

### 3 Contratransferencia

#### Consideraciones previas

Como lo explicáramos en el capítulo correspondiente del tomo primero, la historia de la contratransferencia ejemplifica el redescubrimiento de la complementariedad como principio de interacción social en el psicoanálisis. Si se atribuye a Heimann (1950) el mérito de haber fundamentado explícitamente la significación positiva de la contratransferencia, se debe entonces, como paso siguiente, considerar la introducción del concepto de interacción en la discusión de la teoría psicoanalítica:

Ahora bien, la interacción psicoterapéutica de cualquier proveniencia es sin lugar a dudas acción recíproca, pero la conducta de una persona no es automáticamente la actuación de la otra; [...] en especial, las reacciones de parte del terapeuta se ven parcialmente neutralizadas por su reflexión, por sus pensamientos acerca de las reacciones que el paciente busca, quiere, espera y teme desencadenar, porque 1) en el sentido de Freud, el pensar, el reflexionar en la situación psicoterapéutica se entiende como una acción de tanteo, y porque 2) los desencadenantes afectivos tienen inevitablemente algún tipo de efecto también sobre la relación profesional (Thomä 1974; 1981, p.391).

De entre las distintas teorías de la interacción, resultan especialmente útiles para el psicoanálisis aquellas que Blumer (1973) resumió con la feliz denominación de "interaccionismo simbólico". De acuerdo con Weiß (1988), este término designa un planteamiento de investigación cuya premisa principal consiste en que los seres humanos actúan frente a sujetos y objetos sobre la base de las significaciones que estos sujetos y objetos tienen para ellos. Los fenómenos de la contratransferencia también se hacen más comprensibles a través de los conocimientos de las teorías sobre la intersubjetividad, como las resumiera Joas

(1985). De la obra de Mead, prominente representante del interaccionismo simbólico, citamos el siguiente párrafo:

Más o menos inconscientemente, nos vemos tal cual nos ven los demás. Inconscientemente, nos dirigimos hacia nosotros de la misma forma como lo hacen los demás con nosotros [...]. Por supuesto, estas respuestas particulares tienen que estar en nuestro propio mecanismo. Provocamos en la otra persona lo mismo que en nosotros mismos, motivo por el cual nos hacemos cargo inconscientemente de estas actitudes. Nos ponemos inconscientemente en el rol de los demás y actuamos como ellos. En este punto, quiero solamente poner de relieve el mecanismo general, debido a su importancia tan fundamental para el desarrollo de la conciencia y de la manifestación del sí mismo. En especial a través de los gestos vocales, estamos permanentemente provocando en nosotros mismos aquellas reacciones que provocamos también en las demás personas, de tal manera que incorporamos las actitudes de esas otras personas en nuestro propio comportamiento. La importancia crítica del lenguaje en el desarrollo de la experiencia humana radica en el hecho de que el estímulo es tal, que actúa sobre el individuo hablante del mismo modo como lo hace sobre los demás (G.H. Mead 1934; 1968, p.108).

El enriquecimiento de nuestro repertorio conceptual, que la teoría de los roles representa para una nueva versión de los procesos de transferencia y contratransferencia, reside en la introducción del par conceptual inseparable del rol y del sí mismo.

En el ámbito del lenguaje cotidiano, la actuación de roles (papeles) se acerca al teatro; al comprenderlo así, muchos quisieran no tener que ver su quehacer profesional encajonado en su seriedad humana [a pesar de que el concepto de rol es prestado de aquel ámbito; agregado nuestro]. Después de todo, que el modelo escénico (por ejemplo el de Habermas) sea utilizado para la interpretación de la situación analítica, es algo que debe dar de pensar. De hecho, a menudo hablamos de manera totalmente ingenua sobre el tipo de rol que estaría actuando en este momento el psicoanalista en la situación analítica (Thomä 1974, cit. según 1981, p.392).

En la sección 3.4 del tomo primero, ampliamos el modelo escénico valorando debidamente los aportes de Mead. Corresponde al rol profesional del psicoanalista el ser sensible tanto a las emociones del paciente como a los propios afectos, sin convertirlos en acción, siendo esto lo esencial de lo que se

llama control de la con-tratransferencia. Con la interpretación, el psicoanalista cumple cabalmente con su rol profesional, a la vez que lo deja atrás. Porque, al hablar, revela su manera de pensar y con ello su persona, ya tan sólo cuando toma posición interpretativa frente a un detalle mínimo de un problema de algún paciente, aun cuando él mismo piense haber dejado totalmente de lado su propia persona.

De acuerdo con esto, el rol y el sí mismo se hacen concretos en la interacción social y es ahí donde se hacen tangibles. Correspondientemente, Sandler y cols. señalaron que "la transferencia no necesita limitarse a la apercepción ilusoria de otra persona [...] sino que puede también tomarse como incluyendo intentos inconscientes (a menudo sutiles) de manipular o de provocar situaciones con otros que son repeticiones encubiertas de experiencias y relaciones anteriores" (1973, p.43).

En el ámbito germanoparlante, Beckmann (1974) investigó sistemáticamente los fenómenos de simetría y asimetría en la asignación de roles que se dan en la configuración de transferencia y contratransferencia en los procesos de diagnóstico, investigación que no ha tenido mayor impacto en la clínica. Este autor señala la importancia de la compulsión a la repetición, a través de la cual la complementariedad se transforma en aquella relación de roles fija que el analista, como coactor en el escenario de la situación analítica, sufre en carne propia. Relaciones inconscientes de roles conducen a "cyclical psychodynamic patterns" (patrones psicodinámicos cíclicos), como fueran descritos por Strupp y Binder (1984, p.72ss.). Esta explicación entiende la psicodinámica como transacciones interpersonales repetitivas que se perpetúan en círculo vicioso. Este es también el factor que fundamenta el diagnóstico psicoanalítico interaccional, cuya puesta en práctica necesita, de acuerdo con Sandler (1976), de la disposición del analista a asumir papeles, es decir, para complementar, a través de su capacidad de discernimiento, el rol inducido por el paciente.

El ofrecimiento de una situación de tratamiento relativamente estable posibilita la actualización de los esquemas rígidos que han dado su marca a las vivencias del paciente. La función especial que ejerce el analista le ofrece una posición que junto a la identificación complementaria favorece también la identificación concordante. Estos dos planos se alternan en el sentido de una relación figura-fondo, de modo que en un momento vemos sobresalir uno, y después el otro.

Sobre este trasfondo, las reacciones transferenciales y contratransferenciales se pueden entender como procesos de comunicación e interacción, donde las disposiciones a reaccionar inconscientes influyen de manera selectiva sobre la percepción de los desencadenantes externos, es decir, sobre la importancia que se le asigne a los elementos circunstanciales. La conocida metáfora de la llave y

la cerradura pue-de variar de múltiples maneras. La presión sobre el analista para que, según el ca-so, asuma un papel complementario o concordante, será más fuerte mientras más inequívocamente ligado se encuentre un paciente a un determinado modelo de rela-ción. Llave y cerradura dependen una de la otra. Wittgenstein acuñó el siguiente a-forismo para el término "idea" de Freud:

"En la locura, la cerradura no está destruida, sólo trasformada, la vieja llave ya no puede abrirla, pero sí lo podría una llave de conformación distinta" (Wittgenstein 1984, p.496). En vez de seguir distendiendo el pensamiento metafórico, pre-ferimos hacer uso de los conocimientos existentes sobre regulación de los micro-procesos de interacción afectiva y cognitiva (Krause 1983; U. Moser 1984; Zep-pelin 1987; véase también tomo primero 9.3). Estos son concordantes con los re-sultados arrojados por la investigación más actual en psicología evolutiva, que ha presentado pruebas convincentes para la intersubjetividad entre madre e hijo (Lich-tenberg 1983a; véase tomo primero 1.8).

En las primeras dos secciones (3.1 y 3.2) ofrecimos ejemplos de contratransferencia concordante y complementaria. Estamos de acuerdo con la afirmación de Racker de que la identificación del analista con el objeto con el cual lo identifica el paciente, y el proceso patológico que la acompaña, debería ser, y permanecer, tan efímera y moderada que no menoscabe el trabajo analítico (véase Racker 1978, p. 78).

El tema de la retroactividad (Nachträglichkeit) y del fantasear retrospectivo o "retrofantasear" (Zurückphantasieren) (3.3) son de una importancia fundamental. En sendas secciones (3.4. y 3.5), discutimos en base a ejemplos el controvertido problema de la manera de hacer participar al paciente de la contratransferencia del analista y la ironía involuntaria como intento de protección frente al paciente. A través de una toma de posición crítica frente a nuestro ejemplo (3.6), se profundiza en la comprensión que la psicología del self tiene de la contratransferencia. En la explicación de la contratransferencia llegamos finalmente al tema de la identifica-ción proyectiva (3.7).

En relación con el lado agobiante de la contratransferencia, la lúcida formulación que Racker hizo recurriendo a una conocida cita de Nestroy, es especialmente cer-tera:

Entonces, admitimos que a veces perdemos [el juicio], aunque no totalmente, pero, en todo caso, hasta el punto en que somos capaces de notar y diagnosticar nuestra contratransferencia patológica, para poder más tarde utilizar esta percepción en el análisis de los procesos transferenciales del paciente, una vez que tenemos la con-tratransferencia bajo control (p.76).

No importando qué sea aquello que el paciente desencadene en el analista, es asunto y compromiso de este último hacer justicia a las tareas terapéuticas en interés del primero. No es nada fácil llegar a armonizar el rol profesional con el yo personal y la vida privada dentro del marco de esta "profesión imposible". Participamos de un tipo de vida doble y multifacética, que Schopenhauer, uno de los padres filosóficos del modelo escénico, tenía en mente cuando escribió:

Aquí, en el campo de la reflexión tranquila, [al ser humano] le parece frío, deslavadado y por el momento ajeno, aquello que allá lo posee y mueve con violencia: aquí, es solamente espectador y observador. En este retirarse en la reflexión, se asemeja a un actor que ha representado su escena y que, hasta la próxima aparición, toma asiento entre los espectadores, desde donde observa serenamente, no importando qué sea lo que se esté desarrollando frente a él, aun cuando se trate [en la pieza tea-tral] de la preparación de su propia muerte, pero que, acto seguido, nuevamente va allá, actúa y sufre, tal como debe hacerlo. De esta doble vida surge aquella serenidad del ser humano, que tanto se diferencia de la irracionalidad animal, con la que uno, después de reflexión previa, de decisión tomada o de necesidad reconocida, con sangre fría lleva a cabo, o deja recaer sobre sí, lo que para él es lo más importante, a menudo lo más terrible: suicidio, ejecución, duelo, acciones temerarias de cualquier especie ... (Schopenhauer 1973, primer libro, p.139).

### 3.1 Contratransferencia concordante

En la sección 3.4 del tomo primero explicamos, apoyándonos en Racker (1957), que en una contratransferencia concordante el analista experimenta sentimientos parecidos a los del paciente, como consecuencia de una identificación con él. En el marco de la teoría psicoanalítica, dentro de una clasificación de las emociones que se experimentan en conjunto, se dan, según Racker, identificaciones concordantes, que se refieren a componentes del superyó, del yo o del ello de la personalidad. En lo que sigue, nos referimos a contratransferencias concordantes que extraemos de 2 sesiones de tratamiento.

Después del divorcio, Ignacio Y se encuentra en una difícil situación de vida. La reglamentación judicial de las deudas resultantes del estilo de vida que su ex mujer le impusiera, le causa constantemente nuevos disgustos. Esta situación crítica, tanto externa como interna, ha intensificado su anhelo por un padre solícito y la transferencia correspondiente. El paciente, que creció en Suiza, se siente nueva-mente sin patria. En el análisis busca más respaldo. En repetidas ocasiones se ha considerado el aumento de 3 a 4 sesiones. Ignacio Y cancela los

honorarios de su propio bolsillo, puesto que no presentaba síntomas que pudieran haber sido calificados como enfermedad y que habrían justificado una psicoterapia en el marco del seguro de enfermedad. Un aumento en la frecuencia lo habría abrumado aún más, de modo que fue necesario sopesar cuidadosamente la relación entre inversión y beneficios.

Sobre él han recaído nuevas exigencias financieras y debe ir a ver urgentemente a su abogado. Dice que tiene que oponerse con fuerza para no ser agobiado una y otra vez con nuevos problemas financieros, y agrega textualmente: "En alguna parte tiene que haber un límite". Frente a la palabra "límite" (Grenze), pienso en la capacidad de tolerancia del paciente. ¿Va a resistir la presión? ¿Cruzará la frontera (Grenze) para comenzar de nuevo en Suiza?

De hecho, el paciente habla a continuación de su familia. Su hermana le ha enviado una carta: "Bueno, al menos un rayo de esperanza". Relata que, entretanto, ella -al igual que lo hiciera él mismo al comienzo de sus estudios-, ha abandonado el domicilio paterno en Suiza y se ha ido a vivir a una ciudad más grande cerca de Alemania Federal y con ello está más al alcance.

Me llama la atención que hasta ahora haya hablado poco de su hermana. Yo sé que, como hija legítima, era la preferida; el paciente nació ilegítimo. Sus padres se casaron sólo cuando él entró al colegio.

Sin que yo diga nada al respecto, Ignacio Y prosigue: A un jefe, suizo como él, le han hecho una atractiva oferta para colaborar en un proyecto de desarrollo, donde sería el brazo derecho de un empleado ministerial. Se hace notar una atmósfera de mal humor y envidia, que acompaño con el sentimiento de: Ajá, le tira volver a su patria. A partir de esto, desarrollo una primera intervención del tipo de que para él los pesares no tienen fin, mientras que para otros la vida es más favorable. Suelta un gemido y vuelve a los problemas que surgen de la venta de la casa, asunto que intenta solucionar trabajando horas extraordinarias. Por un lado, depende de estos ingresos adicionales, por el otro, este trabajo nocturno suplementario, que lo saca de los cauces normales, es también una expresión del alto concepto que tiene de sí mismo. El descuido consecuente de la rutina diaria profesional toma su desquite con la aparición de conflictos con sus compañeros y jefes en su lugar de trabajo oficial.

Sus reflexiones acerca de la solución de estos problemas no me convencen, debido a que, según mi parecer, en ellos se trata además de conflictos no solucionados, relacionados con la potencia y la creatividad. Antes de que me quede claro de si debo seguir desarrollando estos pensamientos, el paciente comienza a hablar de su padre, de quien dice que no debe saber nada de esta nueva catástrofe de la venta de la casa, pues sólo sabría sobarse las manos y exclamar: ¿Ves?, ¡la cagada que fuiste a hacer al extranjero! El paciente se

anima bastante y mantiene un agitado intercambio ficticio de palabras con el padre críticón, cargado de desilusiones.

A.: Tal vez abriga el deseo de volver a casa para encontrarse con un padre que haga a un lado todas las cagadas que Ud. fue a hacer en el extranjero.

P.: Sí, un padre así era lo que yo deseaba, pero nunca lo tuve.

No recuerda haber tenido en su niñez y juventud una relación estrecha con su padre. Esto lo ejemplifica diciendo que su padre nunca le deslizó a escondidas 5 francos en la mano. Dice que, en cambio, se apegó a su madre, quien lo retenía a su lado regalándole dinero. Finalmente se fue de la casa porque no toleraba más sentirse atado, sentirse prisionero de su madre, sin haber encontrado el camino para acercarse a su padre. Agrega que en el último tiempo le había quedado claro que su padre era un hombre anciano, que se había vuelto pacífico y que tenía ansias de re-encontrar a su hijo.

El relato del paciente completa dentro de mí la imagen del hijo pródigo que tiene ansias de ser acogido en el hogar. Se me ocurre que en la pubertad, Ignacio Y había sentido por un tiempo el deseo de ser sacerdote. Le recuerdo la historia del hijo pródigo.

El paciente, muy animado, alegre, se imagina un banquete: "Quizás debería leer más a menudo la Biblia."

Por primera vez surge en la sesión una atmósfera religiosa, de confianza en la fuerza de las antiguas imágenes. Hasta el momento, jamás había hablado de los restos de su religiosidad, fuera de haber dicho alguna vez que ahora tenía una representación filosófica de Dios.

La tensión disminuye, se puede palpar más armonía entre nosotros, me parece que el paciente yace cada vez con más peso sobre el diván y me siento progresivamente más somnoliento. Con todo esto, tengo una sensación de calidez que me hace sentirme bien, y me dejo llevar por este estado. El paciente sigue imaginándose escenas de su regreso a casa; pero, al incorporar a su hermana en su sueño diurno, cambia nuevamente la atmósfera. Dice que ésa es la posibilidad de volver a casa.

Me viene a la mente un poema del poeta israelita David Rokeach, especialmente el verso final: "... y al final de todos los caminos está el regreso a Jerusalén." Mi somnolencia la experimento como un agradable estado de ánimo, como un momento de relajación, en que no interpreto nada, dejando al paciente entregado a sus fantasías de regreso. Al seguir mis pensamientos, recuerdo un pasaje del comienzo del tratamiento. El paciente había tenido la fantasía de que yo era un analista estricto que jamás le permitiría levantarse y pasearse. A partir de esto, desarrollo la siguiente interpretación: "Ud. se imagina una vuelta a casa en la que se figura una relación con su padre, tal como Ud. siempre la deseó. Al

mismo tiempo, aquí Ud. se encuentra en una situación que lo abruma, en la que desearía tener más apoyo para poder compensar algo que falta: la distancia temporal con la última sesión, el indicio de que falta una cuarta sesión. ¿No son acaso éstas, apelaciones hechas a un padre solícito, que debería prepararle un hogar, donde Ud. se sienta acogido y donde pueda volver siempre que quiera?"

El paciente se siente tocado. Con dudas, dice: "En general, me cuesta pensar en eso. Un padre así, nunca lo tuve, tener esa sensación de poderme sentir en casa."

A continuación se produce un silencio, del cual el paciente me saca señalándome que la sesión ya se ha sobrepasado en unos minutos. Sin notarlo, con mi actuación llevé a los hechos el deseo del paciente de una prolongación de la hora.

En las sesiones siguientes, la idea del regreso se mantiene viva y se enlaza en el paciente con la idea de querer poner más orden en su vida. Quisiera irse del lugar que actualmente agobia su vida o, al menos, expurgar el lugar de sus deshonras.

Luego, relata un sueño en el que un hombre de características indefinidas pone orden en una iglesia atestada de trastos viejos. Al hacerlo, encuentra juguetes que coloca sobre el altar.

La sensación de seguridad que el paciente no encontró en su casa, la buscó en su juventud por un tiempo en la Iglesia y en la fantasía tranquilizadora de llegar a ser sacerdote. A menudo se ha acusado de llenar mi pieza con su desorden. Por lo tanto, no está muy alejado considerar la Iglesia como metáfora de la terapia. Volvemos nuevamente sobre el papel que yo juego en su vida y que en el sueño es representado por el hombre de características indefinidas. En el primer año de terapia, Ignacio Y utilizó las sesiones predominantemente para ordenar con mi ayuda su vida desquiciada. Por momentos, mi función era básicamente de apoyo. Para no caer en el caos, a menudo Ignacio Y se orientaba con la ayuda de mi punto de vista y de

mi apreciación sobre su situación de vida. Debido a la sobrevalorización narcisista de sí mismo, Ignacio Y era en muchos ámbitos de su vida privada y profesional bastante ciego, y cuando de súbito creía encontrarse en un callejón sin salida, caía de las nubes. De hecho, ambos nos encontrábamos, aunque de distinta manera, preocupados de poner orden. Al hacerlo, habíamos descubierto juguetes de su niñez que para él seguían siendo valiosos, pero a los que él mismo se impedía el acceso. Como lo mostraremos en la sección 7.3, el paciente había desarrollado durante su infancia un idioma privado. Algunos indicios ofrecidos por el paciente respecto del sueño me llevan a la idea de que en el hombre de características indefinidas se puede ver una figura mixta, producto de nosotros dos. Extrañado frente a este pensamiento, recuerdo haber leído hace

unos días un libro cuyo título, *The pronouns of power and solidarity* (Los pronombres del poder y la solidaridad), me es evocativo. Pudiera ser que, en la tensión entre poder y solidaridad, alcanzo a percibir el ánimo ambivalente del paciente, frente a lo mucho que él da, y que yo acepto, pero donde no queda claro qué es lo que recibirá él a cambio. Antes de que yo alcance a articular una interpretación a partir de estas reflexiones, al paciente se le ocurre pensar en una transmisión de televisión en la que se mostró la foto de una terrorista buscada: "Si nos libráramos de ella, sería una salvación".

Junto con iniciar el tratamiento, se había liberado exteriormente de su mujer que lo tenía totalmente dominado y de la familia de ella, pero temía volver a caer en una situación similar. Por esto, acto seguido interpreto: "Cuando se haya podido liberar definitivamente de los escombros de su matrimonio fracasado ..." El paciente me interrumpe diciendo: "Entonces donaría una imagen de Ud. para la ermita de mi pueblo natal." Luego compara el tratamiento con un vía crucis, un camino lleno de espinas. Yo le señalo que este proceso es para él muy doloroso, unilateral y falto de claridad de lo que le espera al final. El paciente piensa entonces en su padre que le había dado pocas cosas buenas. Siempre le había hecho sentir que era un bastardo y, en el fondo, no deseado. Sólo una vez, cuando era un niño pequeño y estaba enfermo, su padre lo había paseado en brazos. Termino este pasaje con la indicación de que en la difícil búsqueda de cabida para tratarse, posiblemente se debe haber sentido un bastardo, debido a que unos terapeutas que consultara le habían dado a entender que antes de pensar en un tratamiento analítico debería primero poner orden en su vida exterior.

### 3.2 Contratransferencia complementaria

Para la introducción, tomamos prestado de la sección 3.4 del tomo primero la siguiente descripción, al modo de resumen: con la expresión "identificación complementaria" H. Deutsch (1926) describió la identificación del analista con los objetos transferenciales del paciente. El analista siente así como la madre o el padre, mientras que en el paciente se vuelven a animar sentimientos como los que sintió antes en su relación con su padre o su madre, respectivamente.

Erich Y llega de buen humor a la sesión 249.<sup>a</sup>, diciendo que la vida es nuevamente digna de ser vivida. Con mucho sentimiento, relata un sueño agradable:

P.: Yo estaba en la firma y tenía una relación excelente con mi jefe. El asunto había ido tan lejos, que nos turnábamos al hablar por teléfono. Yo hablaba

primero, luego seguía él, y entonces el jefe de la sección, y eso no lo recuerdo en forma pre-cisa, siguió tomándose un helado o algo por el estilo.

A.: ¿En su presencia, cuando Ud. hablaba por teléfono, o cómo?

P.: Sí, cuando él telefoneaba se metió un chicle en la boca o algo así.

A.: ¿Se comió él su chicle o su helado, de modo que se produjo un intercambio muy íntimo?

P.: Exacto.

Reflexión: La atmósfera armónica e íntima del sueño tiñe nuestra relación. Yo me dejo llevar por ésta, y espontáneamente retomo los deseos inconscientes del paciente. Me es importante poder expresar correctamente en forma verbal su anhelo inconsciente y que la intimidad del intercambio pueda ser percibido. En esto radica mi propósito, que también se manifiesta en interpretaciones posteriores sobre oralidad. Sin embargo, de manera no intencional, adjudiqué primariamente al paciente el chicle, como si hubiese sido él quien primero lo hubiera tenido en la boca. No-tó que el paciente había vacilado frente a la descripción del intercambio íntimo y que él mismo había pasado del helado al chicle. Pero, por mi interrogatorio, timoneado inconscientemente, sucedió que yo le puse el chicle en la boca. La manera de cómo mi contratransferencia me llevó a interrogarlo, se escapa de mi acceso consciente. Experimento la transferencia del paciente, según se configura en el sueño, en diferentes niveles. El ansia por el padre se expresa en un modo oral de relación. Las interrupciones o la poca claridad en la reproducción podrían estar señalando algo sobre aspiraciones fálicas latentes. Mi sintonización emocional parece claramente haber animado al paciente a dejar de lado su resistencia. Todo se dio en forma tan natural, que descubrí el lapsus sólo al leer la transcripción. Puede ser que la confirmación inmediata del paciente de mi interpretación de la secuencia escénica, al decir "exacto", haya contribuido para que esto sucediera.

