto externo el que provoca el estímulo endopsíquico. Como Freud mostró, el desarrollo humano se constituye en la "conexión laxa" de la pulsión con el objeto.

### **3.5 ¿Debe el analista confesar su contratransferencia?**

En lo que sigue, diseñaremos conclusiones que abren nuevas perspectivas y acercan a una solución los difíciles problemas del manejo de la contratransferencia. Nos referimos a la controvertida cuestión de si acaso el analista debiera o no confesar su contratransferencia al paciente. La mayoría de los analistas rechazan tal posibilidad, invocando las experiencias de Freud y su regla del incógnito con ellas conexas. Winnicott (1949), Little (1951) y Searles (1965, p.192-215 [1958]), en particular, presentaron excepciones que fueron fundamentadas mediante ejemplos. Heimann advirtió durante decenios del peligro de confirmar las percepciones re-alistas del paciente. Sólo tardíamente descubrió que el analista, mediante la comunicación de un sentimiento que aparece en relación con el paciente, no está ofreciendo declaraciones personales ni tampoco abrumándolo con los propios problemas vitales. Vistas más de cerca, aparece claro que las recomendaciones de Freud se refieren a no permitir que el paciente participe en los conflictos personales del analista, aun cuando sea con las mejores intenciones, porque ello confunde o abruma al paciente y le impide encontrar su propio estilo de vida. En este sentido, argumentó también Heimann en uno de sus últimos trabajos Sobre la necesidad del analista de ser natural con su paciente (1978). En una determinada situación terapéutica, Heimann no sólo se dejó guiar por un sentimiento en una interpretación, sino que lo comunicó. En relación a esto ofrece el siguiente comentario:

La comunicación de mis sentimientos, en violación a las reglas, me pareció algo muy natural. Yo misma me sorprendí de alguna manera y posteriormente seguí pensando sobre aquello. La presentación de uno mismo a través de otra persona es una estratagema bien conocida de nuestros pacientes, una solución de compromiso entre el deseo de franqueza y su resistencia, y es algo que habitualmente señalamos a nuestros pacientes. Yo habría podido hacer esto sin mencionar mis sentimientos. Más tarde, de hecho, busqué formulaciones que omitieran mis sentimientos, pero ninguna interpretación me satisfizo, todas me parecieron algo forzadas. Mi autosupervisión no produjo nada mejor. Como en otra parte lo detallara (Heimann 1960), estoy en contra de que un analista comunique sus sentimientos y deje traslucir su vida privada, pues esto abruma al paciente y lo aleja de sus propios problemas. Mientras yo no encontraba ninguna interpretación mejor que la que le di a mi paciente, reconocí que el comunicarle que yo me estre-mecía cuando una quinceañera tiene un calibre mental de una mujer de setenta, en realidad no revela nada de mi vida privada, del mismo modo como no lo hace mi afirmación que la paciente está identificada con una muchacha adolescente (Heimann 1978, pp.225-226; la cursiva es nuestra).

Queremos llamar la atención sobre la frase subrayada por nosotros. Es esencial que la comunicación de un sentimiento se considere en el sentido de la complementaridad, con lo cual la autora puede decir que ella no había revelado nada sobre su vida privada. Se trata de un sentimiento situacional que, por así decir, es parte de una interacción y que clarifica a la paciente cómo ella impacta al "objeto". Quisiéramos discutir este aspecto en un nivel más general, porque estamos con-vencidos de que existen otras maneras (que las anteriormente expuestas), de hacer provechoso el uso de la contratransferencia.

Para todo paciente es incomprendible que, en apariencia, los analistas no pueden ser molestados por ningún afecto y que toleren con la misma ecuanimidad la desesperanza, el desprecio y el odio. Incluso en el fuego del más intenso amor de transferencia, el analista parece mantener su neutralidad. Las apariencias engañan: esto lo sabemos desde antes que la concepción total de la transferencia fuera formulada. Pues ¿cuál debe ser el efecto, si el analista arruina indirectamente su credibilidad al ponerse el mismo más allá del bien y del mal, interpretando al paciente lo que el paciente, basado en sus deseos inconscientes, intenta hacer con el analista como objeto transferencial? Puesto en palabras de Freud: "Es verdad que uno puede malgastar este primer éxito [se refiere a la instalación del rapport transferencial] si desde el comienzo [el analista] se sitúa en un punto de vista que no sea el de la empatía" (Freud 1913c, p.140; la cursiva es nuestra). Además, y en este mismo sentido, pertenece a la estrategia interpretativa usual el intentar mostrar al paciente que él en realidad se refiere a otro "objeto", tales como su padre, su madre, sus hermanos, etc. Así, el analista de ningún modo puede ser tocado. Para salir de esta situación, teórica y terapéuticamente penosa, se requiere conceder que, al menos en principio, el analista puede ser afectado y tocado. La neutralidad, en el sentido de una circunspección reflexiva, comienza después que la contratransferencia ha sido experimentada, y sólo así posibilita nuestra tarea profesional, creando un distanciamiento de las reacciones complementarias corporales y sensoriales naturales, las cuales pueden ser provocadas por los arranques sexuales y agresivos del paciente. Por eso, consideramos decisivo hacer participar al paciente de las reflexiones del analista sobre el contexto y el trasfondo de las interpretaciones, para así facilitar sus identificaciones. Con esto se regula la relación de cercanía y distancia hacia el analista como "objeto". Heimann describió este proceso. Nosotros hemos tratado de destacar su significación fundamental.

Freud conocía el origen astronómico del concepto. El famoso caso que llevó al descubrimiento de la ecuación personal se relaciona con los astrónomos Maskelyne y Kinnebrook. Maskelyne, director de un observatorio, despidió en 1796 a su ayudante porque éste observaba el paso de las estrellas, de manera habitual, más de medio segundo más tarde que él, su jefe. Maskelyne, no podía concebir que un observador igualmente atento y utilizando el mismo método registrara sistemáticamente tiempos diferentes. Sólo 26 años después esta posibilidad fue reconocida por Bessel, solventándose así la discrepancia y permitiendo que más tarde Kinnebrook fuera, finalmente, rehabilitado. "Esta ecuación personal -escribió Russell y cols. (1945)- representa una molesta posibilidad de error, pues ella varía tanto con las condiciones fisiológicas del observador, como con la naturaleza y claridad del objeto".

En un trabajo más reciente (1982), que se titula Más allá de la contraidentificación proyectiva, Grinberg reconoce el carácter monádico de su concepción anterior, e intenta integrarla dentro de una concepción interaccional, donde el analista ya no es un pasivo receptor de las proyecciones del paciente. En este nuevo marco, sin embargo, es difícil distinguir el concepto de contraidentificación proyectiva de lo planteado por Heimann y Racker.

El verbo besetzen lo tradujo Strachey por 'to cathect', que en español fue traducido por 'caterizar' o 'invertir'. El significado principal es el de invertir con libido una idea, una palabra, un objeto, etc. En alemán 'besetzen' tiene varios significados, destacándose el de ocupar (un asiento, un país por el ejército), o tomar (una plaza enemiga), invertir (en el sentido de "fue vestido con el cargo o dignidad de...") 'Besetzen' en el contexto teatral (al cual los autores aquí aluden), significa 'repartir' o asumir los papeles [nota de los traductores].