Después de este "exacto" del paciente, continúo añadiendo:

A.: Con este intercambio íntimo él pasó a ser su compinche.

P.: Se trata de una simpatía humana especial. Entonces se da además algo, sentirse atraído y no rechazado y ser al mismo tiempo iguales. En un ambiente así, tampoco me molesta que nuestro hijo pequeño se ponga de mal genio, lo que en otras circunstancias me duele.

A continuación, el paciente se ocupa de su cambio de humor. Antes de la sesión había tenido una corta fase negativa, cuando apareció un médico en la sala de espera y -a pesar de que se encontraba prácticamente fuera de la vista de aquél-, se sintió interiormente dividido frente al tener que saludar o no, con la idea de si el médico se iba a dirigir a él en forma amable o no, etc. Inmediatamente se puso tenso, se crispó, y el síntoma se hizo presente.

Reflexión: La conclusión que saco de las ocurrencias del paciente es que había acertado correctamente en su búsqueda tras una unidad más armónica y comunión. La aparición del médico pone fin a la armonía del paciente, porque se siente tironeado interiormente, si éste lo verá o no, si debe levantarse, etc. En resumen, él describe la tensión naciente, que surge debido a que comienzan las comparaciones: grande - chico, importante - sin importancia. El médico que entró a la sala de espera tiene de hecho una figura impresionante.

Luego, Erich Y describe como la tensión disminuyó cuando mentalmente se puso en un nivel humano común con el médico entrante, de hombre a hombre. Después, describe su vacilación entre los polos extremos.

Reflexión: Lo que me interesa es aclarar, todavía más, el ansia inconsciente por procesos íntimos de intercambio. Por esto, recurro a modelos genéticos tempranos de intercambio y al sueño.

A.: Sí, en relación con esto, el sueño es una imagen opuesta, Ahí sí que Uds. son uña y carne. Allí no hay tensión. El toma su chicle, y Ud. el de él. Lo que él tiene en la boca, lo tiene Ud. en la suya. Igual que entre padre e hijo o como entre madre e hijo, es decir, cuando la madre se mete algo en la boca y dice: ¡oh, qué bien sabe! y luego lo mete en la boca al niño.

P.: Incluso en el mismo sueño en ese momento me detuve y no podía creerlo. Re-trocedí y volví a mirar si acaso era cierto, si realmente era así, que él seguía usando el chicle.

A.: Sí, y es interesante constatar que Ud. al comienzo dijo, posiblemente debido a algún tipo de vergüenza, que no lo sabía con exactitud. De que también podría haber sido helado, que se derrite. Algo que no se puede meter dos veces en la boca. Sólo entonces habló del chicle, como si primero hubiera tenido que decirme, que sí era muy apetitoso. Lo del chicle es algo, por así decirlo, más íntimo. Uno se mete algo en la boca que ya otro tenía en la suya. ¿O cómo lo ve Ud.?

P.: Correcto, totalmente correcto.

El paciente describe ahora también su resistencia, que ya había comenzado durante el sueño.

Aun cuando Erich Y quisiera complacerme por mera amabilidad, sus ocurrencias hablan a favor de que yo adiviné sus deseos inconscientes. En las siguientes interpretaciones intento reforzar la relación de objeto oral, con el propósito de materializar el intercambio verbal, centrando fuertemente la atención en las relaciones orales para enriquecerlo emocionalmente.

Erich Y intenta mitigar por algún tiempo sus ansias:

P.: Ya lo volví a pensar: ¡qué sentimientos, Dios mío!, las cosas que se agitan en mí, qué pensará Ud. de todo esto.

A.: Sí, que no sólo le pasen esas cosas, sino que sea Ud. mismo quien busca algo que tiene el jefe de sección. También aquí participa así, cuando intercambiamos pa-labras para allá y para acá. Claro que aquí no hay chicle, pero tiene que ver con la boca y con la relación que se establece cuando vuelan palabras de aquí allá y de allá para acá. ¿Qué otras cosas se le ocurren además en relación con esto? Quizás hayan más fantasías, en el caso de que se atreva y si deja de estar tan asustado, sí por el amor de Dios.

P.: En este momento algo me hizo distraerme.

A.: ¿Qué cosa?

P.: De nuevo me siento muy intranquilo. (Empieza a tiritar.)

A.: Sí, yo justo me entrometí. ¿Cómo sintió la distracción?

Erich Y vuelve entonces al sueño, y yo aparezco formando una unidad con el jefe de sección. Dice: "Incluso en el sueño mismo, me detuve en este instante y no podía creerlo. Retrocedí y volví a mirar si era cierto que él seguía usando el chicle." Mi indicación respecto de su vergüenza, que lo llevó a interrumpir, le da fuerzas para darle más espacio a su profunda ansia por el padre. Hace ya tiempo que se me ocurrió que el paciente había sido seducido homosexualmente en la pubertad y tengo la sospecha de que el contenido del sueño lo intranquiliza. Por eso le indico que el intercambio desacostumbrado e indecente en el sueño es algo natural y corriente entre el hijo y la madre, o el padre, y que esta naturalidad se continúa en la sexualidad de los adultos. Intencionalmente describo la oralidad de manera bastante general.

P.: Vea Ud., cuando Ud. menciona esas cosas, me vuelvo a poner intranquilo, como si algo se resistiera a eso.

A.: Sí, con estas palabras pareciera que mi lengua y mi chicle estuvieran entrando en su boca, y el chicle es entonces como un intermediario.

P.: Sí, pienso que los pensamientos que salen de Ud. podrían ser los míos propios, y podría ser descubierto por Ud. en mi depravación, y considerado como un perverso.

A.: Sí, eso es casi terror, como si ya por percibir sus ansias por el padre fuera Ud. perverso .

P.: Ya le conté pues que un muchacho una vez me mostró todo eso.

A.: El que se restregó en su ano.

P.: Sí.

A.: Y que también quería que Ud. metiera su pene en la boca, ¿o no?

El paciente aclara a continuación que en aquel entonces no se había llegado a prácticas orales, como tampoco a masturbarse mutuamente.

El titubeo del paciente me hace suponer que se siente inseguro porque la intimidad la asocia inconscientemente con perversión; por esto nombro expresamente la palabra.

Me es importante atenuar la angustia de que sus ansias orales, que son exornadas a lo largo de la sesión, pudieran ser perversas. Por este motivo, le señalo la naturalidad de estos deseos en la relación entre el hijo y sus padres. En esta ocasión queda nuevamente claro que, a través de su conducta real, su mujer refuerza la insistencia que restringe sus pulsiones y refuerza sus sentimientos de culpa.

Desde el recuerdo de sus penurias durante la pubertad, Erich Y vuelve a la realidad responsable del resto diurno en la formación del sueño. La tarde anterior se dejó atrapar por una escena sexual de una película de televisión, donde un hombre observaba a través del ojo de la cerradura a una mujer que se estaba desvistiendo. Su mujer se encontraba en alguna parte de la casa, y él tenía miedo de que ella lo pudiera pillar.

Reflexión: Como tantas otras veces, su mujer hace aquí de representante de figuras superyoicas restrictivas. Su conducta real facilita esta atribución. Esto da por resultado desilusiones inevitables y conflictos reales. Sospecho que el rechazo de su mujer ha reforzado su deseo por el padre o, dicho de otro modo, que su regresión desde un tipo de relación heterosexual a uno homosexual se inició a través del resto diurno y del posterior rechazo real de su mujer, con lo cual el hombre simultáneamente se hace cargo de una función materna: regresión oral. En el nivel onírico latente se representa un intercambio oral.

Interpreto esta asociación de acuerdo con mis sentimientos contratransferenciales y mis reflexiones diciendo: "Sí, eso podría ser. Pero a Ud. no le estaba permitido mirar más detenidamente y luego se consoló en el sueño."

Comentario: Queremos señalar que esta sesión no solamente ilustra una contratransferencia complementaria, sino que es también reveladora porque los síntomas corporales entran en cuenta. Tal tipo de observaciones sobre la génesis actual posibilitan hacerse una idea de las relaciones psicodinámicas. Relacionando analogías entre el intercambio verbal y el material, el analista intenta aproximarse lo más posible a las necesidades corporales. Por cierto, de esta forma uno no se aproxima

al cuerpo como objeto de la medicina científico-natural, pero sí a la imagen corporal, es decir, al vivenciar ligado al cuerpo del ser humano.

### 3.3 Retroactividad (Nachträglichkeit) y fantasear retrospectivo 1

El siguiente ejemplo, tomado del tratamiento de Erich Y, pertenece a un vasto tema que se anuncia en el título de esta sección. Obviamente, a través de un breve informe casuístico no podemos familiarizar al lector con todos los problemas contenidos en el título. Para poder comprender desde adentro el intercambio entre Erich Y y su analista, es necesario conocer algunos aspectos de la teoría que conforma el contexto de la retroactividad y del fantasear retrospectivo. Con el objeto de poner al tanto al lector de la enorme significación que tiene la retroactividad en el vocabulario de Freud, al final de la presentación de la sesión ofrecemos un excursus al respecto.

La sesión 254.<sup>a</sup> de Erich Y comenzó fuera del consultorio, en el estacionamiento. Habíamos llegado al mismo tiempo y estacionado nuestros vehículos a cierta distancia. El rozó el parachoques de un auto que ya estaba estacionado, lo que observé desde lejos.

Al principio, Erich Y hace caso omiso de este incidente. Comienza la sesión relatando un sueño que giraba en torno a una cañería defectuosa y a las correspondientes consecuencias. Después de que la cañería fuera desconectada, se había podido comprobar, al diagnosticar la avería, que la cañería dentro del muro había sido a-serrada aproximadamente en unos 20 cm. Hasta ahora, el muro que la rodeaba había ocultado el defecto.

El paciente acentúa que, en el sueño, había evaluado objetiva y profesionalmente la avería, aunque, por cierto, no había sido en su propia casa, pues, en ese caso, hubiese transformado esa pequeñez en algo grande, atribuyéndole a la avería una enorme importancia.

Inmediatamente veo en el sueño una representación de sí mismo: en realidad, el paciente se encuentra de momento ocupado intensamente con la remodelación de su casa. Ha tendido cañerías nuevas y ha efectuado reparaciones en el sistema de cañerías. Al fantasear sobre la imagen corporal del paciente veo en las cañerías de agua una representación del sistema urogenital y su avería, que se manifiesta en la dis-morfofobia del paciente, es decir, en su idea de tener un mentón huidizo, etc. Al comienzo, permanezco en el nivel ofrecido por el paciente y tomo en cuenta que los pequeños desperfectos siguen siendo experimentados de manera enormemente aumentada, debido a la autorreferencia y a las fantasías inconscientes que acompañan a ésta.

---

1 Por las razones que se entregan al final de esta sección, el término *Nachträglichkeit* no es fácil de traducir. Etcheverry lo traduce simplemente por "posterioridad", lo que no hace justicia a la complejidad del concepto, pues, como se verá, el punto central radica en la acción eficazmente dadora de

significado de un suceso posterior sobre uno anterior. Por esta razón, preferimos la traducción de "atribución re-troactiva" o, simplemente, de "retroactividad" (nota de J.P. Jiménez).

Me restrinjo a repetir dramáticamente la enormidad del daño vivido: "En las afrentas como en las heridas sufridas se trata, desde siempre, de ser o no ser, del to-do o nada, y también de su propia integridad, de su nariz torcida, de su miembro pequeño y de los ataques, daños y heridas."

Erich Y amplía mis insinuaciones mediante analogías que lo llevan finalmente a lo sucedido en el estacionamiento: "Yo toqué, apenas rocé, las defensas de goma del otro con mi parachoques. Solamente salió algo de polvo. Eso lo pude observar apenas salí del auto, por eso ni siquiera me acerqué. Me viene la idea de que Ud. también pudo haberlo visto, y la alusión a una mala conciencia porque me fui."

Desde mi punto de vista, el paciente ha vivido el daño de manera aumentada. Se puede suponer que ya estos inofensivos roces señalizan inconscientemente para el paciente colisiones graves, debido a que se encuentra bajo el efecto de un alto potencial de agresión. Es por esto que se siente inmediatamente observado y castigado.

Hablamos sobre su propia capacidad de evaluación y sobre el hecho de que, a pesar de todo, necesita del beneplácito de alguien y quiere oír que todo está en orden. El enorme daño del sueño, con su trasfondo inconsciente, lo relacionamos con el comportamiento inofensivo y con su conciencia mala.

Erich Y amplía el tema, explayándose largamente sobre su dependencia de la confirmación de los demás. Pero ahí hay además otro aspecto, a saber, su testarudez y su perfeccionismo al llevar a cabo sus trabajos, donde no permite que nadie participe de la planificación y de la realización de éstos. Tampoco a su mujer pone al tanto de sus asuntos.

Reflexión: Su impulso a la perfección se puede considerar como una reparación que sigue a algún daño surgido, sea a un daño que sufre como víctima en su propio cuerpo, o a un daño efectuado por él mismo. Aun cuando sus intenciones inconscientes no alcancen su objetivo, debido a la intervención inhibitoria de mecanismos de defensa, bastan sin más pensamientos y fantasías inconscientes, para producir una mala conciencia y exigir la reparación. Las múltiples formaciones reactivas del paciente -así como también los esporádicos arranques de rabia- son un índice de su enorme potencial de agresión, que debe ser mantenido a raya.

En la siguiente interpretación, centro el interés en la palabra "rasguño", relacionándola con el sentimiento corporal del paciente (véase 5.2).

A.: Si hay un rasguño por ahí, para Ud. es como si se lo hubieran causado a Ud.; Ud. es la víctima, y no puede hacer nada contra eso. Mientras mayor sea el daño que Ud. sufre en carne propia, mayor será la rabia. Eso se potencia mutuamente, como aquella vez cuando yo le infligí un daño, al exigirle que participara en parte en los costos de los honorarios... Todo lo que ahí pasó, está en sus sueños... Y luego, todo debe ser nuevamente reparado.

P.: Sí, esta perfección. Eso mismo pensé esta mañana. Pero, ¿por qué inmediatamente relaciono esos daños externos, o cuando algo pasa, con mi cuerpo, con esos efectos tan profundos, sin que antes los pueda percibir o sentir?

A.: Claro, observe la avería sucedida en el sueño. Las cañerías corporales se reflejen al orinar, y uno se cuida mucho de no ser tocado en ese punto. Todo eso tiene que ver con las cañerías de agua, con la casa, que es uno mismo, y ahí anduvo al-guien aserrando con malas intenciones, en el sueño las aserraron hasta cortarlas.

P.: Ya estaban dañadas al ser colocadas.

A.: Fueron colocadas estando ya dañadas, ajá.

Reflexión: Entre lo comunicado por el paciente, que la cañería la habían colocado estando ya dañada, y mi repetición, que reforzaba sus pensamientos, tuve una idea dirigida desde la teoría: ajá, el paciente vive con la fantasía inconsciente de haber sido dañado ya en el útero, de que alguna cosa pudo haber salido mal ya al ser con-cebido. Me sorprende bastante cuando, a continuación, el paciente trae un recuerdo, mantenido vivo retroactivamente, a través de las repeticiones de su madre, de que su cabeza había sido deformada al nacer. La fantasía retrospectiva de su trastorno en la imagen corporal, en especial el de la deformación de su cabeza, llega hasta el co-mienzo mismo de su vida. Esta fantasía regresiva la veo como un intento de esta-blecer un status quo ante, en el sentido que da Balint a la tentativa de lograr nueva-mente el estado anterior al trauma. Es un nuevo comienzo en la fantasía. De he-cho, el paciente trae nuevas ocurrencias que se relacionan expresamente con el daño primigenio.

El paciente retoma mi repetición, "fueron colocadas estando ya dañadas", y agre-ga:

P.: Como dije, la falla había sido incorporada ya en el momento de la construc-ción, yace en lo profundo, y por eso me surge muy fácilmente la comparación con el parto. Me viene a la memoria que mi madre me dijo que fue un alumbramiento muy difícil. Tuvieron que sacarme con las tenazas, y aquello fue tan grave, que mi cabeza se deformó.

A.: Es decir, fue creado y fabricado algo ya deformado.

P.: En el proceso de formación. (Pausa larga.) Es muy cómico, como si yo, como hace mucho tiempo atrás, estuviera en el vientre de mi madre, en esta

cueva. Pero todo es tan limpio, puro, tan parejamente igual. Y luego viene inmediatamente el salto unos años hacia adelante, en el jardín infantil, antes de que comenzara la gue-rra. Ahí surge la primera avería. No sé si ya lo conté una vez. Mi hermano y yo jugábamos detrás de la casa, jugábamos en la granja. Había una pradera en pendien-te. También habían unos vehículos por ahí. Yo solté los frenos de un carro de adrales. Comenzó a moverse, atropelló a mi hermano, que por suerte se encontraba jugando en un enorme hoyo de gallinas, de manera que el carro pasó sobre él, sin tocarlo.

A.: Hm, sólo recibió un rasguño. El carro ...

A continuación, el paciente relata cómo el carro rodó pendiente abajo a alta velo-cidad, deteniéndose contra un cobertizo, donde el choque provocó un daño conside-rable.

La vívida descripción del paciente revive en mí recuerdos bastante análogos de mi niñez. La intensidad de mi fantasear retrospectivo es tan fuerte, que no me de-tengo en los perjuicios mencionados por el paciente, como tampoco en el alboroto provocado por él. Formulo una interpretación condicionada contratransferencial-mente, que se conecta inmediatamente con la descripción del paciente.

A.: Ya que por poco hubiera matado a su hermano. Entonces, habría sido el ase-sino de su hermano, Caín y Abel.

Después de una pausa más larga, el paciente descubre retrospectivamente otro aspecto más.

P.: De alguna manera yo era algo así como el pequeño héroe que había logrado hacer eso con 3 ó 4 años.

A.: Sí, las cosas que Ud. es capaz de poner en marcha. Y luego, si todo sale bien, están todos felices y contentos, y se dice que no fue tan terrible. Y lo mismo pasó esta mañana, donde le hubiera gustado recurrir a mí como testigo de que no había habido daño, de que no había pasado nada, de que el daño surgido podía ser repara-do; tanto el que uno mismo provoca, como también aquel daño que uno de hecho no ha cometido, pero que, al creerse autor, se lo carga en la conciencia.

De su relato, de que hasta había sido considerado un pequeño héroe, deduzco que lo he abrumado demasiado a través de mi interpretación de Caín y Abel, condicio-nada desde mi contratransferencia. Queda claro que, en vista de la intensidad afecti-va, el paciente tiene suficiente por hoy, ya que el resto de la sesión la dedica a ca-sos más bien superficiales de daños sufridos en su vida adulta.

Retrospectiva (dictada inmediatamente después de la sesión): Mi fantasía sobre el origen del daño "imaginario" se topó con su propia representación, mantenida

viva por su madre, de que el desperfecto en su cabeza podía retrotraerse al nacimiento. Menos mal que no dije nada. Grande fue mi sorpresa al ver que el paciente no ha-bló más sobre el difícil parto que había necesitado la ayuda de tenazas, sino que se dedicó a describir la situación armónica dentro del vientre materno. En esta sesión por lo tanto, tenemos la posibilidad de ver varias cosas, el nuevo comienzo y la vuelta al estado armónico previo al trauma primario, descrito por el paciente como trauma del nacimiento. Su vivencia, y mi sorpresa, se vienen abajo. La pregunta es: ¿quién ha comenzado a fantasear aquí, el paciente o yo? Además, un aspecto esencial es el desencadenamiento de sus ocurrencias por el suceso reciente en el es-tacionamiento, antes de la sesión. Finalmente, me identifiqué con el paciente y con su rivalidad con su hermano, de la que ya estaba al tanto, y en el fantasear re-trospectivo reanimé recuerdos propios, que me motivaron a dar una interpretación sobre Caín y Abel, condicionada por mi contratransferencia.

Comentario: A través de la retrospectiva, dictada inmediatamente después de la se-sión, como también por los comentarios auxiliares escritos más tarde, el analista tratante puso en claro que había establecido una contratransferencia concordante. El participó del fantasear retrospectivo del paciente y tuvo recuerdos infantiles análo-gos. Lo que además impresiona es que esta inducción recíproca se encuentra carga-da de ideas que pertenecen a la heurística psicoanalítica, y por consiguiente, como imágenes de búsqueda, surgen, no sólo de la sensibilidad empática del analista, si-no muy posiblemente también de su cabeza.

Notas sobre la retroactividad: La expresión "retroactivo" (nachträglich) y la forma sustantivada "retroactividad" (Nachträglichkeit), fueron utilizadas a menudo por Freud en relación con su concepción de la temporalidad y la causalidad psíquica. Ya en una carta dirigida a Fließ, del 06.12.1896, Freud escribe: "Yo trabajo con el su-puesto de que nuestro mecanismo psíquico se ha generado por estratificación suce-siva, pues de tiempo en tiempo el material preexistente de huellas mnémicas expe-rimenta un reordenamiento según nuevos nexos, una retranscripción (Umschrift)" (1950a, p.274). Laplanche y Pontalis son de la opinión de que "todos los fenóme-nos con que se topa el psicoanálisis se encuentran bajo el signo de la retroactivi-dad, es decir, de la ilusión retroactiva. Es así que Jung habla del fantasear retros-pectivo: según él, el adulto reinterpreta su pasado en sus fantasías, que son igual-mente expresión simbólica de sus problemas actuales. En esta concepción, la rein-terpretación es para el sujeto un medio de arrancar de las 'exigencias de la realidad' a un pasado imaginario" (Laplanche y Pontalis 1972, p.314). Sin dejar de lado este punto de vista, Laplanche y Pontalis acentúan que la concepción de Freud de la re-

troactividad es más precisa: lo que se modifica retroactivamente como un todo no es lo vivido, sino, de manera selectiva, aquello que, al instante de ser vivido, no pudo ser integrado totalmente en una relación de significación. El modelo para una vivencia de ese tipo sería el acontecimiento traumático. Freud hizo suya la idea del fantasear retrospectivo. En varios lugares, aparece la expresión en el contexto de la retroactividad:

Confieso que éste es el problema más espinoso de toda la doctrina psicoanalítica. No he necesitado de las comunicaciones de Adler o de Jung para ocuparme crítica-mente de la posibilidad de que estas vivencias infantiles olvidadas (y vivenciadas a una edad inverosímilmente temprana), que el psicoanálisis postula, descansen más bien en fantasías creadas a raíz de ocasiones posteriores... ninguna duda me ha reclamado más, ninguna otra incertidumbre me hizo abstenerme tan decidida-mente de ciertas publicaciones. He sido el primero en reconocer tanto el papel de las fantasías en la formación del síntoma como el del "fantaseo retrospectivo" desde incitaciones posteriores hacia la infancia, y la sexualización retroactiva (*nachträglich*) de esta última; ninguno de mis oponentes ha señalado este hecho (Freud 1918b, p.94).

Partimos de la base de que esta reproducción bastará para producir una profunda im-presión en el lector. En todo caso, entendemos el entusiasmo del analista tratante por el fantasear retrospectivo y por el redescubrimiento de la retroactividad como una de las ideas conductoras más geniales de Freud. Por esto, el que Strachey tradu-jera esta expresión por "deferred action" (acción diferida) tuvo seguramente muchas consecuencias. En relación con lo expuesto por nosotros en la sección 1.4 del to-mo sobre los fundamentos, y en el sentido de la argumentación de Wilson (1987), recientemente publicada, queremos acentuar que Strachey no inventó a Freud y que la situación actual del psicoanálisis no puede reducirse al hecho de que la obra de Freud fuera reconvertida en el lenguaje científico angloamericano de Strachey en la Standard Edition. El que Strachey tradujera el término de *Nachträglichkeit* por "de-ferred action", va más allá de las numerosas faltas que son documentadas por do-quier. Porque la concepción de Freud de lo "retroactivo" no puede ser reducido al concepto de la acción diferida. Queremos dejar planteado el problema de las posi-bles consecuencias que esta traducción que desfigura el sentido puede haber tenido para la comprensión de la obra en el ámbito angloamericano. Incluso ahí donde se conservó el original, el camino llevó irresistiblemente desde el fantasear retrospec-tivo hasta la datación retrospectiva de las condiciones genéticas de las enfermedades psíquicas y psicosomáticas, hasta la

hora primera, y aun antes. El concepto de la retroactividad no tolera reducir la historia del sujeto a un determinismo lineal que tome en cuenta tan sólo la influencia del pasado sobre el presente (véase tomo primero, pp.391s). La tendencia de datar las causas de las enfermedades psíquicas cada vez más atrás se ha ido fortaleciendo a lo largo de los decenios, como si el destino del ser humano estuviera ya decidido en los primeros meses de vida -incluso ya intrauterinamente- y no precisamente en base al código genético, a la herencia, sino debido a supuestas influencias del medio ambiente. Aquí se trata de un desarrollo universal, es decir, independiente de la lengua y de las traducciones, que se encuentra incluso ahí donde la significación de la retroactividad fuera íntegramente tomada en cuenta, como por ejemplo en Lacan, que vinculó el pensamiento de Freud con la filosofía de la temporalidad de Heidegger. El fantasear retrospectivo hasta el comienzo de la propia vida y, más allá de éste, en el espejo del encuentro consigo mismo, es un tema fascinante de los cuentos de hada y de los mitos que viven en nosotros mismos.

Este excursus muestra que el simple fantasear retrospectivo concordante tiene un contexto significativo. El proceso de discernimiento del psicoanalista se apoya en muchas condiciones previas, aunque éste no las tenga presentes durante la sesión misma. Posiblemente eso fue lo que sucedió en la sesión recién resumida, que se desarrolló con bastante delicadeza y de ningún modo con calentura de cabeza.

### 3.4 Participación del paciente en la contratransferencia

Los modelos biológicos básicos congénitos implican que las escenas eróticas o agresivas vívidas, especialmente cuando el analista es involucrado en la transferencia, tengan una resonancia psicofisiológica involuntaria. La sintonía del analista en las escenas descritas por el paciente lo trasladan a estados anímicos cuya cualidad se extiende dentro de un amplio espectro. Ya en el año 1913, en su obra *Zur Phänomenologie und Theorie der Sympathiegefühle und von Liebe und Haß* ("De la fenomenología y la teoría de los sentimientos de simpatía y del amor y el odio"), Scheler llamó la atención sobre la referencia objetal primaria y sobre la naturaleza bipersonal de estos procesos que se enraízan profundamente en lo somático (véase Scheidt 1986). Desde un punto de vista psicoanalítico, la mirada se dirige a las formas inconscientes previas a estos fenómenos. No se requieren mediciones fisiológicas para notar en la contratransferencia que la identificación parcial con el vivenciar del paciente

tiene un efecto animador. Por un lado, ésta depende del tipo de escena y, por el otro, de la disposición general a reaccionar o de la capacidad especial de resonancia del analista. Por consiguiente, y en el fondo, en el analista se producen todas aquellas reacciones afectivas que pertenecen a la naturaleza del homo sapiens y que Darwin, Freud, Cannon y Lorenz intentan explicar en sus teorías del afecto y de la pulsión.

Los deberes y tareas profesionales tienen como consecuencia que los sentimientos de simpatía, el amor y el odio, aparezcan en forma atenuada en la contratransferencia. El analista se encuentra, por así decirlo, sólo a medias en la escena correspondiente; con su parte involucrada, y ante todo con su cabeza, permanece, de acuerdo con las palabras de Schopenhauer citadas anteriormente, "en el territorio de la reflexión tranquila", para poder ayudar con sus conocimientos. A pesar de que aquí no corresponde sostener una discusión sobre la naturaleza pulsional del ser humano -un tema interdisciplinario inagotable entre el psicoanálisis y la antropología filosófica, como nuevamente lo muestra el trabajo de Marquardt (1987)-, no cabe ninguna duda de que también los psicoanalistas se encuentran sometidos a esta naturaleza. La sensibilidad de éstos frente a fantasías sexuales o agresivas se encuentra incluso aumentada, porque se entrenan para percibir las microseñales más finas, que para el paciente, como emisor, son aún totalmente inconscientes.

Naturalmente, sin decirlo, todos los pacientes saben que también su analista está sometido a ciertos hechos biológicos dados. Los problemas técnicos comienzan con la pregunta sobre el modo en que se reconoce que el analista es tocado de manera parecida a la de los demás seres humanos por las fantasías sexuales o agresivas de sus pacientes. Al no reconocer tal bipersonalidad de las emociones se desconcierta al paciente, cuyo sentido común se orientaba hasta el momento por las experiencias que ahora ve puestas en tela de juicio: en general, en tanto exista una relación entre dos seres humanos, las emociones de uno no dejan frío al otro. Al menos de manera vaga, el paciente percibe algo de la contratransferencia de su analista, cuya resonancia emocional necesita tanto como que éste tenga su cabeza despejada. Reconocer esta inherente tensión preserva de aquellos innumerables callejones sin salida que terminan con el estancamiento o con la interrupción de los tratamientos. El fracaso de muchos tratamientos lo adjudicamos al hecho de que el paciente, secretamente convencido de la inverosimilitud de que su analista parezca no ser tocado, lo pone repetidamente a prueba, pruebas que intensifica hasta obtener una comprobación. El rango de variabilidad que sirve de comprobación en estos intentos de prueba de culpabilidad es amplio. Las reacciones espontáneas de tipo averbal, o también las interpretaciones, que permiten sacar conclusiones sobre el

estado de ánimo del analista, sirven al paciente como indicio de que el analista fue estimulado agresiva o sexualmente. Ahora se ha logrado una prueba, y el analista ya no es digno de crédito. Por lo tanto, la intensificación de las fantasías transfe-renciales agresivas y erótico-sexuales provienen parcialmente de que el analista se desentienda (Verleugnen) de ellas. Encontrar una salida de este callejón ciego no es cosa fácil. Por esto, es aconsejable reconocer desde un comienzo la propia emocio-nalidad y clarificar las funciones profesionales del analista que le posibilitan reac-ciones afectivas menos intensas. La curiosidad personal disminuye si uno permite al paciente formarse una idea del raciocinio analítico que le concierne, por ejemplo, del contexto que fundamenta las interpretaciones. De acuerdo con nuestra experien-cia, en ese caso a los pacientes no les cuesta respetar la vida privada del analista y poner límites a la curiosidad sobre aspectos personales y privados de sus estados de ánimo o pensamientos. Para los pacientes es un enorme alivio que el analista no les pague con la misma moneda, que no reaccione con la misma intensidad con que lo hacen las demás personas con las que alguna vez se trabó, o aún se traba, en un clinch emocional. Las reacciones atenuadas del analista, gracias a sus conocimien-tos profesionales, hacen posible las nuevas experiencias del paciente. Es así como, desde un punto de vista terapéutico, el analista puede salir airoso de la prueba a que se le ha sometido, en vez de, por una abstinencia y un anonimato mal entendidos y poco naturales, transformarse en una persona no digna de crédito y con ello des-encadenar el círculo vicioso esquematizado anteriormente.

Consideremos ahora algunos detalles. ¿Qué significa el que Ferenczi (1919) vea el dominio de la contratransferencia en la oscilación permanente entre el libre jue-go de la fantasía y del examen crítico? ¿Qué quieren decir los analistas al hablar del manejo de la contratransferencia? Por cierto, es algo distinto hablar con posteriori-dad sobre este o aquel sentimiento surgido en la sesión terapéutica a modo de re-acción, que encontrarse de hecho frente al paciente. De lo que se trata, precisamen-te, es de la manera como el analista maneja el estar expuesto a una enormidad de estímulos. La profesión del analista sería de hecho imposible, si todos los deseos sexuales y agresivos alcanzaran su meta inquebrantablemente y el analista se viera desgarrado por los altibajos. Por muy densos que sean el compromiso y el inter-cambio emocional, es precisamente el ensimismamiento reflexivo del analista, lo que hace que las emociones del paciente lo alcancen sólo en forma atenuada. Cier-tamente, él es el blanco de los anhelos sexuales del paciente, de sus gritos deses-perados de auxilio o de su desvalorización. El es aludido y afectado, pero la intensi-dad de sus vivencias se ve mitigada por varias razones. El conocimiento de los pro-cesos

transferenciales provee una cierta protección. Amor, odio, desesperación, impotencia, se encontraban originalmente repartidos entre varias personas. Al compartir los sentimientos del paciente, el analista deja de ser la víctima pasiva de su crítica cínica; más bien, puede participar del placer sádico del paciente y sacar satisfacción espiritual de la aclaración de tales comportamientos. El ensimismamiento tranquilo, que puede ir acompañado por un intenso placer intelectual en el descubrir cómo están asignados los papeles, crea una distancia natural frente a la cercanía del momento.

El lector quizás se sorprenderá de que en esto veamos un proceso natural que en sí no tiene nada de escisión, pero que tampoco lo fuerza a una sublimación conti-nuada. El que los problemas contratransferenciales pueden ser solucionados a través del camino señalado esquemáticamente por nosotros y no por sublimaciones, no requiere de mayor demostración. Después de un corto tiempo de trabajo los análisis se agotarían y, si tuvieran que destinar sus fuerzas para una escisión en el yo o para una sublimación, se incapacitarían para trabajar profesionalmente.

De nuestra concepción se deduce por qué resulta ser la cosa más natural del mundo el que el paciente, en determinadas situaciones, pueda llegar a conocer - aún más, deba saber- el tipo de contratransferencias desatadas por él en el analista. El analista no tiene nada que confesar con mala conciencia, y de ningún modo se trata de agobiar al paciente con los propios conflictos, o de dar a conocer, por ejemplo, historias de la propia vida. Por las razones más diversas, las consultas amistosas toman a menudo un giro tal, que ambos participantes terminan finalmente abriéndose mutuamente de corazón. También muchos médicos creen poder consolar en la consulta, si ofrecen ejemplos propios de superación de enfermedades o de situaciones de vida. Así como, en cualquier forma de psicoterapia, las identificaciones o el aprendizaje en base a modelos son esenciales, así es por otro lado decisivo ayudar al paciente a encontrar soluciones a los problemas propios y adecuados para sí mismo.

Si un paciente desconoce su saber genuino de que también los analistas están sujetos al destino, existen caminos de esclarecimiento más benéficos que el de las confesiones, que dañan más que lo que ayudan, aun cuando sean hechas con buenas intenciones.

Característica de todo padecimiento -y especialmente de todas aquellas enfermedades condicionadas psíquicamente o multicausadas- es que aparezca desaliento, al menos en el ámbito de los síntomas. El paciente ("el que padece") se queja de sufrimientos contra los que es impotente y que se le imponen psíquicamente o que son causados por su propio cuerpo. A menudo, las quejas (Klagen) se transforman en acusaciones (Anklagen) indirectas. En

especial en las enfermedades psíquicas y psicosomáticas, las quejas pronto se transforman en acusaciones en contra los padres y familiares. Para no ser malentendidos, queremos acentuar que las quejas y las acusaciones que se refieren a lo que le sucedió y le fue hecho a una persona deben ser tomadas en serio. La dependencia de años del niño va de la mano con una clara distribución del poder y de la impotencia. En la lucha por la sobrevivencia, la víctima impotente también encuentra medios y caminos para imponerse. La teoría psicoanalítica ofrece una gama de modelos de explicación que facilitan la comprensión terapéutica, especialmente en aquellos puntos que son inconscientes para el paciente mismo. El denominador común que relaciona estos puntos entre sí se

encuentra en las influencias inconscientes que ejerce el paciente mismo, no importando lo mucho que se haya hecho en su contra.

Nuestros comentarios fundamentan la necesidad de, bajo determinadas circunstancias, hacer participar al paciente en la contratransferencia. La necesidad de esta participación resulta teóricamente de la evolución de la teoría de relación de objeto hacia la psicología de dos personas. En pacientes que permanecen ciegos frente a las consecuencias que tienen sus comunicaciones verbales y averbales, sus afectos y acciones sobre los demás y sobre el analista, la participación en la contratransferencia tiene una enorme significación terapéutica. Es incluso probable que ciertas interpretaciones transferenciales, que establecen una cierta distancia, estimulen al paciente a hacer el objeto más humano y, de este modo, a probar los límites del propio poder. Al hablar deliberadamente de la participación del paciente en la contratransferencia del analista, queremos poner de manifiesto que ésta pertenece sólo parcialmente al circuito funcional y de configuración del paciente. El paciente descubre los aspectos inconscientes de sus intenciones, precisamente no porque el analista participe plenamente, sino porque, como lo describimos antes, participa seriamente. Los psicoanalistas intuitivos que tienen además la valentía de presentar ante el público sus experiencias, siempre han tenido claro que este tipo de participación no tiene nada que ver con las confesiones de la vida privada. En relación con la contratransferencia, es totalmente inadecuado hablar de confesiones o declaraciones íntimas. Estas designaciones dificultan el manejo natural de la contra-transferencia. Pues así como no viene al caso ni una confesión del analista ante sus colegas, tampoco se trata de una confesión personal ante el paciente. Ya nos referimos a esto en la sección 3.5 del primer tomo. Dejar que eventualmente el paciente participe en nuestra contratransferencia lo consideramos una descripción adecuada de un proceso

eminentemente significativo y que abre nuevas perspectivas terapéuticas, pero que a la vez también profundiza el discernimiento.

Tal vez nuestros comentarios contribuyan a mitigar el choque que aún produce la franqueza con la que Winnicott (1949), Little (1951) y Searles (1965) escribieron sobre su contratransferencia. Sin lugar a equívoco, se dice que:

en determinadas fases de ciertos análisis, el paciente busca de hecho el odio del analista, y lo que entonces se necesita es un odio que sea real. Si el paciente busca un odio real y justificado tiene que ser capaz de lograrlo, de otra forma no puede sentir que puede encontrar amor real (Winnicott, p.199).

A continuación, ofrecemos dos ejemplos que dejan en claro que la participación del paciente en la contratransferencia puede tener un efecto curativo.

### 3.4.1 Contratransferencia erótica

Hacia el final de un análisis de varios años, la paciente Rosa X, después de larga vacilación, me sorprende con una pregunta directa acerca de mi reacción frente a su sexualidad. Las fantasías y las experiencias sexuales habían jugado siempre un papel importante. Una "transferencia a primera vista", erotización intensa con inhibiciones y evitaciones consecuentes, habían caracterizado el análisis por largo tiempo. Las desilusiones, las angustias de separación y las tensiones agresivas que aparecían, conformaban una maraña de deseos sexuales, a menudo difícil de desenredar.

Desde los 11 años presentaba intensas fases anorécticas y de angustia neurótica. Ya desde niña, y especialmente en la pubertad y adolescencia, se había sentido sola con sus sentimientos y representaciones sexuales. Mi circunspección y la situación analítica estimularon en el tratamiento estos sentimientos de sentirse abandonada, especialmente en algunos aspectos de la relación con el padre. Este había sido por mucho tiempo cariñoso con la niña pequeña, pero, al comenzar su pubertad, se había retirado y había esquivado sus preguntas acerca del "sentido de la vida". Por un lado, ella no había entendido el cambio en su actitud, por el otro, remitía el alejamiento a su desarrollo sexual.

Debido a este trasfondo, la "transferencia" y los aspectos realistas de la relación analítica eran especialmente tensos. Rosa X se sentía a menudo movida a plantearse preguntas acerca de mi modo personal de reaccionar y de vivenciar, aunque estas preguntas las expresaba preponderantemente en forma indirecta. En la fase tardía del análisis pude reconocer en forma retrospectiva que, sin

proponérmelo, yo había contribuido a esta evitación. Me sentía precisamente aliviado por el hecho de que la paciente, a pesar de la intensa transferencia positiva, a menudo erotizada, respetara el marco acordado y los límites, cuyo fundamento psicosocial último radica en el tabú del incesto. Correspondientemente, mis interpretaciones transferenciales retrospectivas se referían a sus desilusiones edípicas y preedípicas y a sus nuevas ediciones, a causa de la retirada del padre, quien había evitado toda pregunta acerca de la vida, no respondiéndolas de frente. Este cambio de conducta marcaba para ella un contraste incomprensible respecto de los mimos, casi se diría intimidades, que el padre había intercambiado con la hermosa niña hasta la prepubertad. Como hija única, había estado expuesta con mayor intensidad a las peculiaridades de sus padres. Ella había registrado en forma más bien pasiva la solicitud del padre. En muchos aspectos, el padre asumía un papel maternal y se preocupaba de compensar los traumas que ella había sufrido a causa de varias enfermedades serias durante su niñez. La madre, supersticiosa e histérica de angustia, dependió interiormente de por vida del abuelo, lo que complicó su propio matrimonio y también su asistencia a la niña. Las desilusiones sufridas por Rosa X a causa de su madre reforzaban su ambivalencia, con la correspondiente tensión agresiva, que se había hecho inconsciente, además de los sentimientos de culpa manifiestos, de origen incierto. De manera típica, la relación ambivalente hacia su madre se continuaba parcialmente en su sintomatología.

De este resumen psicodinámico puede fácilmente deducirse que las interpretaciones transferenciales retrospectivas sobre desilusiones recientes respecto de una interrupción analítica o separaciones imaginarias encontraron su lugar, mientras que las preguntas personales y concretas se escucharon por largo tiempo sólo marginalmente. Posiblemente, también fueron evitadas para no abrumar la relación. Al momento de salir, a menudo Rosa X observaba penetrantemente mi mímica y mi expresión, ocasionalmente hacía alusiones que, por ejemplo, se referían a su preocupación por mi semblante "serio". En lo demás, nos rompíamos la cabeza reflexionando sobre el origen de sus sentimientos de angustia y de culpa.

Ahora, teníamos la mira puesta en la terminación del tratamiento que se venía encima. En esta fase, junto a las agresivas, se multiplicaron las representaciones sexuales, en su mayoría como visiones retrospectivas sobre fantasías (por ejemplo, sueños y restos diurnos) que la paciente anteriormente no había podido comunicar.

Después de hacer una crítica a mi rol profesional como "aparato analítico impersonal", Rosa X me pregunta, esta vez en forma directa, cómo me las arreglo con

sus innumerables fantasías sexuales e insinuaciones, si de verdad no estoy excitado o si por momentos me ha pasado algo semejante. Esto lo relacionó de manera particular con deseos y experiencias sexuales, que ella había sentido como placenteras, escenas en las que, al exhibirse, estimulaba en el hombre una sexualidad agresiva. Ahora, la paciente quería saber lo que yo deseaba o imaginaba y si mis sensaciones eran parecidas a las de los demás hombres.

Si bien yo no había rechazado los pensamientos sexuales cuando éstos habían aparecido anteriormente, especialmente aquellos que implicaban mi persona, lo cierto es que, o había hecho caso omiso de ellos considerándolos pensamientos concretos referidos, o había pedido una aclaración, para finalmente dar interpretaciones transferenciales retrospectivas o interpretaciones actuales del contenido agresivo latente. En la época de la fase final de este tratamiento, había llegado a concebir, en base a experiencias anteriores, que era posible, y razonable, permitir que los pacientes tuvieran parte en la contratransferencia, sin que por eso se terminara en enredos o se llegara a mezclar el rol profesional con el personal. Por el contrario, permitir tal participación contribuye a clarificar y a aliviar. Al comienzo, yo me había comportado realmente en forma circunspecta -como el padre verdadero, quien se había vuelto impersonal-, y había trazado límites que permitieran un buen margen personal. Dicho de otra forma: posiblemente el padre se había re-tirado abruptamente al anonimato debido a su propio miedo a extralimitarse, del mismo modo como yo había tomado una postura impersonal pensando en posibles actos sexuales.

En el caso de producirse en la relación terapéutica tal coincidencia de la experiencia real conmigo con aquella "traumática" con su padre, la paciente ya no podría diferenciar en su vivenciar el carácter de una "transferencia" y el de una experiencia real.

Teniendo tales pensamientos en mente, formulé aproximadamente la siguiente respuesta, que formó parte de un intercambio más prolongado entre nosotros. Ateniéndome a la verdad, le dije que sus pensamientos y fantasías, que ella consideraba estimulantes, excitantes, etc., no me dejaban indiferente. Por lo demás, su propia experiencia hablaba en favor de que yo no me diferenciaba esencialmente de otros hombres. Que para colocarme en su situación anímica de modo de, desde ahí, poder sacar conclusiones y formular mis interpretaciones, era necesaria una cierta sintonización y una manera empática de reaccionar. Que la terapia requería de un cierto distanciamiento de mis propios deseos y fantasías. Que mi alegría y placer no residían en transformar las fantasías que surgían en mí en deseos o acciones, si-no en convertirlas en buenas interpretaciones, en lo posible útiles, que ojalá la ayudaran y que finalmente llevaran a un buen término el tratamiento. Lo esencial, empero, fue la

comunicación de que yo sentía algo, que también desarrollaba representaciones sexuales como reacción a sus fantasías. Agregué que en un momento habíamos descubierto lo que ambos habíamos ciertamente percibido durante una larga fase de la terapia, pero que jamás habíamos expresado en ese sentido: que nos estimulábamos mutuamente y que también yo en ciertas ocasiones me sentía tocado por su fuerza de atracción.

Rosa X se sorprendió y se sintió aliviada por esta respuesta. Inmediatamente añadió algo al relato de un sueño, hecho al comienzo de la sesión, uno de los muchos sueños con contenidos sexuales y agresivos, que giraba en torno de un encuentro entre un hombre parecido a su padre y una mujer desconocida, pero también del peligro de envenenamiento de ella. Sus primeras ocurrencias habían sido asociaciones sobre la madrastra mala y el envenenamiento del cuento de Blancanieves. Después de hacerla participar en mi contratransferencia, siguieron otras asociaciones y también interpretaciones de la paciente misma. Decía sentirse colosalmente aliviada y que ahora podía hablar más abiertamente de los contenidos sexuales callados hasta el momento; consecuentemente, había menos tensión y existía la posibilidad de un trabajo interpretativo mayor. En su significación, el sueño pudo ser entendido como simbolización de la situación de hija única, vivida en forma traumática, con un padre erótico y seductor, pero a la vez muy reservado, y una madre que en este triángulo se encontraba cargada con sentimientos de angustia y culpa. La paciente se había sentido emocionalmente muy dependiente de la madre, y en su niñez y juventud se había ocupado a menudo con la vida interior de ella. La madre había muerto de cáncer en el transcurso del análisis, aproximadamente un año y medio antes del término de la terapia.

En lo que se refiere a su pasado, esta interpretación, que no era para nada nueva -ella refería tanto aspectos de la relación con el padre como también con la madre, pero, ante todo, era un reconocimiento de su petición concreta de poder hacerse una idea del mundo de sentimientos y de representaciones del otro-, pareció por primera vez evidente a la paciente, porque tuvo lugar contra el trasfondo de una nueva experiencia: saber algo acerca de mi vida interior, sobre mi capacidad de procesamiento. A través de mi comunicación, la paciente pudo lograr ser reconocida en su propia sexualidad y corporalidad. Sus dudas acerca de lo que sus excitantes fantasías podían producir en mí perdieron sentido. Mis interpretaciones de que en la base habían sensaciones humanas, liberaron a la paciente del sentimiento de impotencia y de sentirse excluida, o de sentir que se había hecho culpable de algo. A lo largo de las siguientes sesiones, el clima de trabajo se distendió visiblemente. Los afectos traumáticos en la transferencia

podieron ser tratados en forma más abierta, y re-sueltos de manera que el análisis llegó a buen término.

### 3.4.2 Contratransferencia agresiva

En primer lugar, ofrecemos un resumen de los problemas especiales de Linda X, para a describir continuación la agudización en la constelación de transferencia y contratransferencia, en una sesión previa a una larga interrupción.

Ya la petición de una hora de consulta, hecha por el médico de la firma donde Linda X, en aquel tiempo de 23 años, completaba sus estudios como asistente técnica farmacéutica, fue algo desacostumbrado. Linda X no habría podido dar el salto sola, por eso el alarmado colega se había hecho cargo, no sólo de pedir la hora, si-no que también había insistido en llevar a la paciente a la cita.

Linda X le daba un gran valor al hecho de haber conseguido una hora con el ana-lista que hacía algún tiempo había escuchado dando una conferencia. Inmediata-mente después del saludo, Linda X dijo -encogida, tímida y deprimida- que espera-ba ser despachada después de algunas conversaciones. En su conducta y aspecto se manifestaba una actitud depresiva angustiada, que se había solidificado hacía alre-dedor de 10 años. Había crecido como la menor de una familia de moral pudibunda y se había enfermado de una anorexia nervosa puberal, desencadenada por comenta-rios hirientes. El anuncio del médico, de que la peligrosa pérdida de peso debería ser compensada mediante alimentación por sonda, llevó a que la paciente subiera en aquel entonces rápidamente de peso, de 36 a 80 kilos, a través de un comer exa-gerado. A los 17 años de edad, reprimió su voracidad con inhibidores del apetito. Estos fueron retirados mediante psicofármacos, de los que Linda X es dependiente desde hace años. En forma alternada, ingiere diversos derivados benzodiazepínicos y otros tranquilizantes, sin lo cuales se sentiría paralizada por la angustia.

Para huir de su soledad y para superar sus miedos al contacto, Linda X sacia sus enormes ansias de ternura a través de aventuras sexuales de corta duración, bastante al azar y, por lo tanto, peligrosas. Fuera de una superación momentánea de su soledad y de un sordo sentimiento de tomar de este modo venganza por algunos descuidos de sus padres, las relaciones frecuentemente cambiantes no le aportan na-da. Su vacío interior y su desesperación han aumentado en los últimos años y en-gendrado una rumiación suicida crónica.

A pesar de la gravedad de los síntomas, y gracias a su inteligencia, Linda X lo-gró terminar bien el colegio y conseguirse una plaza para aprender una

profesión. Su rendimiento en los cursos le aportan reconocimiento y satisfacción.

De esta corta descripción, de una situación de vida considerablemente difícil, surgen diversas preguntas en relación con la indicación adaptativa para el psicoanálisis, que sostenemos. Ya desde el momento en que al comienzo no puede apreciarse la gravedad del acostumbramiento y de la dependencia de derivados benzodiazepínicos y el círculo vicioso resultante de ello, nos encontramos aquí en terreno inseguro. No se puede descartar que las angustias de la paciente aumenten, incluso sin manifestaciones discretas de privación, hasta el punto de sentirse forzada a ingerir cada vez más tranquilizantes. A pesar de la dependencia, al menos psíquica, y de la rumiación suicida crónica, propusimos intentar un tratamiento ambulatorio. Un tratamiento largo en régimen de internamiento habría interrumpido su formación y habría traído consigo cargas adicionales. De hecho, la paciente temía ser hospitalizada y con ello perder el empalme con sus cursos. Durante el internamiento no se habría podido compensar la caída en sus sentimientos de autoestima, producto de la falta del reconocimiento que extraía de su eficiencia. Por lo demás, en las instituciones hospitalarias son también limitadas las posibilidades de control del abuso medicamentoso y de protección en contra de los intentos de suicidio.

En relación con la prescripción de psicofármacos, se tomó el acuerdo de que el analista se haría cargo de ella. En este caso, el camino tomado probó estar totalmente indicado. Las complicaciones surgidas en la transferencia y en la contra-transferencia pudieron ser resueltas de manera constructiva. Partiendo de los recrudescimientos circunstanciales, fue posible adentrarse en la profundidad de sus angustias, con lo cual la reflexiva paciente pudo ir ganando, paso a paso, un terreno más firme para sí.

Del mismo modo que antes del comienzo del tratamiento, a lo largo de la terapia, que duró varios años, sobrevinieron crisis con ideación suicida cada vez que tenía que tragarse afrentas inferidas por los padres o amigos, la mayoría de las cuales se relacionaban con separaciones. Interrupciones del tratamiento debidas a vacaciones se acompañaban de las correspondientes crisis y llevaron a tomar diversas medidas de emergencia, como hospitalización transitoria en un hogar de rehabilitación o, más tarde, a fijar citas de sustitución con un colega.

Con motivo de una interrupción relativamente larga del tratamiento, que había sido anunciada con anticipación, la paciente cayó nuevamente en un estado de ideación suicida permanente, del que hizo indirectamente responsable al analista. La negativa de la paciente de aprovechar lo mejor posible el tiempo que aún tenía a su disposición, o de aceptar ayuda transitoria durante mi ausencia,

me hizo sentir cada vez más desvalido: mi impotencia se acompañaba de sentimientos agresivos en contra del negativismo de la paciente.

Mis intentos interpretativos, donde recurrí al registro estándar de comprensión de la rabia narcisista (Henseler 1981), fracasaron. La paciente se mantuvo firme en que el mundo entero la había abandonado y que por eso ahora se suicidaría.

A una de las últimas sesiones antes de la interrupción, trajo una carta de despedida, que yo debía leer. Ya que la paciente a continuación guardó silencio, me quedó mucho tiempo para reflexionar. La carta yace sobre la mesa. En eso me llama la atención su vestido negro y pienso en duelo y muerte.

A.: Si leyera ahora su carta, entonces aceptaría su despedida. Ud. me odia porque me voy.

El silencio falto de reacción de la paciente me pesa. Parece no serle en absoluto claro lo mucho que me toca su agresividad contenida en la amenaza de suicidio. Tampoco percibe en sus relaciones con los demás cómo denigra y hiera a quienes muestran simpatía hacia ella. Por la cabeza me pasan distintas posibilidades: ¿Debo internar a la paciente, para su protección y para mi aseguramiento, o debo hacerla tomar parte de mi contratransferencia, de acuerdo a la recomendación de Winnicott (véase 3.4)? Me decido por lo último, también porque temo que de otra manera entienda como indiferencia el hecho de que no lea su carta. Además, me es importante sustentar la continuidad de la relación, más allá de la interrupción.

Así, llego a una interpretación relativamente larga, en la que expreso mi preocupación, diciéndole además que me encuentro en el dilema de que estoy furioso con ella.

A.: De hecho estoy desconcertado porque con su amenaza hace más difícil el irse y porque con ella quiere abrumar la vuelta. Yo voy a volver y nuestro trabajo continuará adelante. Por eso no voy a leer su carta de despedida.

Con ello quise expresar que no acepto el suicidio como despedida. Después de un largo silencio, continúo:

A.: Ud. me endosa la responsabilidad sobre su vida o su muerte, y con ello me exige demasiado, más de lo que puedo soportar. No comparto su visión de que Ud. tenga que deponer su poder de manera tan indirecta en un suicidio. Con ello, Ud. pone a prueba cuánto poder tiene sobre mí, más allá de la muerte.

Llamo la atención de la paciente sobre el gozo que hay en la autodestrucción, aunque muy escondido. A pesar de que la paciente sigue en silencio, se nota que está muy tocada. Por eso, le recuerdo que la terapia, a través de su deseo de venir precisamente a mí, adquirió desde el comienzo mismo una nota personal. Para aliviarla, califico además como un progreso el que ahora no relacione más

sus ame-nazas de suicidio con acontecimientos externos, sino que me confronte directamen-te con ellas.

Cuando hablo de progreso, la paciente alza la vista y despierta de su inmovilidad; me mira incrédula. Le resumo los progresos que veo.

A.: Después de todo, quizás aún podemos descubrir lo que este reproche contiene de sus deseos y necesidades, con lo que Ud. podría saber más precisamente lo que está al otro lado de la balanza.

P.: Sí, eso es, lo que me irrita sobremanera es que Ud. se vaya lejos, que tenga éxito y que lo quieran en otra parte. No tengo ninguna esperanza, ninguna probabi-lidad, de alguna vez poder trabajar correctamente, de ser tan independiente como Ud., siempre seré un apéndice cargoso que hay que cuidar materialmente, aunque haya mejores maneras de invertir el dinero. Ud. sabe que con mis amistades es también la misma cosa; mi novio sólo me tolera, y, cuando busco apoyo en él, me rechaza, él quiere verme de otra manera, con más seguridad en mí misma, más independiente, bonita y mucho más femenina, así como soy no le gusto, y a Ud. tampoco, Ud. sólo me lleva a la rastra. Mis padres quieren gozar de su vejez y no tener que preocuparse permanentemente de mí, como me lo dijo una vez mi padre, y agregó que "el analista tampoco puede estar todo el tiempo a tu disposición".

A.: Sí, y ahora el analista se va de viaje, lejos, por así decirlo, toma su casa ro-dante (alusión a sus padres, que en el verano harán un largo viaje a través de Euro-pa). El padre se lleva la razón: los que tienen seguridad y dinero empaquetan sus cosas, y eso es lo que se interpone entre nosotros, porque entretanto Ud. ha perci-bido estos deseos en Ud. misma. Esa es la diferencia con antes. Se acuerda todavía de lo que decía al comienzo: no voy a abandonar nunca a mis padres, ellos no de-ben pensar que han hecho suficiente por mí. Ahora quisiera ser Ud. misma una mujer que goza viajando, como sus colegas de la firma, como el analista aficio-nado a los viajes, que se va lejos sin mala conciencia, sin preocuparse de los que se quedan.

La interpretación de su envidia, a la que la paciente había dado un giro autodes-tractivo, la alivia, como lo muestra la siguiente reacción:

P.: Sí, para nosotros este verano alcanza para unas vacaciones de 14 días en una casucha que pertenece a sus padres (de su compañero), y después se ponen a criticar que eso no puede seguir toda la vida así, no estoy dispuesta a seguir así, no me resigno a mi mediocridad, y, además, los años de mi enfermedad me han estropeado todas las oportunidades de estudiar algo verdaderamente inteligente, y ahí es donde estoy ahora.

A.: En eso, la despedida definitiva sigue siendo al menos algo especial, algo que no es mediocre, porque por lo menos le quita una perla de su corona, al analista, sí, de verdad.

El reconocimiento de su deseo de ser y de rendir algo especial -aunque sea a través de un acto de autodestrucción- le hace bien; pues, de hecho, la manifestación temprana del grave trastorno también destruyó muchas cosas que no pueden ser recuperadas. El inestable sentimiento de sí, disimulado en la niñez a través de la dependencia de los padres, le impidió, desde el comienzo de la pubertad, el acceso a muchas experiencias propias de la edad. En vez de eso, sufrió una serie de experiencias corporales humillantes y experiencias interpersonales que dañaron su sentimiento de sí, que sólo pueden ser compensadas mediante nuevas vivencias. Con voz animada puede ahora preguntar:

P.: ¿Volvería para mi entierro?

A.: No, porque Ud. ya habría destruido nuestra relación, pero volveré con gusto a continuar el trabajo con Ud. Quizás eso es también poder y fuerza suya, el que yo vuelva con gusto. Sé los esfuerzos que le cuesta superar sus múltiples dificultades.

Con la superación de esta crítica agudización, pudimos reflexionar en conjunto sobre los medios y vías que podrían estar a su disposición en el caso de que durante mi ausencia necesitara de ayuda transitoria. Aunque en el curso posterior del tratamiento se produjeron nuevas recaídas, de la situación recién descrita la paciente pudo extraer la experiencia de que podíamos resistir sus conflictos y sobrevivir a ellos. De la catamnesis que ya lleva 4 años, podemos informar que la paciente pudo estabilizar su relación de pareja y seguir progresando profesionalmente.

### 3.5 Ironía

Así como por razones terapéuticas vemos con buenos ojos que pacientes sometidos, masoquistas o depresivos, logren una autoafirmación natural y capacidad de crítica, nos es a menudo difícil de tolerar el exceso de desvalorización que caracteriza el repentino cambio de sometimiento en el esperado y deseado rebelarse. Surgen cargas afectivas que en parte pueden ser contenidas por el conocimiento analítico. La ironía ofrece protección adicional (Stein 1985).

Se cuenta que Lorenz en una ocasión habría dicho, refiriéndose a sus objetos de estudio etológico especialmente queridos: "Los gansos son también solamente humanos." Por cierto que no basta hacer valer que los psicoanalistas son

precisamen-te también sólo seres humanos, y que por esa razón pertenece a su conformación natural el que reaccionen a los ataques con huida, con el reflejo de hacerse el muer-to o con contraataques. Estas o semejantes maneras de reaccionar pueden ser filtra-das y atenuadas por el conocimiento analítico. Con todo, el analista no es inmune en contra de la crítica de su paciente. Sin embargo, no debería ser tocado por ella tan intensamente como para quedar paralizado en su acción terapéutica, o como para pagar al paciente de alguna u otra manera con la misma moneda. En tal caso, el restablecimiento de un trabajo conjunto fructífero se vería imposibilitado o muy dificultado. En la regla "frecuentemente tocado, pero en lo posible no afectado tan tenazmente" -como para que la contratransferencia no pueda ser utilizada fructífera-mente en el trabajo interpretativo-, vemos una buena solución de un problema fundamental de la técnica de tratamiento psicoanalítica.

A menudo, las contratransferencias negativas se expresan indirectamente. Del tra-tamiento de Arturo Y informamos sobre tal desarrollo, en base a un protocolo re-sumido del analista tratante.

Mis extensas interpretaciones, en especial, habían malogrado totalmente una sesión. Ante todo, yo había intentado hacer comprensible un comentario muy antiguo, que Arturo Y había olvidado, pues, una vez más, preguntaba por sus posibili-dades de mejoría y curación. Este tema ya había sido frecuentemente tratado en todos los niveles posibles.

Es especialmente difícil cuando la crítica deseada del paciente se mezcla con una duda destructiva, que no se despliega libremente. En una dramática sesión anterior, Arturo Y había podido, con mi apoyo, dar curso más libre a sus fantasías y llegado a admitir que, después de todo no me podría creer, puesto que para eso tendría yo que revelarle el nombre de algún otro paciente tratado exitosamente, algo que no podía hacer por razones de discreción. En resumen, una situación sin salida.

Su marcada ambivalencia, con los correspondientes procesos de escisión, condu-cía además a que el paciente quisiera llevarme a la bancarrota, como reversión de un destino que a él mismo casi lo había alcanzado. Por otro lado, ponía grandes es-peranzas en que yo resistiera su destructividad, y en que no perdiera la fe en él, en mí mismo y en el psicoanálisis. A pesar de mis conocimientos sobre los efectos desfavorables de la ironía, mis afectos me llevaron a una interpretación irónica que, comprensiblemente, el paciente había olvidado totalmente y que, meses más tarde, me motivó en la sesión citada a malogradas explicaciones en detalle. En aquel en-tonces, y en respuesta a su penetrante curiosidad por mis éxitos, había dicho al pa-ciente que mi tratamiento más largo había durado 100.000 horas y que había sido un fracaso.

De manera comprensible, esta interpretación le había sido tan inquietante, que la había reprimido completamente. Mis aclaraciones posteriores no condujeron más allá y dejaron al paciente sumido en la confusión. No logré hacerle comprender su agresividad omnipotente, que suponía estaba en la base de mi interpretación de entonces. Probablemente esto depende de que en los pacientes se estimulan inmediatamente fuerzas contrarias. Con mi falta de éxito habría triunfado su omnipotencia, pero también su desesperanza. Por lo tanto, él no quisiera desvalorizarme tanto como para que yo no pueda ser más un objeto-sujeto capaz de prestar ayuda. Es digno de hacer notar que al paciente le sigue siendo difícil el acceso a este problema, a pesar de que hace sólo unos días atrás había fantaseado la manera como me castigaba en público y cómo mediante su suicidio me dejaba como un charlatán. En su mano agitaba las cuentas, para denunciarme públicamente como el culpable de su suicidio. También tuvo fantasías de que, después de un rechazo de la compañía de seguros de enfermedad, yo tendría que tratarlo, primero otras 300 horas gratis y que él, al término de ellas, decidiría cuánto me pagaría o si acaso lo haría en absoluto, fantasía que había sido reforzada al pasar por una interpretación de que, reclamando, él podría ciertamente exigir, además, la devolución de los pagos hechos hasta el momento, pues el trabajo efectuado era de mala calidad. Desde hacía tiempo se imaginaba en secreto esta exigencia de devolución.

La sesión termina con su recuerdo de que le ocurre como en una clase de matemáticas. El profesor está al frente, escribe inteligentes fórmulas, y él no entiende nada. El paciente agrega que le parecen pamplinas todo lo dicho hoy día por mí. Inquieto por la crítica, se pregunta sobre qué podría hacer y sobre cómo podría seguir desarrollándose el día de hoy. De acuerdo con el sentido, la interpretación fue la siguiente: Mucho depende de si acaso Ud. se castigue ahora inmediatamente por su expresión "pamplinas" o de si consigue afirmarse en contra del profesor, sin que la palabra "pamplinas" destruya la relación y que todo se vaya al traste cuando se defiende.

Yo estaba muy insatisfecho con mis rendimientos en esta sesión, también conmigo mismo, y con el paciente me sentía en una situación poco clara. Me fastidiaba haberme dejado arrinconar, en lo cual mis largas interpretaciones representaban simultáneamente una suerte de reparación por mi agresividad estimulada. Me llamó la atención que comenté las penetrantes preguntas del paciente de manera más bien hosca, lo que estaba al servicio del propio alivio. Otro indicio habla también a favor de esto: después de la sesión, pensé que debía encontrar un camino para liberarme de la prescripción del valium. En una ocasión anterior, el no haberle extendido una receta antes de las vacaciones de verano había tenido efectos desfavorables. El había tomado esto como signo de

desconfianza, pero a continuación se había castigado a sí mismo no ingiriendo nada por semanas, a pesar del creciente empeoramiento, que tenía que ver con la rabia desplazada contra mí. Entretanto, el paciente había encontrado un médico que a propósito de una consulta por otra cosa, con ligereza le había prescrito 50 tabletas de valium. De las 50, la mayoría estaban todavía en la caja, pero ya que ahora nos encontrábamos ante una interrupción, y que él había ya anunciado que quería vivir estos 14 días de otra manera y con menos angustia que las vacaciones de verano, yo nuevamente esperaba una lucha de poder antes de la interrupción. En consecuencia, después de esta sesión me encontraba en un ánimo contratransferencial negativo. La sesión siguiente transcurrió de manera más relajada y fructífera.

Esta vez, lo bueno y lo malo fueron escindidos, de tal manera que yo fui representante del malo y el médico que había dado la receta, que el paciente llama el "oscuro", se transformó en representante del despreocupado placer vital. Con viveza, Arturo Y describe cómo el otro médico toma con ligereza la prescripción del valium, transmitiéndole el sentimiento de que él está todavía muy lejos de la dependencia.

Con la prescripción del valium, Arturo Y conecta el pecado original con el disfrute de la manzana. Dice que la receta se la había extendido con "el dedo índice levantado", que de esta manera le había estropeado el placer, que mis ademanes amenazantes le habían producido angustia. Destaca que la prescripción y el gesto del dedo índice levantado le habían producido más problemas que soluciones. Ahora, Arturo Y coloca en mi lugar a otro médico, que en su fantasía llama K., a quien acude, y quien le prescribe un medicamento con el comentario tranquilizador: "Vuelva en 4 meses, entonces todo habrá pasado y reduciremos la medicación." Así, en esta fantasía él busca al médico perfectamente competente, que se haga cargo de toda la responsabilidad y que le asegure de que todo sucederá bien. A pesar de que algún tiempo atrás, como respuesta a sus reproches sin fundamento, yo ya le había dicho que con el solo hecho de haber extendido una receta se ponía de manifiesto que yo ciertamente había tomado una parte de la responsabilidad, queda ahora nuevamente claro que la responsabilidad compartida no basta. Lo que él busca es la responsabilidad total y también la afirmación absolutamente válida sobre lo que se puede alcanzar dentro de un determinado plazo. Yo, en cambio, había dejado a su cargo el tomar el valium según necesidad, de manera que la dosis, y con ello también una eventual dependencia, caían bajo su propia responsabilidad.

Ahora entra en juego el otro lado. Después de haberme hecho tales reproches, él espera que yo dé por terminado el tratamiento y que lo despache. Me compara con sus terapeutas anteriores, en especial con el Dr. X., que habría mostrado

reservas cuando el paciente había hecho una alusión a propósito de una prescripción y de cualquier otra forma de ayuda fuera del psicoanálisis, etc. En consecuencia, yo me habría mostrado enormemente generoso si le hubiera recetado algo, y ahora él se muestra tan poco agradecido de que yo haya ido más allá de todo lo que él antes había vivido con los psicoterapeutas. El desagrado que él siente, y cuyas consecuencias teme, se ve subrayado por la descripción del médico en extremo generoso, que sin pensarlo dos veces le había prescrito de nuevo 50 tabletas de valium. Cuando él había planteado más preguntas sobre la dependencia, este médico sólo se había reído.

Después de este informe, el paciente piensa en el trascurso posterior del día y vuelve a la pregunta de qué es lo que aún podría hacer y si acaso se sentirá mejor,

ya que ahora ha dicho todo esto. Le llamo la atención sobre el hecho de que, igual que después de la última sesión, su bienestar depende de si se impone o no un autocastigo. Para el paciente se trata nuevamente de la pregunta de lo que podría hacer para que el conocimiento ganado aquí sea más efectivo.

El trabajo interpretativo condujo a un alivio tan esencial, que no aparecieron más recaídas y Arturo Y casi no hizo uso de los medicamentos prescritos.

### 3.6 Reflexión narcisista y 'objeto-sí mismo'

El mito de Narciso no se agota en la superficie reflectante de un estanque en el que el mancebo se pierde a sí mismo, o en que cautiva a la bella desconocida y, extasiado, descubra a otro sí mismo. Hoy en día no sólo hay espejos permanentemente a nuestra disposición en los cuales podemos asegurar nuestra apariencia. Los disparadores automáticos de los aparatos fotográficos han hecho posible hacer autorretratos y efectuar comparaciones entre el sí mismo real y el sí mismo ideal, al nivel de la imagen corporal concreta. Rehberg (1985), apoyándose en McDougall (1928), ha mostrado que la consolidación de la percepción corporal está sustentada por la propia imagen especular.

Al siguiente ejemplo casuístico le siguen algunos comentarios sobre la metáfora del espejo. Al analista tratante le es familiar la teoría de Kohut, aunque no siga sus recomendaciones técnicas en detalle. Los fundamentos de esto fueron dados en el tomo de los fundamentos. Ciertamente subrayamos la significación del vivenciar del sí mismo y la dependencia de por vida del ser humano del reconocimiento de otros significativos, aun cuando no coloquemos esto en el marco de los "objetos-sí mismos" de Kohut. Nos alegra poder presentar al lector

unas detalladas notas de discusión desde el punto de vista de la psicología del self, seguidamente a nuestro informe.

Arturo Y siguió el camino poco habitual de la inspección ocular concreta para asegurarse de su imagen corporal. El actuar y las fantasías del paciente provocaron en el analista las reacciones contratransferenciales más diversas. Una pregunta del paciente provocó transitoriamente una inseguridad, seguida por un fructífero logro en conocimiento terapéutico.

Arturo Y se ha decidido finalmente a realizar algo que hacía ya tiempo se proponía. Con dificultad, se ha abierto paso hasta hablar aquí sobre ello, sin exigir que la grabadora sea desconectada. Al fin había hecho lo que hacía tiempo se proponía, a saber, fotografiar sus genitales con la cámara desde hacía tiempo dispuesta para ello. Una de las fotos había salido bastante buena. Repeticiones posteriores no habían ofrecido imágenes mejores.

La determinación con que Arturo Y llevó finalmente a cabo un plan largamente acariciado, sin dejarse coartar por mí o por la grabadora, me sorprendió y alegró. Inmediatamente al comienzo de la sesión, el paciente presentó un informe bastante sobrio, que dejó todo en el aire. No dijo por qué las fotos eran particularmente buenas, ni tampoco dio a conocer sus motivos y lo que buscaba en estos desnudos (Aktfoto). Me mantuve absolutamente a la espera, pues tuve el sentimiento de que no debía perturbar su satisfacción narcisista, aunque me intrigaba saber lo que para él había resultado de esta objetivación. Mi sospecha era de que había fotografiado su miembro en erección y durante la masturbación, pero reprimí mi curiosidad. Pensé que se produce una diferencia si uno se mira a sí mismo hacia abajo y ve sus propios genitales de manera siempre incompleta, desde otra perspectiva de cómo uno ve los órganos genitales de otros hombres. La diferencia cognitiva que así se origina, pensé, podría estar jugando un papel en las comparaciones, tan importantes, especialmente en la pubertad y en hombres inseguros.

Mis fantasías me llevaron finalmente a comparaciones propias y finalmente terminaron en el pensamiento del ocultamiento de los órganos genitales femeninos, cuya posición impide que las mujeres observen sus genitales sin la ayuda de un espejo. Finalmente, en cuestión de segundos me encuentro en la teoría de la afánisis de Jones (1927), que siempre me ha fascinado especialmente.

No me sorprendió que, desde que tomara las fotografías, Arturo Y sufriera de un considerable empeoramiento, según lo informó a continuación. Con toda seguridad, este empeoramiento debe atribuirse al autocastigo por los desnudos, aunque también a que se había sentido un derrochador y un destructor de su familia, porque había ido con un cliente a un local caro y había gastado en una cena una suma que a mí me pareció relativamente baja. Arturo Y siguió buscando

derechamente motivos adicionales para torturarse y denigrarse. Así fue como en la sesión bastó que yo usara la palabra "autocastigo" para que se reforzaran en él las tendencias correspondientes. Continuó criticándose que el panorama de una muchacha hermosa y bien vestida había sido para él un verdadero deleite para los ojos. Eso había sucedido después de las fotos de desnudos. Por esa razón, establecí una relación entre ser observado por uno y ser observado por otro y el placer en común en el vínculo entre los dos, del mismo modo que con el contexto del autocastigo. Este culminó en su miedo a terminar con certeza en el aislamiento más completo, y a que un síntoma se haría tan torturante que no podría decir ninguna palabra más. Al paciente le pareció evidente que, por lo visto, había tenido que pagar un precio muy alto por sus acciones placenteras. Con bastante énfasis, el paciente exigió nuevamente ayuda para transformar el conocimiento aquí adquirido en actuar externo: qué era lo que podría hacer para comportarse de otra manera afuera en la vida. Le aclaré por qué no doy instrucciones de acción y aceptó mi explicación a regañadientes. Agregó que había entendido bien por qué le niego una respuesta. Obviamente el paciente buscaba de mí una prohibición.

En la sesión siguiente se confirmó la sospecha que se me había ocurrido a propósito de las fotos de desnudos. Entre ambas sesiones, el paciente había continuado con las lecciones de autoobservación y fotografiado su miembro en erección. Durante la masturbación que siguió, había notado, nuevamente y con gran angustia, la salida de secreción por la uretra, antes de la eyaculación. El paciente no sabía que se trataba de secreción prostática. Él quería informarse con un especialista, a causa de miedos existentes desde siempre, sobre si acaso esas gotas de fluido ya podrían contener semen y si a través de ellas era posible que su esposa quedara embarazada. Primero satisficé algo más de su necesidad de información y, con motivo de su pregunta, le comuniqué que para esta cuestión la dermatología era la indicada, con su subespecialidad de andrología. En ese momento era ya de prever que me pediría le recomendara un especialista competente, así que tuve algo de tiempo para pensar más allá.

En base a su larga experiencia de vida, el paciente estaba al corriente de que los médicos no podían certificar una seguridad de cien por ciento en relación con las delicadas preguntas relativas a las probabilidades de riesgo. Después de traer nuevamente a su memoria este conocimiento y de reírse de la pretensión desmedida de recibir seguridades adicionales, al modo neurótico obsesivo, sobre los últimos decimales aún inseguros, me decidí a contestar yo mismo su pregunta: "No creo que un andrólogo le vaya a dar más información de la que puedo darle yo. Es altamente improbable que en la secreción previa haya semen y de que así sea posible una fecundación."

A continuación, expresa su angustia de ser anormal o enfermo sexual. La información de que en los hombres la secreción prostática aparece en el estadio previo a la eyaculación, lo tranquilizó. Se dio una situación difícil, porque yo no estaba seguro acerca de si era algo de acuerdo con la neutralidad analítica contestar la pregunta del paciente de si acaso también en mí aparecía esa secreción.

En lo personal, la pregunta de Arturo Y no me molestaba, más bien me sorprendía por la falta de lógica. Llamé la atención del paciente sobre eso, a saber, que en la medida en que yo pertenezca a la clase de los hombres, también en mí aparece la secreción prostática.

En mirada retrospectiva, le atribuyo una profunda significación a la atmósfera de buen humor compartido que se originó después. Si Arturo Y no hubiera tenido dudas sobre su rol sexual (y sobre el mío), y si se hubiera dejado guiar por la lógica, no se le hubiera pasado por la mente la pregunta, o la habría respondido inmediatamente. La falta de confianza en sí mismo va siempre de la mano con inseguridades frente a los demás. Con la angustia por los productos del propio cuerpo, se habían vinculado muchas preguntas angustiosas, que el paciente no se atrevió a plantear cuando era un niño.

¿Qué había pasado ahora en el nivel inconsciente? Se había establecido algo en común. Desde la atalaya filosófica, Gadamer (1965, p.349) plantea que, en cada diálogo logrado, se da un cambio hacia lo común, donde no se sigue siendo más quien se era. Junto a otras cosas, es el descubrimiento de comuniones más vitales lo que en el diálogo psicoanalítico favorece los cambios. Así, se puede suponer que, a través de su representación sobre el proceso biológico de la eyaculación, Arturo Y se vivió como hombre junto a mí y pudo aumentar su confianza en sí mismo. En ello, la secreción prostática se transformó, de signo inquietante, en vincular común denominador de placer masculino. El paciente había ganado ahora tanta seguridad, que pudieron tratarse otras causas inconscientes de sus angustias y dudas.

Fue terapéuticamente decisivo el que la igualdad de la naturaleza humana fuera en ese momento sentida de hombre a hombre. Esta consiste "en mociones pulsionales de naturaleza elemental, que son del mismo tipo en todos los hombres y que tienen por meta la satisfacción de ciertas necesidades originarias" (Freud 1915b, p.283; la cursiva es nuestra). La verdad es que el placer vinculado a la función sexual, que, como placer en la función, en los amantes cobra una significación total, se vive de manera personal, de modo que con la comunión se descubre la diferencia, con la igualdad, la desigualdad. Es por eso que, dentro y fuera de los análisis, surge también la pregunta de si acaso los sexos desiguales pueden en realidad llegar a entenderse, debido a sus experiencias corporales

básicas diferentes. Comparaciones que aluden a la Granja de los animales de Orwell, parten de la igualdad y terminan en contraposiciones denigrantes: "Todos los seres humanos son iguales, pero entre nosotros somos más iguales que con los demás".

Volvamos al diálogo terapéutico sobre la función sexual, en el que se tocan distintos niveles de transferencia y contratransferencia. En la educación sexual, no se debiera subestimar la importancia que tiene comunicar el saber de manera personal. También de eso se trató en este diálogo, que condujo a una disminución en las angustias y a un aumento en la seguridad. Bajo esta protección, el paciente pudo dar más espacio a su curiosidad y explorar nuevos territorios.

¿Qué pasó en relación con mi neutralidad, con motivo del descubrimiento de comuniones en el nivel biológico? Con mi respuesta no reconocí nada personal. Por así decirlo, sólo fui uno dentro de un grupo anónimo con funciones biológicas iguales. Sin embargo, fue obviamente esencial que el paciente tuviera primero que establecer una comunión conmigo, como compañero del mismo sexo, para poder llegar al placer vital bloqueado por las angustias.

Este tema forma el trasfondo para la contemplación de sus genitales mediante toma de fotografías de desnudos. El paciente se acercó a los fundamentos inconscientes de sus angustias relativas a la secreción. Así, quedó ahora claro que todos sus productos tenían un componente anal inconsciente. Para no ensuciar a su mujer, a menudo maquinaba una pelea en las noches, para impedir las relaciones sexuales, a través de lo cual frecuentemente rechazaba a su mujer y la hería considerablemente. De manera sorprendente, se le ocurrió un sueño que había permanecido hasta este momento ajeno, y cuya significación le pareció ahora de un golpe clara: él había inspeccionado un extenso sistema de canales en un paisaje que es su lugar de vacaciones preferido y en el que se siente muy a gusto. En relación con la auto-inspección y sus miedos a ensuciar, fue como si se le cayera una venda de los ojos, de que en ello buscaba por debajo algo que lo atraía placenteramente, pero que había permanecido como algo inquietante y ajeno debido a sus miedos al castigo. Sus asociaciones condujeron a algunas importantes condiciones originarias de estas angustias en la historia de vida.

Notas sobre la imagen del espejo y el 'objeto-sí mismo'

La imagen del espejo refleja una fascinación, que toca del mismo modo al tema del mago como al del doble (Rank 1914; Roheim 1917-19; Freud 1919h).

Para la pregunta, sobre el tipo y trasfondo de la imagen del espejo, contenida en el mito de Narciso, al que Pfandl (1935, p.279-310) dedicó tempranamente una in-terpretación psicoanalítica hoy totalmente olvidada, existen dos grupos distintos de respuesta. En un grupo, las referencias de objeto y también los demás se constitu-yen de manera narcisista. El otro grupo de respuestas está determinado por la idea de que en la imagen del espejo se continúa el diálogo con los otros, y no sólo en el sentido de la comparación. Ambas tradiciones de pensar psicoanalíticas pueden remitirse a Freud, quien, sin lugar a dudas, dio su preferencia a la deducción desde el narcisismo primario. Con todas las diferencias de detalle, Kohut y Lacan son re-presentantes influyentes del primer tipo de explicación. Este último, en la medida en que, en su original concepción antropológica del estadio del espejo, acentúa el narcisismo primario, ... con el que caracteriza la doctrina de la inversión libidi-nosa que se adecua a ese momento" (Lacan 1975, p.68).

A pesar de que, a partir de 1977, Kohut abandonó la teoría de la pulsión y del narcisismo, sus descripciones de los "objeto-sí mismos" están constituidas, sin excepción, de acuerdo con el modelo del narcisismo primario, que tiñe las descripciones de los "objeto-sí mismos". De acuerdo con nuestra manera de ver las cosas, Kohut (1959) tomó muy poco en cuenta la gran medida en que el método em-pático-introspectivo es guiado por la teoría. En el intento de hacer de la empatía un medio independiente para lograr conocimientos, no diferencia entre formación de hipótesis y su verificación. Los "objeto-sí mismos" de Kohut están construidos según la pretendidamente abandonada teoría de la libido. Frente a eso, analistas in-fluenciados por la psicología social, como Erikson, pueden ser caracterizados por el hermoso verso de Cooley: "Each to each a looking glass, reflects the other that does path" ("cada uno para el otro / un espejo que refleja / al que pasa frente a él").

Freud descubrió la naturaleza dialogal de la reflexión preverbal en su nieto de año y medio:

Un día en que la madre había estado ausente muchas horas, fue saludada a su regreso con esta comunicación: "¡Bebé o-o-o-o!"; primero esto resultó incomprensi-ble, pero pronto se pudo comprobar que durante esa larga soledad el niño había encontrado un medio para hacerse desaparecer a sí mismo. Descubrió su imagen en el espejo del vestuario, que llegaba casi hasta el suelo, y luego le hurtó el cuerpo de manera tal que la imagen del espejo "se fue" (Freud 1920g, p.15).

El descubrimiento de la imagen del espejo se lleva a cabo aquí a través de la imitación de una acción motora de otro, la madre. La interacción se continúa en la identificación, a través de la cual el ausente permanece presente en la imaginación. Al mismo tiempo es un acto de autodescubrimiento, al menos en el sentido de la autopercepción de una forma de movimiento. Desde entonces, han sido publicadas una serie de observaciones que profundizan nuestro conocimiento del desarrollo de la autopercepción y de la autoconciencia mediante reacciones a la imagen del espejo. Amsterdam y Levitt (1980) han presentado concluyentes investigaciones experimentales y en sus interpretaciones han tomado además en cuenta estudios fenomenológicos de Merleau-Ponty (1965) y de Straus (1949), relativos a la significación de la marcha erecta y la vergüenza. Es de prever que estas investigaciones han de tener considerables efectos sobre la comprensión de la técnica de tratamiento de los trastornos de los sentimientos de sí, que han sido descritos hasta el momento en la metáfora del espejo.

De acuerdo con Lacan, el estadio del espejo se debe entender como "... la fase constituyente del sujeto humano, que se encuentra entre los 6 a 18 meses; el niño, que todavía se encuentra en un estado de impotencia y de motórica no coordinada, anticipa imaginariamente el agarrar y el dominio de la unidad de su cuerpo "... a través de la identificación con la imagen del semejante como una figura total" (Laplanche y Pontalis 1972, p.474).

Lacan habla del momento de la acogida jubilosa de la imagen del espejo como de una situación ejemplar, que representa la matriz simbólica en la cual el yo cristaliza en una forma originaria. "Esta forma podría denominarse como yo-ideal, para así ir a buscarla en un registro conceptual ya conocido" (1975, p.64).

Pero la experiencia de la unidad anticipada se ve amenazada por la irrupción permanente de la fantasía del cuerpo desmembrado. Desde esta perspectiva, Lacan habla del estadio del espejo como de un drama que constantemente empuja hacia nuevas repeticiones (1975, p.67).

Ya que en el caso de Lacan, de difícil acceso en el original, es especialmente importante la orientación en base a lo conocido, volvemos a citar a Laplanche y Pontalis, quienes además consideran los aspectos clínicos. Ellos comparan la concepción de Lacan del estadio del espejo con las opiniones de Freud sobre la transición del autoerotismo -que se encuentra antes de la constitución del yo- al narcisismo propiamente tal. En esto, la "fantasía del cuerpo desmembrado" correspondería a la primera fase y el estadio del espejo a la aparición del narcisismo primario. Sin embargo, y sin considerar estos importantes matices, para Lacan es el estadio del espejo el que hace surgir retroactivamente la fantasía del cuerpo desmembrado. En el tratamiento psicoanalítico se puede

observar tal relación dialéctica: "... De vez en cuando, aparece la angustia de desmembramiento cuando se pierde la identificación narcisista, y al revés" (Laplanche y Pontalis 1972, p.475s).

Kohut atribuyó la transferencia especular a las necesidades que se dirigen a los "objeto-sí mismos" (véase tomo sobre los fundamentos, 2.5 y 9.3). "Objeto-sí mismos" son objetos que vivimos como partes de nosotros mismos. Hay dos tipos de "objeto-sí mismos": aquellos que reaccionan al sentimiento innato de fuerza vital, grandeza y perfección del niño, confirmándolo, y aquellos con cuya tranquilidad, infalibilidad y omnipotencia fantaseada, puede el niño fundirse, al fijar su vista en ellos. El primer tipo se denomina "objeto-sí mismo" reflectante, el segundo imago parental idealizada. Relaciones de reciprocidad deficitaria entre el niño y sus "objeto-sí mismos, conducen a un sí mismo dañado. Una transferencia de "objeto-sí mismo" se produce cuando viene a tratamiento psicoanalítico un paciente cuyo sí mismo ha sufrido un daño; entonces se reactivan las necesidades que permanecieron insatisfechas a causa de las relaciones deficitarias de reciprocidad entre el sí mismo en formación y los "objeto-sí mismos" de la vida temprana.

Desde un punto de vista técnico, es esencial que se atribuya una función confirmatoria a los "objeto-sí mismos" y a la correspondiente transferencia. Si no se toman en cuenta otros accesorios, el reconocimiento y la confirmación a través de los otros se transforma en el denominador común que relaciona entre sí las distintas orientaciones psicoanalíticas.

Por buenas razones, las psicologías de relaciones de objeto, fuera de la escuela kleiniana, desataron el acuerdo y la conformidad, como factores terapéuticos, de su vínculo con la satisfacción pulsional o con la sugestión burda. Con ello se lograron correcciones que profundizaron la comprensión de aquello que el paciente busca en el analista. También se proyectó una luz nueva sobre el desarrollo de las dependencias regresivas. Si se ve el intercambio bajo el punto de vista de la des-carga y de la satisfacción pulsional, se insistirá en el intento fallido o, con poco entusiasmo, se harán concesiones que pueden ser dudosas por razones de principio, o por razones éticas o técnicas. Si, en cambio, se ve la dependencia como un fenómeno de interacción, que no está unido estrechamente a satisfacciones edípicas o preedípicas, se hacen posibles reconocimientos genuinos que no conducen al dilema de las tentativas fallidas de satisfacción pulsional. En el sentido de la reciprocidad, se puede incluso decir que, precisamente porque en la línea interpretativa que surge de la teoría de la pulsión las respuestas de reconocimiento, en el sentido de Winnicott, quedan muy a menudo demasiado cortas, las necesidades pulsionales se verán reforzadas. Y esto, porque a través de este modo de sustitución se buscarán

aquellas confirmaciones de sí mismo que el analista ha descuidado. La interpretación de Kohut del deseo de un reconocimiento reflectante, si bien cumple con el precepto de la abstinencia, sigue permaneciendo dentro del círculo narcisista -aun cuando éste pueda ahora aparentemente ser abandonado con ayuda de los "objeto-sí mismos"- y evita el reconocimiento real, necesario en ciertos casos.

De acuerdo con las observaciones de Winnicott, el rostro de la madre actúa precisamente no como un espejo: el estado afectivo del niño es compartido en comunicación inconsciente por la madre, quien, por su parte, responde de manera independiente. Esencial es que a través de ello, en los casos favorables, esto es, en las respuestas positivas, tiene lugar una confirmación del sentimiento de sí del niño por parte de la madre. Este proceso continuado es descrito por Winnicott en el lenguaje de la psicología de las relaciones de objeto, donde la madre refleja en cuanto persona, es decir, como sujeto, y no como un objeto inanimado. Finalmente, en Loewald (1960) la metáfora del espejo adquiere una función futurista. Este autor dio a la reflexión una dimensión prospectiva, al acentuar que el analista refleja lo que el paciente busca como imagen inconsciente de sí mismo. Este buscar está unido a un estilo dialógico, donde la abstinencia es necesaria para evitar que el paciente sea sobrecargado con imágenes ajenas. El sentido de la metáfora del analista reflectante reside en hacer factible al paciente una representación de sí mismo en lo posible libre de perturbaciones. Se debe poner a disposición de él un espacio de pensamientos ideal, esto es, ilimitado, para no restringir desde afuera el logro del conocimiento de sí mismo. En este último, la verdad es que no podemos ver, como lo hace Habermas (1981), el resultado de autoobservaciones, en la que una parte de la persona, como objeto del otro, sale al encuentro de la parte observadora. Antes bien, el lograr conocimientos sobre sí mismo o, dicho analíticamente, el re-encontrar partes inconscientes de sí mismo o también crear partes nuevas, debe entenderse como un proceso comunicativo, que hace posible descubrirse a sí mismo en el yo de otro, en los demás, en el alter ego. En nuestra opinión, el reconocimiento de un otro significativo en la figura del analista es algo fundamental (véase 9.4.3).

Podemos ahora considerar las contratransferencias bajo el punto de vista de la teoría de los "objeto-sí mismos". La descripción ofrecida por Wolf (1983) facilita su comprensión. Él entiende los "objeto-sí mismos" como funciones que el niño en desarrollo, en crecimiento, atribuye a los objetos. El niño pequeño espera, en especial de la persona que asume el papel maternal, el tipo de reconocimiento que Kohut describió a través de la hermosa imagen del resplandor en los ojos de la madre. Los "objeto-sí mismos" responden de

funciones que deben cumplir los "otros significativos", desde el principio y durante toda la vida, para edificar y sostener el equilibrio narcisista, que Kohut distingue de la homeostasis de la economía pulsional. Hablamos con toda intención de los "otros significativos", término proveniente de Mead, para insinuar que la comprensión de los "objeto-sí mismos" se mueve en el nivel general de la psicología social.

La denominación de "objeto-sí mismo" es un neologismo desafortunado, que implica una teoría interpersonal fragmentaria. El desarrollo de la identidad, en sentido amplio, va de la mano con la integración de una serie de roles sociales. En nuestra opinión, el sentimiento de sí depende en alto grado de las confirmaciones durante el aprendizaje de competencias yoicas (White 1963). Con razón, Kohut acentuó la significación de este reconocimiento, y con ello quitó al narcisismo la nota peyorativa. Por otro lado, con la metáfora de la reflexión se reduce la multiplicidad de los procesos psicosociales en el desarrollo del sí mismo. Esta metafórica no hace de ninguna manera justicia a la diversidad de "otros significativos" en el desarrollo humano. Es por lo tanto consecuente que Köhler (1982) parta de la intersubjetividad y de la reciprocidad en la descripción de distintas contratransferencias de "objeto-sí mismo", lo que, por lo demás, ha sido confirmado en muchas detalladas investigaciones sobre la relación madre-hijo durante las últimas décadas (Stern 1985). Köhler ha descrito contratransferencias apoyándose en las transferencias de "objeto-sí mismo" descritas por Kohut. Esta tipología se orienta de acuerdo con las expectativas inconscientes del analista, que son propuestas al paciente, y son consideradas en el sentido de la teoría de Kohut. Es evidente que la acentuación que Kohut hace de la empatía conduce a dar a la contratransferencia una función recí-proca o complementaria (Wolf 1983; Köhler 1985).

La función terapéutica que el analista desempeñó en esta sesión puede ser descrita en diferentes lenguajes. Aunque el analista no vio ni tampoco admiró la foto, su participación indirecta ciertamente dio al paciente una confirmación que le permitió dominar angustias profundas y ganar en seguridad.

Toma de posición desde  
el punto de vista de la psicología del sí mismo

Si se aplican al texto criterios especiales de psicología del sí mismo, es instructivo considerar lo que éste ofrece y omite.

Según cómo se considere la viñeta presentada, si desde el punto de vista del primado motivacional de la pulsión, o desde el primado motivacional de la vivencia de sí mismo, se llega a diferentes comprensiones del transcurso del fragmento de análisis presentado y también a conductas técnicas distintas. Una toma de posición que se basa sólo en el conocimiento de las dos sesiones presentadas, es decir, sobre la base de un fragmento resumido de un largo proceso, en desconocimiento de la historia de vida y del análisis, no puede ser muy concluyente. Además de esto, cada pareja analista-paciente desarrolla una forma y dinámica determinada por la personalidad específica de ambos. Por esto, las comparaciones con otras maneras de proceder carecen de fuerza probatoria. Lo que se expone a continuación es válido sólo en la medida en que desde otras perspectivas teóricas se puedan colocar otros acentos.

Si se coloca el acento en el primado motivacional de la vivencia de sí mismo, uno debe preguntarse, frente al hecho de que el paciente fotografió sus genitales, si esto no es un indicio de una falta de reflexión vivaz y gozosa por parte de "objeto-sí mismos" tempranos. Si bien la foto es capaz de dar una cierta respuesta a la pregunta "¿cómo me veo?", ya el solo hecho de que esta pregunta surja, y de que sea planteada a la cámara, es algo significativo.

No se dice por qué el paciente fotografía sus genitales precisamente ahora, de modo que estamos a merced de sospechas que, a su vez, dependen de la teoría. Qui-zás se trate de un acto perverso -satisfacción de impulsos voyeristas y exhibicio-nistas-, en vista de una fragmentación inminente del sí mismo. Sin embargo, en contra de ello habla la palmaria buena relación de transferencia y contratransferencia (el paciente puede hablar sobre el asunto, el analista está sorprendido y alegre), de modo que más bien uno se inclinaría a suponer un deseo de asegurarse a sí mismo frente a una inseguridad existente, en especial en el plano sexual.

En la relación de la sesión, es digno de hacer notar que el paciente tuvo que "abrirse paso" para contar que había realizado un plan largamente acariciado, a saber, fotografiar su pene, sin exigir que se desconectara la grabadora. Obviamente, tuvo que hacer de tripas corazón. De alguna manera, él sale de sí mismo y se convierte a sí mismo, también en la sesión, en objeto de percepción. No es sorprendente que su relato sea "bastante" sobrio.

El analista reacciona interiormente con muchos sentimientos y ocurrencias. Lo alegra y sorprende la determinación con que el paciente finalmente se decidió a dar el paso. Preguntamos: ¿Por qué? ¿Acaso porque su paciente arriesgó un paso hacia adelante, porque fue más activo, más fálico? Probablemente, como se aclarará más tarde, en la base se encuentra una contratransferencia específica, a saber, una contratransferencia especular. Posteriormente, el analista reacciona

con curiosidad, gustoso sabría más. Luego se identifica con el paciente. Se imagina que es una cosa distinta mirarse el miembro de arriba hacia abajo que compararlo con los de otros hombres, donde tales comparaciones son "tan importantes, especialmente en la pubertad y en hombres inseguros".

Siguen ocurrencias adicionales del analista. Ahora, él piensa no sólo en los genitales masculinos, sino también en los femeninos. Pero luego sus asociaciones lo llevan, "en cuestión de segundos", a la teoría de la afánisis de Jones (1928) y a la angustia de castración. De esta manera, el analista ciñó el suceso dentro de un marco de referencia teórico. ¿Quizás se protege con ello a sí mismo? Además de esto, y en vista de la situación emocionalmente muy cargada (¡el paciente informa de una acción perversa!), en la descripción hace uso de una palabra objetivante, a saber, "foto de desnudo" (Aktfoto). Se mantiene a la espera, a pesar de que lo excita saber lo que para el paciente ha resultado de tal objetivación.

La objetivación es, empero, precisamente lo que debe ser considerado como lo propiamente patológico, desde la visión de una teoría del vivenciar de sí mismo y de sus trastornos. Patológico es que el paciente busque una reflexión con métodos objetivos, sobre los cuales informa sobriamente en una sesión objetivada por la grabadora. Desde la visión de la psicología del sí mismo, posiblemente se habría abordado primero el aspecto transferencial: ¿Qué significa para el paciente el que relate esta embarazosa historia? Posiblemente también se habría tomado la sobriedad en el tipo de exposición del paciente y se habría llegado a la defensa de los sentimientos envueltos, a la superación que costó al paciente el relatar haber hecho algo desacostumbrado. Pues en esto estriba el deseo del paciente de reflexión en la superficie: en cómo reaccionará el analista frente a lo tremendo que él cuenta. ¿Es que el paciente ha recurrido para su autorrepresentación al medio mecánico de la fotografía, por miedo a una reacción no deseada del objeto, y espera ahora, lleno de tensión, la reacción de su analista? Como lo muestra la abierta exposición de su contratransferencia, éste estaba interiormente muy comprometido, aunque permaneciera "absolutamente a la espera", porque no quería perturbar la satisfacción narcisista. Aquí se hace ver la diferente concepción. Desde una visión de la psicología del sí mismo, ocupa menos el primer plano la satisfacción narcisista que la angustia y la expectativa frente a la reacción del analista en la situación transferencial, que ciertamente representan una repetición de vivencias anteriores. Tomar lo que significa para el paciente el hecho mismo del relato, qué sentimientos se relacionan con ello, en especial sentimientos de vergüenza, no sería ninguna transgresión de la actitud abstinentemente y neutral, habría aliviado

al paciente y lo habría acercado a sus sentimientos defendidos, por ejemplo, inseguridad en sí mismo, angustia y vergüenza.

Ostensiblemente se trata de la culpa. El paciente informa sobre el empeoramiento sintomático que, según el analista, "con toda seguridad, debe atribuirse al auto-castigo". Ocurrencias posteriores del paciente lo fortalecen en esta opinión. En estas ocurrencias el paciente se acusa de ser derrochador y de destruir su familia. El analista deja caer la palabra autocastigo y el paciente -agradecido por este comentario, pues ahora el analista ha abandonado su reserva y dicho algo-, sigue criticándose porque la vista de una muchacha hermosa y bien vestida había sido un deleite para los ojos.

El analista establece entonces una relación: Tanto la foto del desnudo como la muchacha producen placer, y es por eso que él debe castigarse. Nuevamente se abordan los sentimientos de culpa. Pero ¿no es más probable que las autoacusaciones sirvan al paciente para defender los mucho más escabrosos sentimientos de vergüenza, originados en él como consecuencia de una reflexión fallida de sus mociones placenteras masculinas vitales por parte de sus objetos primarios?

Pues podría verse, tanto en la foto del desnudo como en el deleite por la muchacha, algo lleno de vida, pero que por lo cual el paciente no recibe reflexión, de modo que no sorprende que tema terminar en el "aislamiento más completo". Pero, en vista de su gran inseguridad en sí mismo, este paciente está a merced de su analista. El deseo de reflexión, frustrado y no analizado, le deja ahora el último lugar a la opinión compartida por analista y paciente de los sentimientos de culpa. Al paciente "le parece evidente tener que pagar un precio alto por sus acciones placenteras". Se establece una comunión, pero en un carril secundario. Sobre este carril continúa el paciente, también con lo secundario. En lo primario, no recibió ninguna reacción. Ahora quiere consejos. (Ciertamente, hay que sospechar que en la niñez no recibió reflexión emocional, pero posiblemente sí consejos sobre cómo avanzar.) El analista niega los consejos, y el paciente experimenta una vez más que se le deniega una petición, ahora en el sentido de una confirmación. Esta vez, tiene tanto un rechazo como una satisfacción narcisista. Y ciertamente lo tiene como algo consciente.

En la próxima sesión vuelve nuevamente a las fotos. Esta vez con angustia y no más con sobriedad. Tiene angustia a causa de su secreción prostática. Ahora, ya que se trata de angustia y no de alguna satisfacción narcisista, el analista proporciona una respuesta y remite a la dermatología. En este momento, las consideraciones se dirigen a si las gotas de la próstata pueden embarazar o no. Nuevamente la discusión aborda más la realidad que la inseguridad del paciente: "¿Soy normal, soy peligroso, soy como los demás o soy distinto?" La pregunta

no se hace esperar: "¿Y qué te pasa a ti, analista?" Este responde con el comentario que, en tanto que él pertenece a la clase de los hombres, la secreción prostática también aparece en él. La tensión originada se disuelve en hilaridad, que tiene algo del alivio inconsciente de un chiste. Inconscientemente, ambos lo saben: son iguales, ambos son hombres. Ahora se estableció una comunión también en un terreno central. El paciente se siente aliviado, porque escucha que eso es así en todos los hombres.

En conclusión, uno podría preguntarse por qué el paciente tiene tales dudas relativas a lo que produce (secreción prostática), por qué está necesitado del aseguramiento de una foto de desnudo. Posiblemente, porque los "objeto-sí mismos" de la niñez, madre y padre, no lo reflejaron animadamente. Probablemente la madre reflejó positiva o aversivamente la analidad del paciente, pues un sueño lo conduce finalmente a las condiciones de desarrollo de sus angustias en su historial de vida.

La teoría del primado motivacional del sí mismo (en contraste con el primado motivacional de las pulsiones), que está en la base de estas reflexiones de psicología del sí mismo, exige algunas aclaraciones teóricas.

Un paciente con un sí mismo dañado, con un trastorno narcisista de la personalidad, dirigirá, en la transferencia regresiva, sus necesidades de "objeto-sí mismo" al analista, mientras que, según la concepción teórica pulsional, el analista se transforma en objeto de los deseos pulsionales del paciente. Se origina una transferencia de "objeto-sí mismo", una transferencia especular o idealizada. En presencia de estas formas de transferencia, el paciente espera, como algo natural, que el analista se haga cargo, por él, de aquellas funciones que él mismo no puede asumir, porque el medio ambiente de su infancia fracasó en el ejercicio de estas funciones en la fase correspondiente. De ello surge que, en el manejo técnico de tales transferencias, el analista encuentre en el primer plano la siguiente pregunta: "¿Qué soy ahora para el paciente, para qué me necesita?" (mientras que en una transferencia de necesidades pulsionales, el analista se pregunta por lo que el paciente hace con él ahora). Intentará ponerse en el lugar del paciente y, a través de correspondientes comentarios, buscará expresar su comprensión. Este comprender es una frustración óptima, pues no se satisfacen los deseos de reflexión o idealización tal vez existentes. Simplemente, el analista comunica al paciente cómo ha captado su sentir y vivenciar interior. De alguna manera, esta gestión empática se asemeja al comportamiento de una madre que capta el estado interior de su niño. Sander (1962) habla de "shared awareness" ("darse cuenta compartido"), Stern (1985) de "affect-attunement" ("concertación afectiva"), Loewald (1980) de "recognizing validation" ("validación reconociente"), en ausencia de los cuales el

desarrollo psíquico se detendrá o se verá menoscabado. En el análisis, al primer paso del comprender, se asocia el segundo paso de la explicación, de la interpretación, que reúne reconstructivamente transferencia y génesis.

La concepción sostenida en el tomo sobre los fundamentos, según la cual, cuando se investiga el proceso analítico, el paciente no debe ser considerado aislado, sino que tiene que incorporarse la acción conjunta del analista, está en total acuerdo con el concepto de la unidad "sí mismo objeto-sí mismo" ("self-selfobject unit"), constituida por paciente y analista. Con todo, es válido reparar en contratransferencias específicas que pueden aparecer en este contexto.

Transferencias de "objeto-sí mismo" pueden suscitar contratransferencias en el analista, porque para éste suele ser difícil de tolerar que el paciente no lo experimente como centro de su iniciativa, sino como parte de sí mismo. Kohut (1971) describió la manera como el analista reacciona frente a tales tentaciones, cuando no le son conscientes, y con ello llegar a perturbar o destruir el desarrollo de la transferencia. No obstante, como ha señalado Wolf (1979), pueden darse contratransferencias de "objeto-sí mismo". A través de ellas, el analista puede de alguna manera experimentar al paciente como parte de sí mismo, e interpretar (en el sentido de una identificación proyectiva) lo que le aparece, a él, como importante, sin captar en ello correctamente al paciente. También pueden ser movilizadas en el analista necesidades de "objeto-sí mismo" dirigidas al paciente, y que permanecen inconscientes (Köhler 1985, 1988). Estas contratransferencias de "objeto-sí mismo" son paralelas a aquellas contratransferencias en las que el analista se enamora de sus pacientes o rivaliza con ellos. En el caso de una contratransferencia de "objeto-sí mismo", el analista de alguna manera está necesitado de una confirmación reflexiva de su sentimiento de sí por parte del paciente, y eso, a través de una mejoría que certifique que el analista es un buen analista. El analista cae en la situación de los padres que querían ser buenos padres y que quisieran ver que su niño florece. Una actitud de expectación inconsciente por parte del analista, de que el paciente debe mejorar, puede ser una causa importante de reacciones terapéuticas negativas crónicas, pues una mejoría sería para el paciente una repetición de modelos adaptativos tempranos a las expectativas parentales, y no una liberación producida por acción del análisis.

La contratransferencia en el caso presentado no residió en una resistencia del analista en contra de la necesidad del paciente de él como "objeto-sí mismo": el analista reaccionó con curiosidad e interés al relato del paciente y no con un aburrimiento más o menos fastidiado. Sin embargo, puede estar jugando una contratransferencia especular cuando el analista dice: "Me sorprendió y alegró la determinación con que Arturo Y realizó un plan largamente acariciado, sin

dejarse coartar por mí." ¿Satisfizo quizás con ello el paciente expectativas del analista y con ello una función de "objeto-sí mismo? Por su parte, el paciente tuvo una transferencia espe-cular. El analista asumió la función de "objeto-sí mismo" a través de participación y confirmación de los roles sexuales comunes. Tal vez, y bajo el punto de vista de la teoría de la psicología del sí mismo que sustentamos, en la transferencia fue más lo que se actuó que lo que se analizó a través de interpretaciones, a pesar de la actitud neutral del analista.

### 3.7 Identificación proyectiva

En la resolución de los síntomas, el diálogo interior que hasta el momento el paciente ha sostenido consigo mismo se transforma en un diálogo exterior, gracias a la ayuda del analista. En especial en estructuras narcisistas de personalidad, se llega a considerables gravámenes de la contratransferencia. La perversión, que sufre el paciente que describiremos a continuación, trajo consigo, ante todo, un gran estrechamiento del margen terapéutico. Las contratransferencias que el paciente desencadenó se vinculan estrechamente con su sintomatología, que también se manifestó en el tipo y forma de la transferencia. El quería tener totalmente en su poder el guión de la terapia y, como director, hacer danzar al analista como marioneta de los hilos. Este control es un aspecto esencial de la teoría de la identificación proyec-tiva, que discutimos a continuación. El resumen y el informe casuístico dejan cla-ro que algunos aspectos generales de esta teoría de la identificación proyectiva fue-ron útiles al analista, sin que por eso la técnica interpretativa misma siguiera los supuestos de Melanie Klein.

Por razones didácticas, sería estimulante simular diálogos específicos de las escue-las. En esto se pueden pensar algunas variaciones, a través de las cuales, en un nivel ficticio, se podrían ejecutar, al modo de un juego musical, acciones interpretativas, como en un seminario de técnica. La ausencia del paciente coloca límites al conteni-do de realidad de tales experimentos del pensamiento. En las discusiones clínicas corrientes también se ponen en escena, en ausencia del paciente, juegos de "cajón de arena" de este tipo, necesariamente unilaterales, cuando los participantes en la discu-sión interpretan determinadas situaciones de manera alternativa. La puesta en escena podría ser completada incorporando las expectativas del analista que interpreta, rela-tivas a las reacciones del paciente.

Las reflexiones teóricas tienen una función heurística prominente. Por eso podría ser útil que el lector lea primero la sección subsiguiente sobre

identificación pro-yectiva, para después examinar las posibilidades de aplicación en las dos presentaciones casuísticas.

### Ejemplo A

Al comienzo de la primera sesión, Juan Y entrega al analista un cuaderno de notas, en el que está contenida una descripción de su síntoma, para él muy vergonzoso; sin embargo, no quiere hablar todavía sobre eso. De sus anotaciones resulta que sufre de una perversión: cuando tenía 7 años robó un calzón de goma que la madre había arreglado para la hermana de dos años, lo llevó al retrete, se lo calzó y defecó en él. Al empezar la pubertad, comenzó a confeccionarse él mismo calzones de goma con bolsas plásticas. Su gran aislamiento social iba de la mano con considerables humillaciones, que desencadenaron varios intentos de suicidio. En la adolescencia temprana, comenzaron sus rituales de atadura, con los que podía superar autoplásticamente estados de extrema impotencia y controlar tensiones. La relación con la masturbación la pudo comunicar el paciente sólo en una fase avanzada del tratamiento. Solicitó tratamiento cuando la peligrosidad aumentó considerablemente por el atamiento con cables conductores de corriente; una vez, una parálisis momentánea lo condujo al pánico, cuando durante horas temió no poder volver a liberarse por sí mismo.

El paciente mismo refiere su enfermedad a angustias de abandono y de desintegración que se remontan lejos hasta la niñez temprana, que habrían sido reforzadas de manera importante a partir de la pubertad, sobre todo por la enfermedad psicótica de una hermana menor.

A pesar de la peligrosidad vinculada con el atarse, el paciente quería seguir un tratamiento analítico solamente si se le permitiera mantener en su poder la fijación de circunstancias como frecuencia y encuadre (acostado o sentado). Un intento anterior de tratamiento había fracasado, porque el analista había insistido en la observancia de la técnica estándar.

El analista que con tales pacientes se aventura en reglas "flexibles", se expone a una situación especial. Se ha orientado de acuerdo con los deseos del paciente y apartado de reglas que son características para la técnica psicoanalítica. Si adapta el encuadre a las exigencias de un paciente, es esencial el significado que para el analista tenga esa desviación. ¿Se trata de un chantaje? No, uno no se siente chantajeado al reconocer a un paciente gravemente enfermo el derecho de fijar por sí mismo las condiciones de terapia que puede tolerar. En la medida en que el encuadre modificado posibilite el logro de conocimientos

psicoanalíticos y permita el ejercicio de influencias terapéuticas, no se trata de un acto unilateral o, más correctamente: la conformidad del analista implica que él puede trabajar dentro del encuadre fijado, aun cuando un trabajo terapéutico en común, en el sentido de Sterba, pueda incluso ser mínimo. Al menos se logró un acuerdo que satisfizo a ambos.

Naturalmente, de inmediato surge la pregunta de por qué un paciente tiene que defender su autonomía con tanto énfasis, que frente a cada intervención que no le calza, reaccione interrumpiendo sesiones o con reproches y advertencias permanentes.

La prescripción de cuando podía decir algo y cuando mejor mantenía la boca cerrada, desencadena en la contratransferencia del analista impotencia y el sentimiento de estar "atado". El analista, de manera extrema, no es más el amo en su propia casa, sino que se embarca en una relación manipulativa, de la que con el tiempo espera volver a salir con ayuda de sus interpretaciones.

El "atamiento" por la "dictadura" del paciente lleva inevitablemente a problemas afectivos que, en correspondencia con la rígida regulación que el paciente hace de la relación, corren permanentemente el peligro de terminar en la rígida "contraidentificación proyectiva", en el sentido de Grinberg (1962, 1979). Remitimos además a un informe casuístico de McDougall y Lebovici: Sammy, de 9 años, durante largo tiempo, hablaba sólo cuando su analista simultáneamente escribía cada palabra: "Ahora escribe lo que dicto, yo soy tu dictador", acostumbraba aullar (1969, p.1).

El problema afectivo consiste en no enojarse o ponerse apático en la pasividad impuesta, mejor dicho, en la impotencia. Con pacientes con un potencial de cambio muy bajo, es especialmente importante que el analista pueda mantener su interés mediante vistazos en las relaciones psicodinámicas, es decir, a través del logro de conocimientos.

En psicoanálisis difíciles, extraemos de ello la satisfacción sin la cual los períodos de sequedad serían intolerables. Pensamos que es importante que cada psicoanalista descubra cómo puede mantener una actitud positiva en situaciones difíciles y, a pesar de considerables gravámenes, encontrar al menos un mínimo de satisfacción.

La siguiente sesión tiene lugar al final del tercer año de tratamiento:

El paciente, por lo demás puntual, llega muy atrasado, se dirige inmediatamente al sillón, y dice entender su atraso como expresión de un conflicto, que hoy no tiene ningún plan, ningún itinerario de cómo proceder. Hace notar que el modo de trabajar conmigo hasta este momento no funciona tan bien.

Para aclarar su posición, Juan Y usa descripciones plásticas de gran fuerza expresiva, que él entiende como orientaciones auxiliares y sobre cuyo contenido metafórico no puedo posteriormente preguntar.

P.: Creo que tengo que comunicarle las reflexiones que me he hecho, sobre cómo creo que funciona la terapia y además también mi vida. Existen 2 procesos: un proceso de compensación y un proceso de desarrollo. En razón de las muchas vicisitudes abrumadoras en la niñez, mi proceso de desarrollo se detuvo, y tuve que embarcarme en procesos de compensación, donde las mujeres juegan un rol especial. La última noche tuve una imagen frente a mis ojos, quizás fue un sueño o una visión, que me quedó confusa.

Esta descripción es típica de su dificultad para mantener estables los límites externos e internos. Imágenes internas como tales puede identificar sólo con dificultad.

P.: En el valle del recuerdo encontré a 4 mujeres, que me reprocharon el haberlas robado, y querían que les devolviera lo robado por mí. No pude darles nada, pues justamente lo había gastado. Esa era la imagen, creo que las 4 mujeres son las primeras 4 muchachas antes de María.

El paciente no había tenido todavía ninguna relación heterosexual íntima, pero siempre encontraba mujeres a las cuales ofrecerse como amigo platónico, sin jamás permitir un contacto. La mayoría eran mujeres que vivían conflictos en otra relación y que encontraban consuelo y ayuda en conversaciones con el paciente. Cada vez, el paciente extraía satisfacciones ocultas fantaseadas de estas relaciones, para de regla experimentar las desilusiones de ser abandonado en favor del "verdadero amigo".

La relación con María se diferenciaba esencialmente de las relaciones anteriores con mujeres, en que, esta vez, se había mantenido durante algunos años; en eso, la circunstancia de que María no perteneciera al medio ambiente cotidiano jugaba un papel importante, porque ella vivía a cientos de kilómetros de distancia, lo que permitía visitas sólo esporádicas. A través de esta distancia, sin embargo, pudo construir una relación estable con ella, en la que María funcionaba como un yo ideal exteriorizado.

P.: Creo que con María empezó una nueva era, por eso no puedo atravesar todavía el valle del recuerdo, sino que debo explorarlo con mayor precisión; pero por el momento estoy nuevamente en el desierto.

Sus comunicaciones están primariamente al servicio de la superación de tensiones internas; en el primer plano, se trata de típicas intelectualizaciones. Con todo, así es como mantiene su equilibrio. Incluso en el nivel manifiesto tengo a menudo dificultades para entender a qué lugar quiere dirigirme el ramificado pensar del paciente.

El paciente ha designado la fase previa al "valle del recuerdo" como "el paso a través del desierto". Por eso trato primero de establecer un vínculo con su decisión de no tenderse en el diván, sino de buscar un lugar más seguro en el sillón.

A.: Presumiblemente, es por eso seguro y al mismo tiempo razonable que Ud. no se tienda en el diván, pues Ud. se encuentra adentrado en el desierto, y sin itinerario no se puede avanzar en el desierto.

Me adapto a la forma de hablar del paciente, sabiendo muy bien que así se mantendrá la distancia lograda a través de este lenguaje.

P.: ¿Dónde estoy, en qué dimensión del proceso? Pienso que estoy en el mundo de la compensación, pero el valle del recuerdo abriría nuevamente el mundo del des-arrollo. Quisiera que Ud. se me adelantara en este camino, de modo tal que yo pudiera observar desde una gran distancia.

A.: Las excursiones que hasta el momento hemos hecho en el valle de los recuerdos, siempre han tenido el lado de los muchos recuerdos dolorosos que lo abruman, y si yo soy quien va adelante, entonces yo fijaría el ritmo y no Ud. En eso veo el riesgo.

El paciente puede asentir con eso; dice que ahora tendría que aprender a fijar el ritmo junto conmigo. Seguro que eso sería atinado y le daría al mismo tiempo la seguridad de que él podría regular el trabajo. (Al comienzo del análisis a menudo me había adelantado demasiado al paciente, con distintas tentativas de alcanzarlo en su soledad esquizoide.)

En la sesión siguiente, trae consigo un escrito y exige que primero me entere de su contenido. De acuerdo con la experiencia hecha con él hasta el momento, no leer este escrito, sino pedirle al paciente que me comunique directamente su contenido, habría llevado a la inmediata interrupción de la sesión. Por lo tanto, leo sus anotaciones:

En la sesión pasada, durante la aclaración de la pregunta de lo que quiero alcanzar con Ud., dimos un paso decisivo hacia adelante. Ahora me atrevo a entregarle una relación con la que Ud. puede hacer algo:

Se trata de "clavos sin cabeza". Aclarando: Clavos sin cabeza son planteamientos analíticos (esto es, en un sentido teórico, que desmembran) para solucionar problemas, sin una puesta concreta en la práctica. (La cabeza sería en el momento correspondiente la forma posible de realización o de desarrollo ulterior del planteamiento.)

Mi propósito es cambiar en mí estos modelos de comportamiento. Para ese efecto, se dan, en principio, las siguientes descripciones de metas:

a) Yo hago "clavos con cabeza" solo y no hablo necesariamente sobre ello.

b) Ud. hace "clavos con cabeza"; entonces éstos son sus clavos, y yo no puedo hacer uso de ellos.

c) Ud. me apoya en encontrar aquí "clavos" y me deja a mí solo la tarea de elaborar "cabezas".

Después de la lectura de su comunicación no doy ninguna interpretación del procedimiento formal, sino que tomo la imagen ofrecida.

A.: La tarea que se nos plantea a ambos no es fácil, pero probablemente muy importante, a saber, que Ud. tenga aquí la posibilidad de llevarse "clavos", es decir, sugerencias que yo pueda darle, y de que Ud., a su vez, se sienta además seguro de que la realización, la puesta en práctica, de verdad sea sólo cosa suya.

Por el momento, el paciente se muestra satisfecho e informa luego de variadas actividades, en las que él, en muchas partes, se ha conseguido en los últimos meses campos donde poder moverse de manera relativamente segura.

P.: Creo que busco libertad de autodeterminación, libertad como yo la entiendo. Su gran falla del año pasado fue no haberme acompañado demasiado en mi desarrollo positivo, activo, haber incluso forzado el ritmo. Esa fue también una razón por la que reduje las horas. Ahora Ud. sólo me acompaña.

El paciente se refiere a un episodio en el que varias veces había intentado romper interpretativamente sus determinaciones, con el resultado de que cayó en un ánimo suicida y tuvo que recurrir por algunos días a la protección de una clínica psiquiátrica. Mi sentimiento, crecido con la situación, de estar "atado" por él, no en el sentido de cautivado, sino apretado y sujetado firmemente, me había llevado a la interpretación de que él no me dejaba participar en su despliegue de la manera que yo quisiera. El intento de darle, mediante una interpretación, una perspectiva sobre la forma como manejaba nuestra relación, presumiblemente reactivó una experiencia de intrusión de la madre.

Desde el punto de vista de su historia de vida, el aspecto esquizoide del trastorno se puede atribuir a experiencias traumáticas como niño pequeño. En sus recuerdos, el paciente se ve como un bebé que llora largas horas y que la madre descuidó. Cuando, con 5 años de edad, y después del nacimiento de la hermana, se había puesto progresivamente más difícil y como la madre no quería dejarlo solo con la hermanita, lo había atado con la cortina en la pieza del lado. Hasta el día de hoy el paciente puede recordar lo vergonzoso que fue cuando él, que ya tempranamente había sido un niño limpio, empezó en la época del nacimiento nuevamente a cagarse.

Mi estrategia interpretativa se dirigió predominantemente a relaciones genéticas actuales de rechazo, humillaciones y a los ofrecimientos de seducción por parte de las mujeres, que le producían angustia y ponían en movimiento la respectiva

reti-rada narcisista en la perversión; en correspondencia con el manejo cada vez mejor de tales situaciones se llegó a un claro descenso en la frecuencia de los actos per-versos.

Después de 3 años de tratamiento, el paciente está en situación de poner por escrito los siguientes pensamientos sobre la función del atarse:

Se me ha aclarado la significación del atarse. Es una experiencia de mí mismo elementalmente importante para mí. Lo que aquí vale es que pueda librarme sólo si me concentro en ello y dejo de lado otros aspectos, como dolor y sentimientos angustiosos. Si los sentimientos angustiosos predominan, no tengo casi ninguna oportunidad. Eso corresponde exactamente a mi situación real; cuando los sentimientos de angustia llegan a ser determinantes, cuando no tengo ningún margen más para pensar y actuar "libremente", entonces mi enfermedad se agudiza. En ello se corresponden exactamente la peligrosidad del atarse con el grado de amenaza de la situación respectiva. Ataduras simples, sin accesorios, me dejan mucho tiempo, es decir, hasta que me "muero de sed", o sea, alrededor de 3 días. Dadas estas condiciones previas, no he necesitado hasta ahora nunca más de una hora. Cuando entran a jugar la corriente eléctrica, la falta de aire, o quizás también el calor en aumento, de manera correspondiente se acorta el plazo, mi concentración debe crecer en la misma medida, aumentando con ello el valor de la "experiencia de sí mismo". En las respectivas combinaciones, he necesitado hasta un máximo de 3 horas, pero, en "circunstancias afortunadas", ya a los 2 minutos me he liberado. La significación del atarse es de impedir con ello el estado de enfermedad aguda, pues éste toma el lugar, por un plazo determinado, de una experiencia de sí mismo, o de identidad, imprescindible, y que no puede ser garantizada de otra forma.

Lo que el paciente describe como "enfermedad aguda" son angustias masivas que aparecen con interacciones demasiado directas. En el acto de atarse dominan las amenazas fantaseadas, en tanto que, al provocarse él mismo las humillaciones pro-feridas a él, con ello controla también su destructividad. La angustiada pérdida de control del cagarse, de entonces, en el acto perverso se vincula de alguna manera también con autosatisfacción masturbatoria, como evacuación del vientre intencional y voluntaria. Con ello, termina el placentero triunfo sobre la madre y sobre todas las mujeres que, como sus sucesoras, lo inquietan y humillan. El desprecio por las mujeres -en el que también está contenido una identificación con el padre, quien declaradamente daba muy poco por la madre- se encuentra, junto al correspondiente cambio hacia reparación, admiración e idealización, también fuera de la perversión, en

la vida cotidiana. Al mismo tiempo, el paciente está obligado a mantener distancia para preservar a las mujeres de sus ataques y para mantener el amor fantaseado de la madre, como también lo destaca Stoller:

Perversión, la forma erótica del odio, es una fantasía, usualmente actuada, pero ocasionalmente restringida a un ensueño diurno... Es una satisfacción habitual, una aberración preferida, necesaria para la autosatisfacción total, motivada primordialmente por hostilidad. La hostilidad en la perversión toma la forma de una fantasía de venganza escondida en las acciones que conforman la perversión y sirve para convertir el trauma infantil en triunfo adulto (Stoller 1986, p.4).

En el cambio de roles inconsciente, el paciente mismo es la madre, más bien, todavía más poderosa que ésta, y puede controlarlo todo. Una motivación más superficial de su necesidad de controlar -que se puede definir como autonomía anal- vincula al paciente con muchos cambios de domicilio, que no le dejaron desarrollar nunca el sentimiento de sentirse en alguna parte, seguro y en el hogar.

### Ejemplo B

En el ejemplo siguiente (véase Jiménez 1990), los fenómenos percibidos se remiten a procesos inferidos, cuyo diagnóstico se funda en una comprensión de la contra-transferencia del modo como lo permite la teoría de la identificación proyectiva. Por su formación, el analista tratante se inscribe dentro de la tradición de la escuela kleiniana. Por lo tanto, no sólo está familiarizado con la teoría, sino que también fue formado en la aplicación técnica de la misma. Naturalmente, para enjuiciar un tratamiento es indiferente el que alguna autoridad lo declare como específico de una escuela. No obstante, cuando se trata de comparar terapias entre diferentes escuelas u orientaciones, es imprescindible establecer un acuerdo sobre el cumplimiento de ciertos criterios. En nuestro ejemplo no se trata de eso, aunque en nuestros comentarios hagamos observaciones comparativas. Estas sirven el propósito de aclarar problemas, donde la pregunta sobre la diferente eficacia es tocada sólo al pasar. En este sentido, la independencia del lenguaje terapéutico metafórico, citada anteriormente, nos impone circunspección.

Verónica empezó su psicoanálisis a los 25 años de edad, a causa de una tortícolis espasmódica. La tortícolis aparecía en forma de ataques sólo durante situaciones sobrecargadas de emoción y especialmente en relación con pruebas durante la formación profesional. Los desencadenantes psicógenos del giro de cabeza involuntario o, dicho de otra manera, las influencias reforzadoras de las emociones sobre la enfermedad neurológica eran claras en una observación más precisa y ya llamaban la atención a la paciente misma. Se originaba un círculo vicioso, que describimos como típico para varios padecimientos en 5.2 y 5.5, a propósito de otro caso de tortícolis, no importando si ahora en este caso las causas primarias puedan estar más en el nivel anímico o en el somático.

En la terapia de Verónica X, el síndrome neurológico aparecía sobre el trasfondo de una estructura fronteriza grave. Una violenta erotización de la transferencia socavaba permanentemente la alianza de trabajo, de modo que en muchas sesiones la contratransferencia se sobrecargaba considerablemente.

Durante el primer año de tratamiento, la paciente rara vez era capaz de permanecer recostada la hora completa. Frecuentemente ocurría que caminaba con angustia por la pieza, lanzándose de tiempo en tiempo miradas furiosas, que al mismo tiempo expresaban gran desamparo. A menudo, Verónica se acurrucaba junto a mí, mientras yo permanecía sentado en mi sillón. El tolerar estos comportamientos se acompañaba de tentativas de interpretar los sentimientos de la paciente y sus miedos de una pérdida de control que fuera más allá. Una vez fue necesario colocar claros límites: reaccioné muy enérgicamente cuando la paciente no toleró que durante la sesión tomara algunas notas y saltó del diván para arrebatarme el bolígrafo de la mano: "Si no me devuelve el bolígrafo inmediatamente, me obliga a interrumpir el tratamiento."

Comentario: Se recurrió entonces al freno de emergencia para evitar ataques posteriores que serían abrumadores para el analista y que para el paciente pueden ser altamente traumáticos. Pues la pérdida del control evoca angustias profundas y conduce a sentir vergüenza. En los ataques de rabia, los niños buscan firmeza en los mayores.

A pesar de todo, Verónica era capaz de trabajar terapéuticamente de manera productiva. Traía sueños que, no obstante la intensa fragmentación y el predominio de un mundo de objetos parciales y lenguaje corporal, permitían el trabajo analítico. A través de ello, se mantenía por ambos lados la esperanza de que el tratamiento valía la pena, lo que se confirmaba a través de los progresos en la vida diaria y por la disminución de la sintomatología anímica. Mi capacidad de mantener la calma y la visión de conjunto, de reconocer relaciones, despertaba en la paciente gran admiración. A menudo expresó la idea de que no tendría más dificultades si pudiera llegar a pensar como yo lo hacía; esta admiración

desencadenaba preguntas sobre cómo había llegado a ésta o aquella comprensión, reaccionando frecuentemente con violenta rabia frente a mis respuestas. Pensaba que mis respuestas eran evasivas o incompletas, o que escondían la intención de evitar transmitir la "fuente" del conocimiento.

Comentario: Como lo explicáramos en el tomo de los fundamentos, bajo 7.4, precisamente en los casos limítrofes es importante dar respuestas realistas. Más allá de eso, en todo psicoanálisis es útil hacer participar al paciente en el contexto del saber del analista, como lo hemos descrito en la sección 2.2. Con ello no se eliminan las quejas o acusaciones de estar excluido de la "fuente", pero a menudo se suavizan de tal forma, que la relación de tensión entre poder e impotencia se re-suelve en favor del paciente. Entregamos este comentario por razones didácticas, y sin saber si el analista tratante en general podría o no haber dado más información sobre el trasfondo de sus interpretaciones.

A lo largo del análisis, las reacciones terapéuticas negativas se fueron haciendo más frecuentes, donde el componente envidioso se fue haciendo gradualmente más visible. Cada vez que la paciente tenía la impresión de que yo, a pesar de todas las dificultades -por lo demás totalmente conscientes para ella-, era capaz de proseguir con mi trabajo y de reconocer su extrema necesidad de ayuda, reaccionaba muy am-bivalentemente, con una mezcla de rabia y de reconocimiento de que la terapia le era de real provecho.

Durante el tercer año de análisis, al comienzo de la segunda sesión semanal, y antes de recostarse en el diván, Verónica X me dirigió una mirada a los ojos, larga y penetrante, que me produjo gran impacto, aunque no alcancé a saber por qué. Se siguió un largo silencio, y a mi pregunta sobre lo que pensaba, dijo algo que ya había manifestado varias veces: en sus deseos sexuales hacia mí. Esta vez, la expresión directa de sus deseos sexuales tuvo el efecto, a diferencia de ocasiones anteriores, de despertar en mí fantasías sexuales. De manera muy concreta, comencé a imaginarme una relación sexual con la paciente, lo que me produjo gran malestar. Mi primera reacción fue sentirme provocado, pero no a través de la expresión sexual directa, sino de una manera difícil de definir. Durante un largo silencio que siguió, luché por entender qué había pasado esta vez y qué me había llevado a comprometerme emocionalmente de manera tan intensa. Nuevamente pregunté a Verónica sobre lo que la ocupaba en ese momento. Respondió que se acordaba de algo que había vivido hacía algunos años atrás en España. En un castillo medieval, en un día de mucho calor, había bajado hasta una cripta con un grupo de turistas. Allí hacía fresco y la atmósfera era agradable. En la cripta había un sarcófago de piedra con una hermosa figura yacente encima que representaba a algún príncipe. Fue una sola cosa sentir fascinación por la figura y una enorme ansia de poseerla, junto a rabia de que

estuviera a disposición de tanto turista tonto. Frente a estas asociaciones, y en base a mis propias fantasías sexuales (en las que la paciente se acurrucaba junto a mí y acariciaba mi cuerpo), formulé la siguiente interpretación.

A.: Creo que Ud. quiere tenerme para Ud. sola en alma y cuerpo, que para Ud. son una sola cosa. Sólo para Ud., sin compartirme con los demás pacientes tontos. Tenerme para Ud. y de alguna manera explorarme, investigarme, tocarme, conocerme en detalle, leer mis pensamientos, para finalmente saber lo que hay dentro de mí.

Como complemento, y confirmando la interpretación con su reacción, la paciente agregó que en su fantasía se había introducido entonces en el sarcófago. En el interior se sentía muy bien y tenía la ilusión de que el príncipe le pertenecía a ella sola.

A.: Sí para Ud. sola, pero convertido en un cadáver. Tiene la fantasía de que sólo me puede poseer totalmente, si es que se acuesta conmigo. Y debe suceder por iniciativa mía, por mi deseo de poseer su cuerpo. Sin embargo, al mismo tiempo le es claro que en el momento en que lograra excitarme hasta una relación sexual, me convertiría en un analista muerto, moriría como analista para Ud.

Después de esta interpretación, de manera dramática sentí que desaparecía la excitación. Más tarde en la sesión, completé la interpretación.

A.: Pienso que le es muy difícil de tolerar el deseo de una relación total conmigo, y la única posibilidad de hacer este estado más llevadero, consiste en tratar de transmitirme el mismo sentimiento, es decir, el deseo que la paraliza y la ata al diván como la figura yacente al sarcófago. Sólo así puede Ud. comunicarme este intenso sentimiento.

Al comenzar de la sesión siguiente, la paciente dice que la interpretación del día anterior la había puesto "verde de rabia". Replico que habitualmente se dice "verde de envidia", que, en todo caso, el color de la rabia es el rojo. Después de algunos minutos de silencio, Verónica relata un sueño de la última noche: ella era una niña muy pequeña y estaba acurrucada a los pies de un señor mayor, que podía contar cuentos muy buenos. Estaba entusiasmada con las historias, pero al mismo tiempo le daba rabia que el viejo tuviera esa capacidad. Entonces, empezaba a escalar su cuerpo hasta el nivel de sus ojos, y trataba de reventarle los globos, metiendo los dedos dentro de ellos. El viejo, sin embargo, y sin rechazarla abiertamente, evitaba muy hábilmente sus intentos con lo que ella no lograba cegarlos.

A través de este sueño, me fue posible entender las reacciones terapéuticas negativas de la paciente y el uso que hacía de la identificación proyectiva. Cómo se entusiasmaba con mi capacidad de contarle historias, pero cómo el entusiasmo

des-pertaba en ella una enorme envidia, junto al sentimiento de ser muy pequeña y des-amparada. Con este sentimiento de desamparo, crecía en ella la necesidad de eli-minar la peligrosa diferencia, destruyendo su "fuente", es decir, mi capacidad de "ver dentro" de la paciente. A su vez, la paciente se defendía en contra de esta dife-rencia, intentando "meter dentro" de mí deseos sexuales que pudieran confundirme. Cuando Verónica notaba que, a pesar de sus intentos, yo mantenía mi capacidad de ver dentro de ella, se sentía por un lado aliviada, pero, por el otro, se reforzaba el círculo vicioso. El hecho de que esta vez la paciente no mostrara una reacción tera-péutica negativa, sino que, muy por el contrario, estuviera en situación de traer un sueño que explicaba las reacciones terapéuticas negativas anteriores, es probable-

mente un signo de que, en este episodio, se rompió el círculo vicioso, algo que se confirmó en el curso posterior del tratamiento. Verónica confía ahora de que su muy temida agresividad, incluidos sus ataques envidiosos, pueden ser soportados por la alianza de trabajo. Ella sabe por experiencia propia de que yo soy capaz de tolerar intensas emociones y de acompañarla en el descenso de una profunda cripta, donde vida y muerte se confunden, sin perder el contacto emocional con ella y mi capacidad de pensar.

Comentario: Quizás el círculo vicioso se reforzó al principio porque el analista vio algo nuevo en ella. Por eso quiere cegarlo. ¿Por qué no está en situación de identi-ficarse con el placer de ver y de ser vista? Y, ¿qué puede hacerse para interrumpir el círculo vicioso? La imperturbabilidad del analista es en cierta medida algo no natu-ral, que hace nacer un inmenso estímulo en la paciente para lograr confundirlo y desviarlo. El meter dentro sirve el propósito de compensación entre arriba y abajo, entre derecha e izquierda, entre poseedor y poseído, etc.

### Notas sobre identificación proyectiva

Como lo expusimos en la sección 3.2 del tomo sobre los fundamentos, la teoría de la identificación proyectiva (e introyectiva) sirve en la escuela de M. Klein co-mo explicación y fundamento de la concepción total de la contratransferencia. Ori-ginariamente, el concepto de la identificación proyectiva (e introyectiva) se basaba en supuestos "sobre la significación de angustias y mecanismos paranoides y es-quizoides tempranos", que M. Klein caracterizó como asertos, como "hipótesis" inferidas a través de "deducción del material", que habrían sido logradas en el análi-sis de niños y adultos (1946, p.99). En esto, queda por ver en qué dirección funcio-naron las deducciones, si

del material hacia la teoría o al revés. Lo último es probable, pues Melanie Klein pertenece a aquellos analistas cuya técnica interpretativa está guiada en alto grado desde la teoría, como se puede deducir de su presentación del caso de Ricardito (véase 1.3). De la manera que sea, la teoría de la identificación proyectiva e introyectiva se refiere a fantasías tempranas y primitivas. El núcleo de este sistema interaccional de fantasías inferido es penetrar en la madre y "meter dentro" de su cuerpo partes escindidas y separadas de sí mismo o, de manera retrógrada, ser nuevamente penetrado por ellas. Al principio, M. Klein consideró esto como el prototipo de una relación de objeto agresiva. Más tarde, Bion (1959) y Rosenfeld (1971, 1987) describieron una forma especial de identificación proyectiva al servicio de la comunicación, donde el "meter (sensaciones o emociones) dentro" de la madre (analista) tendría el propósito de desencadenar en ésta (o en éste) una sensación o emoción determinada, y con ello manifestar un estado anímico no verbalizable y, eventualmente, "mover" a la madre (analista) en alguna dirección.

Si a través del modelo de la identificación proyectiva e introyectiva se pudiera entender y explicar la capacidad empática del analista y, sobre todo, lo esencial del intercambio entre paciente y analista, entonces el psicoanálisis dispondría de una teoría sobre la comunicación propia y original. Esta estaría totalmente fuera de la verificación crítica por otras ciencias, porque, en caso de dudas, se podría recurrir constantemente al argumento de que aquí se trata de procesos inconscientes que tienen su origen en la edad del desarrollo preverbal temprano. Con este argumento, los resultados de las observaciones directas de la interacción madre-hijo pueden ser dejados aparentemente de lado. Incluso críticas científicas bien fundamentadas no tocan a muchos analistas, posiblemente porque el lenguaje de la práctica que se apoya en esta teoría puede encontrar una fuerte resonancia en el paciente. Las metáforas usadas para dar color al intercambio de ideas, se remiten a vivencias corporales. Sólo para nombrar algunos ejemplos: "Me caló hasta los huesos", "quiero que te metas esto bien adentro". Un verbo preferido por el lenguaje terapéutico kleiniano es "meter dentro". Con ello, se despiertan connotaciones orales, anales y fálicas. El lenguaje de la teoría, que se vincula con la teoría de la identificación proyectiva, es por lo tanto un acentuado "action language" (lenguaje de acción; en inglés en el original) con énfasis en la agresividad (véase Thomä 1981, p.105).

La expresión del "meter dentro", posiblemente deba remitirse a las metáforas con cuya ayuda M. Klein trató de describir el proceso de la proyección:

La descripción de tales procesos primitivos se dificulta grandemente, porque estas fantasías surgen en una época en que el niño aún no ha empezado a pensar con palabras. En este trabajo, por ejemplo, estoy usando la expresión "proyectar

dentro de otra persona", porque ésta me parece ser la única manera de comunicar el proceso inconsciente que estoy tratando de describir (1946, p.102; cursiva en el original).

Entonces, por las razones citadas, los analistas pueden hacer bastante con el concepto de la identificación proyectiva, y esto, precisamente porque se lo define de manera especialmente vaga y porque pertenece a las conceptualizaciones del psico-análisis entendidas de manera particularmente insuficiente, como lo consigna Ogden (1979), uno de sus proponentes.

Abordamos ahora el tema de la diferencia entre proyección e identificación proyectiva. Esta diferencia se suele ver en si la persona que proyecta permanece o no en contacto con los contenidos proyectados y, si lo hace, cómo lo hace, y en qué nivel de conciencia. Sin embargo, es dudoso de que sea posible fijar la diferencia entre proyección e identificación proyectiva en el que, quien proyecta, en el primer caso no permanecería ligado a las partes expulsadas y desmentidas de sí mismo y, en el segundo caso, sí lo haría. Y esto porque, según Freud (1937d, p.270), tales ligazones también caracterizan los sistemas paranoides originados a través de proyección y mantenidos luego circularmente. Hay que llamar expresamente la atención sobre el hecho de que el proceso de proyección, en el que tienen lugar identificaciones inconscientes, puede conectarse con muchos contenidos. Es por lo tanto engañoso pensar sólo en la proyección de contenidos homosexuales en los desarrollos paranoides como lo describió Freud en el delirio de celos. Ya que Freud se ocupó especialmente de la proyección de deseos homosexuales, se pasó totalmente por alto que la teoría de la proyección se refiere a procesos formales, que pueden conectarse con muchos contenidos inconscientes. Sólo en una versión simplificada de la teoría de la proyección parecen establecerse diferencias esenciales entre ésta y la identificación proyectiva.

El conocimiento sobre la proyección es antiquísimo. De acuerdo con la Biblia (Lucas 6.42), se ve la paja en el ojo ajeno pero no la viga en el propio. Esto calza con la explicación de Freud de los sistemas paranoides. Estos se mantienen porque el "portador de la viga" busca por todas partes "pequeñas pajas", y además las encuentra, que le confirman lo malo que son los demás con él. Así se preserva de reconocer la propia "viga" como el fundamento de su sensibilidad aumentada para el mal en los otros y para los que los demás le hacen. En esta descripción se expresa el enraizamiento de los procesos proyectivos en la intersubjetividad.

Kernberg (1965) describe el proceso de la siguiente forma:

La identificación proyectiva puede ser considerada como una forma temprana del mecanismo de proyección. En términos de los aspectos estructurales del yo, la identificación proyectiva difiere de la proyección en que el impulso proyectado dentro de un objeto externo no aparece como algo ajeno y distante del yo, porque la conexión del yo con el impulso proyectado continúa aún, y así el yo "empati-za" con el objeto. La ansiedad que provoca la proyección del impulso dentro del objeto, llega a ser ahora, en primer lugar, miedo al objeto, acompañado de la necesidad de controlar el objeto con el fin de impedir que éste, bajo la influencia del impulso, ataque al yo. Una consecuencia, o desarrollo paralelo, de la operación del mecanismo de la identificación proyectiva, es el borramiento de los límites entre el yo y el objeto (una pérdida de los contornos yoicos), ya que parte del impulso proyectado aún es reconocible dentro del yo, y, así, yo y objeto se fusionan de una manera más bien caótica (Kernberg 1965, p.45).

Llama la atención esta manera de ver el contacto empático, pues esta declaración no se aviene con la afirmación de que "así, yo y objeto se fusionan de una manera más bien caótica". Pareciera entonces que la micropsicología de estos procesos se mantiene hasta el momento, en gran parte, en el nivel de las metáforas.

La identificación proyectiva, como otros mecanismos inconscientes, no es observable directamente, sino que debe ser inferida. Son suposiciones que se hacen sobre fantasías, y no fantasías mismas. En conclusiones de este tipo, se debe examinar con especial cuidado la plausibilidad de los supuestos teóricos en los que se apoyan las interpretaciones. En el caso de la identificación proyectiva y su melliza, la identificación introyectiva, debe por lo tanto aclararse hasta qué punto estos procesos y posiciones supuestos dependen del hipotético núcleo psicótico en la edad del lactante. Probablemente, muchos analistas presuponen en sus interpretaciones la validez de las posiciones esquizo-paranoide y depresiva, de modo que no les surge ninguna duda sobre si acaso el núcleo psicótico, como fase universal de transición, existe realmente con efectos casi atemporales.

En la sección 1.8 del tomo primero, hablamos de las distintas mitologías sobre el bebé. El mito del núcleo psicótico hace que cada desarrollo sano necesite de una explicación. Muchas premisas, que sirven de fundamento de las interpretaciones kleinianas típicas, hoy en día no pueden seguir siendo mantenidas (véase, por ejemplo, Lichtenberg 1983a). Por lo tanto, las interpretaciones clínicas que se deducen del supuesto de un núcleo psicótico, etc., han sido, y siguen siendo, falsas. Los analistas vinculados estrechamente a escuelas se dejan impresionar

poco por esto. Se remiten a la evidencia clínica, según la cual las ideas de Melanie Klein habrían demostrado ser enormemente fructíferas desde el punto de vista terapéutico. ¿Es posible actuar correctamente partiendo de premisas falsas? Lo que lógicamente es imposible, en la práctica parece funcionar, pues el actuar terapéutico puede encontrar un fundamento independiente y, por lo tanto, no guiarse en absoluto según las premisas teóricas falsas. En este sentido, entre las distintas escuelas psicoanalíticas no hay ninguna diferencia de principio.

Si se libera el concepto de la identificación proyectiva de sus premisas insostenibles, se gana una nueva perspectiva. Sin considerar que, como mujer, M. Klein fundó en el movimiento psicoanalítico una posición contraria frente a Freud, y con ello satisfizo una significativa función histórica, sus ideas deben entenderse como precursoras de una fundamentación psicológico social del psicoanálisis. En la identificación proyectiva (e introyectiva), se trata de la descripción de procesos de intercambio en la influencia recíproca entre los seres humanos.

Los procesos de intercambio determinan la vida humana desde el nacimiento. Es de esperar que la identificación proyectiva y otros conceptos psicoanalíticos sean integrados en una teoría y en una práctica de la intersubjetividad, fundamentadas científicamente.

Tal transformación afecta indirectamente al lenguaje terapéutico rico en imágenes. En la aplicación de metáforas, surgen algunos problemas. Ya que la identificación proyectiva se define primariamente como una fantasía inconsciente, ésta puede ser interpretada aun cuando el analista no perciba ninguna sensación o emoción contratransferencial que pueda ser puesta en relación con esa determinada fantasía del paciente. Por ejemplo, el paciente puede relatar un sueño, en base al cual el analista puede sacar conclusiones respecto de una identificación proyectiva particular. Aquí, el problema consiste en poner el contenido de una fantasía inconsciente en relación de causalidad con la vivencia o la conducta del paciente, y esto respecto de su intencionalidad particular, esto es, por ejemplo, del deseo de meter algo dentro del cuerpo del otro. No basta partir de la intencionalidad esencial, es decir, de la referencia objetal primaria de todo deseo y fantasía.

En primer lugar, una determinada vivencia contratransferencial debe ser reconocida como realmente proveniente del paciente. Luego, se debe encontrar un acceso a la fantasía supuesta en el paciente y poner ésta en relación con los medios (expresiones, gestos, comportamientos, etc.) que éste usa en la interacción para desencadenar en el analista la vivencia correspondiente. Finalmente, el analista debe aclarar si la proyección tiene el propósito de atacar el vínculo con el analista y con ello paralizar su capacidad de pensar o, al contrario, si el fin buscado no es otro que comunicar un estado interior no

verbalizable. En este sentido, el destino de una identificación proyectiva determinada es en última instancia de naturaleza diádica. Esto significa que el carácter de una identificación proyectiva determinada no puede ser fijado sólo por una supuesta "intención" del paciente, sino que depende de la capacidad del analista de entender los sentimientos contratransferenciales y, de esta manera, de "metabolizarlos", esto es, de decodificarlos y de alguna manera de devolverlos a través de interpretaciones. Este proceso fue caracterizado por Bion como "capacidad de rêverie". De acuerdo con su concepción, cuando fracasa en su capacidad de ensoñamiento, el analista se ve "inundado" por las emociones desencadenadas, no puede pensar más y se siente confundido. La comunicación con el paciente se ve interrumpida, y el analista tiende a la suposición de que el paciente le "metió dentro" la propia confusión.

Sin embargo, a lo mejor otro analista, en la misma situación (o el mismo, pero con mejor capacidad empática), no termina confundido por la misma identificación proyectiva y es capaz de entender el mensaje transmitido, de modo que la interpretación puede alcanzar el contenido de la fantasía inconsciente. Ambas situaciones son por lo tanto contrapuestas. En el primer caso, tal vez se interprete liberación a través de destrucción, en el segundo, la necesidad libidinosa de mantener el vínculo. De ello resulta que la función de la identificación proyectiva es negociada interpretativamente.

A pesar de que de la descripción originaria de M. Klein (1946) no se desprende forzosamente que de esta manera sólo representantes negativos de sí mismo pueden ser imputados a otra persona (la madre), en la aplicación clínica destacan predominantemente los aspectos destructivos de la identificación proyectiva en pacientes psicóticos, como lo ha mostrado Hamilton (1986, p.493), tomando como ejemplo a Bion. El aboga, y pensamos que con razón, para que también se tome en cuenta la utilidad clínica de una "identificación proyectiva positiva", donde se proyectan las "good and loving self-representations" (representaciones buenas y amorosas; en inglés en el original). Entonces, a través del vínculo empático con el receptor, se puede promover, mediante reintroyección, la creación de relaciones objetales positivas (véase nuestra discusión de los "objeto-sí mismos" de Kohut en 3.6).

En lo que sigue, abordamos una evaluación final del concepto de identificación proyectiva, haciendo nuestro un argumento de Meissner. El constata que el supuesto de un "mecanismo psicótico básico" es una condición previa para la validez clínica del concepto (1980, p.55). La difusión de los contornos yoicos tiene entonces la misma significación que la pérdida de la diferenciación entre sí mismo y objeto. En su ampliación posterior del concepto, con la metáfora del container (continente; en inglés en el original), Bion (1967) contribuyó de

manera especial a un cambio que Meissner conceptualiza de manera claramente crítica de la siguiente manera:

En términos de Bion, la identificación proyectiva es una forma de relación simbiótica que tiene lugar de modo recíprocamente provechoso entre dos personas, entre un continente y un contenido. Consecuentemente, la identificación proyectiva llega a ser una metáfora, traducida libremente en términos de continente y contenido, que se aplica a casi todas las formas de fenómenos de relación o cognitivos en los que se puede apelar a las notas comunes de relación, contención o implicación (1980, p.58).

La forma no psicótica de "identificación proyectiva" y, correspondientemente, también la "contraidentificación proyectiva" de Grinberg (1956, 1979), pueden ser probablemente entendidas mejor, y de manera más económica, con conceptos de la inducción recíproca de roles, tomados de la "signalling behavior" ("conducta señalizante"; en inglés en el original). Concordamos con Grey y Fiscalini en que el hablar de "meter dentro" describe plásticamente experiencias subjetivas:

Quizás, "meter dentro" puede ser entendido como una conducta señal expresada por un participante para desencadenar una respuesta recíproca en el otro; si es así, el iniciador "pone dentro" de la situación una invitación a una interacción defensiva, como sucede en cualquier actividad transferencial. De otra manera, tal evocación metafórica de posesión psíquica es potencialmente engañosa (1987, p.134; la cur-siva es nuestra).

Los casos que presentamos aceptan una interpretación que se aviene bien con la siguiente constatación de Porder:

Creo que la identificación proyectiva puede ser entendida mejor como una formación de compromiso que incluye, como su componente principal, una "identificación con el agresor" o un "cambio de pasivo en activo", en el que el paciente actúa inconscientemente en la transferencia el papel del progenitor patológico principal, o de ambos padres, y, a través de esta puesta en escena, induce en el analista sentimientos similares a aquellos que el paciente experimentó de niño. Sugiero que la nueva puesta en escena de este drama, con los roles infantiles invertidos, es la interacción inconsciente transferencia / contratransferencia crucial, observada en pacientes que muestran lo que se ha llamado identificación proyectiva (1987, p.432).

De manera semejante, Heimann también colocó la inversión de roles en el centro del concepto:

La "identificación proyectiva" aparece como fenómeno contratransferencial cuando el analista falla en sus funciones perceptivas, de tal manera que, en vez de reconocer a tiempo el carácter de la transferencia, introyecta inconscientemente al paciente, quien en ese momento actúa desde una identificación con su madre rechazante e intrusiva, lo que finalmente conduce a una nueva puesta en escena de su propia experiencia en una inversión de roles (1966, p.257).

Nuestra opinión es que, en la interpretación, la función de la identificación proyectiva es negociada. En esto se trata, ante todo, de que el paciente reconozca los aspectos positivos y negativos de sí mismo imputados al analista. El análisis de estos procesos debe comenzar con un examen de los sucesos reales en la interacción. Con su conducta, el paciente fuerza una interacción que el analista sólo puede entender si deja que, con ello, suceda algo sustantivo en él mismo. El "contacto empático" con los aspectos proyectados del sí mismo, destacado por muchos autores, corresponde al conocimiento inconsciente sobre la partitura de este acontecimiento interpersonal. Mediante el rodeo a través del analista enredado en la interacción, el paciente puede reconocer los aspectos desplazados de sí mismo, con la ayuda de las interpretaciones. Este logro en conocimiento de sí mismo es previo a su reintegración, pues, en tanto a una persona le sean ajenos aspectos de su sí mismo, tampoco podrán estos ser aceptados y asimilados.

Contratransferencia

Consideraciones previas

Contratransferencia

Contratransferencia concordante

Contratransferencia

Contratransferencia

Contratransferencia complementaria

Contratransferencia complementaria

Contratransferencia

Retroactividad (Nachträglichkeit) y fantasear retrospectivo

Retroactividad (Nachträglichkeit) y fantasear retrospectivo

Contratransferencia

Participación del paciente en la contratransferencia

Contratransferencia

Contratransferencia

Contratransferencia erótica

Contratransferencia erótica

Contratransferencia

Contratransferencia agresiva

Contratransferencia

Contratransferencia

Ironía

Contratransferencia

Contratransferencia

Reflexión narcisista y 'objeto-sí mismo'

Reflexión narcisista y 'objeto-sí mismo'

Contratransferencia

Notas sobre la imagen del espejo y el 'objeto-sí mismo'

Contratransferencia

Contratransferencia

Toma de posición desde el punto de vista de la psicología del sí mismo

Contratransferencia

Contratransferencia

Identificación proyectiva

Contratransferencia

Contratransferencia

Identificación proyectiva. Ejemplo A

Identificación proyectiva. Ejemplo A

Contratransferencia

Identificación proyectiva. Ejemplo B

Contratransferencia

Contratransferencia

Notas sobre identificación proyectiva

Notas sobre identificación proyectiva





□□

□□□□□□□∅

X

Y

V

W□·□,□(c)□í□-□□!±#K%~xtplbl^ZVVRVVN□□

□ □

□□□□

□□

□ □ d□ d□□□

□□□

□□□

□□□□□□

%~&°&¢(□(□)Ì)Ó.□.□.∴;0i4-5,,7Y8\${wsokgwg`gk\XT{□□□

□□□

□□

□□□

□x□□□

□□□□□

□□□□□□□□□

□8\$<

>ô?/?oA;B√C+D;FJnK□K"LÛM≠PèVE{wsowkgkc\_g[c[cW□□□□□

□□

□□□□□

□□□

□□□

□□□

□□

□□

□VEZ,,Z%ZÂ[

[

\%o]□^∞^Ô\_7\_ë\_ùeße,,fg\*{wwmiea]iYUiYwi]□□□

□□□□□

□□□

□□□

□□□  
□□  
□d□d□□□  
□□□g\*hÛkkÿlîn  
nøpúpøqrçr¬s7u=uk {wsokgc\_[WSOK\_□□

□□□  
□□□  
□□□□□  
□□□  
□□□  
□□□  
□□□Ç(r)□□□  
□□Û□□□□

ukuzuΣuÛy5y\$z2z/{;|{û{¶{Í|q} □~±Ä[{{{wssok{{{gc\_[□□□  
□□□  
□□□  
□□□  
□□ÅÃ□□□  
□□□  
□□

□□□  
□Ä[ÇÀÉ(c)ÖiÛ\$Û%Û&ÛiÛjâ  
ä□ãΩâ≈è`èèΣ {wsokkkksgcg\_kX□□□  
□ † □ □  
□□□  
□□□  
□□□  
□□□  
□□□□□  
□□ÛÛ□èΣë°í;îRíúñΔò!öðð,úÛüÜü□ü@üofçfΣxttptplhd`XdTt□□ã@□□□  
□□□  
□□□  
□□□□□  
□□ÛÛ□□□  
□□□□□†□£Σ•□•B(r)\$ (r)R(r),(tm)É(tm)Ú'L'≥≠îØ≥∂H<sup>o''''</sup> {wswookgcc\_ccX  
T□□□

□□□å□□□

□□□□□

□□□

□ □ □ □

□□□

□□□

□<sup>o</sup>ı

ı

...≈ wÃÃ Ã□ÃDÃE-/,wÈ§Í÷Ô≥□±1q{wsokggsgsc\_\_\_\_\_□□□□

□□□

□□□

□□□

□□□□□

□□□ıqıŨ"Ò,'ı'□□□

□°□¢□£□≈□Δ□□

□□≈□

ó□□\{wsokogoo]YUQwQ□□

□□

□□□

□□

□<□<□□□□□□□□□□

□□□

□□□□□

□□□\□□•□□

□□€□□fi□Y□Z□\$,,)S□)T□)U□)x□)y□\*\_□+Ê□0R□2\_□3H{wsossskkgg

c{s[□□□

□□

□□□□□

□□□

□□□

□□□□

□□□

□□3H□8` □:\□<~□>å□?{□@β□A□□Cÿ□DÄ□Ea□EÀ□F, □HÌ□It□J6□M¢

{wwwsok{sg{c{g[□□

□□□

□□□

□□□  
□□□  
□□□  
□□□  
□□

□□□□Mø□På□Q□□Rj□St□V!□VA□W:□W;□Yv□Yw□Yx□YÉ□YÑ  
□[Q□`□`□{wsokgoc\_ggggs[W□□□  
□□□  
□□

□□□□□  
□□  
□□□  
□□□  
□□□  
□□

□□`□□b□□d□□gB□m7□o"□u`□wù□}F□Ä÷□Å{□Ç'□ÉC□ÉD□ÉE□Ér{  
wsokgc\_[wWSOOO□□□  
□□□  
□□□  
□□

□□□  
□□□  
□□□  
□□  
□□□  
□□

□□□□□  
□□Ér□És□Ü-  
□à¥□ä□□ã◇□ê3□ë±□ñ·□ò□□úi□ü□□†i□°ü□£Ú□β□{wsokgock\_so[WS□  
□

□□  
□□□  
□□

□□□  
□□

□□□  
□□□  
□□  
□□  
□□□

□□β□□'!□'"□~□Æ∂□≥I□≥J□≥K□≥É□≥Ñ  
□¥□□[]/□°□°]□°^□æ6{wssokkkkg{c\_[Q □□□□<□<□□□□  
□□□  
□□

□□□  
□□□  
□□□  
□□□  
□□□□

□□æ6□æ7□¬w□f/□≈i□Δy□ E□Œ\□œf□÷x□fi2□·,□%ou□Á<□È  
□È{wsookgc\_[kWSO□□□□  
□□

□□□□□  
□□□  
□□□  
□□

□□

□□□  
□□□  
□□

□□□  
□□È□È □È!□ÈQ□ÈR□È-□Ì[□Ô&□Ò(tm)□Ûk□^l□~?□□□□□Z□□1□  
¿□  
,{{{wsookgc\_ko[W□□□□□□  
□□□

□□  
□ □  
□□  
□□□  
□□

□□□  
□□□  
□□

,□□Ã□□§□□.□□□□-4□!2□%3□%4□%5□%S□%T□)'□+~□,œ□,-  
{ws{okgccc\_XQc□□□□□†□□□□†□□

□□□  
□□

□ □  
□□□□□  
□□□  
□□□

□□,-□-fi□-fl□-‡□-Í□-  
Î□2s□3~□4Í□8»□9ø□;<□=x□>œ□@□@e□Aí□B^{wwwwsokgokckk\_o[□  
□□  
□□□  
□□

□□

□□□  
□□□  
□□□  
□□□  
□□□  
□□□

□□B^□DW□E□□F□□H

□J

□J"□L&□M□□M,,□Ni□OÉ□P□□Q‡□S4□T□□UR{wsookgwkcsgg  
\_[□□□□□□□□□□□□

□□□  
□□□  
□□

□□□  
□□□  
□□

□□UR□U·□V+□Vç□VÌ□VÓ□Wr□X≤□Yê□ZΣ□]h□\_Ũ□añ□b%□b&{w{  
{slhdh`XTs□□□

□□□  
□□  
□□  
□□□  
□□□  
□□□  
□□□  
□(□□□  
□□□□□□□

□b&□h  
□h!□l}□l~□n]□n^□n~□oÈ□oÍ□oÎ□oI□o^□tR□wW□xEuqm qiea]]]]mYU□

□□  
□ □  
□□□  
□□□  
□□□□□□□□

□□□  
□□□□□□□□□xÉ□{°□}□□ÄŨ□É±□Ö≥□åg□ç(tm)□é¶□ê-  
□ê<sup>a</sup>□í□□ïB□ôv□ðu{wsokgc\_[W[SOK□□

□□ □□  
□□□  
□□□  
□□□  
□□□  
□□□  
□□□  
□□

□□á-□□

□□Ñ`□□

□ ðu □ ù(r) □ ù(c) □ ù(tm) □ ù- □ ù-

□ §İ □ (tm)<sup>a</sup> □ 'P □ "Ô □ ÆY □ ≥ Ê □ ðh □ ð£ □ ð§ {wwwwsoka]oYUQ □ □ □

□ □ □

□ □

□ □ □

□ □ □ □ † □ † □ □ □ □

□ □ □

□ □ □

□ □ □

□ □ Ü □

□ ð § □ ∫ £ □ ∫ § □ <sup>a</sup> · □ ø L □ √ ¶ □ ≈ ' □ Δ Ÿ □

§ □ -

ö □ "İ □ ÷ e □ ÿ Ũ □ ÿ Ũ □ ĩuqmica]YUQiQqM □ □

□ □

□ □ □

□ □

□ □ □

□ □

□ □

□ □

□ □ □

□ □ □

□

□ d □ d

□ Ĩ □ Ĩ □ < À □ < Ñ □ fix □ fiy □ fiĤ □ fiĬ □ · " □ · " □ , 0 □ , 1 □ % □ □ % □ □ Ë □ □ Ë \* □ Ë + {w {  
s {ohd {o `s `XT □ □ Ũ □ □

□ □ □

□ □ □ □ □ □ □ □

□ □ □ □ □

□ □ □ □ □ □ □ □

□ □ □

□ □ Ë + □ Ë G □ Ë H □ Ë I □ Ë J □ Ë b □ Ë c □ Ë á □ Ë à □ Ë † □ Ë ° □ Ë π □ Ë ∫ □ Ë · □ Ë , □ Ë

□ Ë □ □ Ë " □ Ë # □ Ë c □ Ë d □ Ë § yuququyuququyuyuyuyuy □ Ũ □ □ Ũ □ □ □ □ Ë

§ □ Ë · □ Ë Ω □ Ë æ □ Ë ~ □ Ë - □ Í □ □ Í □ □ Í □ □ Í \* □ Í J □ Í K □ Í k □ Í l □ Í Ñ



