

SOBRE LA CONTRATRANSFERENCIA^{1*}.



Paula Heimann

(1950) On Counter-Transference

Int. J. Psycho-Anal., 31:81-84 (IJP)

Esta breve nota sobre la contratransferencia ha sido motivada por ciertas observaciones que hice en seminarios y supervisiones. Me ha impactado la extendida creencia entre los candidatos de que la contratransferencia no es más que una fuente de conflictos. Muchos candidatos temen y se sienten culpables cuando ellos llegan a ser conscientes de sus sentimientos hacia sus pacientes y en consecuencia apuntan hacia la evitación de cualquier respuesta emocional y a llegar a ser totalmente insensible y “desapegados”.

Cuando intenté delinear el origen de este ideal de analista “desapegado”, encontré que nuestra literatura de hecho contiene descripciones del trabajo analítico que pueden sugerir la noción de que un buen analista no siente nada más allá de una uniforme y moderada benevolencia hacia sus pacientes, y que cualquier discreta alteración emocional representa una alteración que debe ser superada. Esto posiblemente deriva de una mala lectura de algunas afirmaciones de Freud, tal como su comparación con el estado mental de un cirujano durante una operación, o la metáfora del espejo. Al menos esto es lo que he encontrado al respecto en las discusiones sobre la naturaleza de la contratransferencia.

Por otro lado, hay una escuela opuesta a este pensamiento, como la de Ferenczi, la cual no sólo reconoce que el analista tiene una amplia variedad de emociones hacia el paciente, sino que recomienda que éste debiera a veces expresarlas abiertamente. En su afectuoso escrito ‘Handhabung der bertragung auf Grund der Ferenczischen Versuche’ (Int. Zeitschr. f. Psychoanal., Bd. XXII, 1936) Alice Balint sugería que una honestidad de esta naturaleza por parte del analista es útil y coherente con el respeto a la verdad inherente al Psicoanálisis. Aun admirando su actitud, no puedo estar de acuerdo con sus conclusiones. Otros analistas también han sostenido que cuando el analista expresa sus sentimientos hacia el paciente esto lo hace más humano y le ayuda a construir una relación humana con éste.

Para el propósito de este escrito estoy usando el término “contratransferencia” para referirme con él a todos los sentimientos que el analista experimenta hacia el paciente.

De hecho, vale la pena recordar al pasar, que los sentimientos transferenciales no pueden ser nítidamente separados de aquellos referidos a otra persona como tal y no como de sustitutos parentales. A menudo se señala que no todo lo que siente un paciente hacia su analista se debe a la transferencia, y que, a medida que el análisis progresa, gradualmente aumenta la capacidad del paciente para experimentar “sentimientos más reales”. Esta advertencia misma señala que la diferenciación entre estas dos clases de sentimientos no

1.- Trabajo leído en el 16º Congreso internacional Psicoanalítico, Zurich, 1949. Después de presentar este documento en el Congreso mi atención se centró en el artículo de Leo Berman: “Countertransferences and Attitudes of the Analyst in the Therapeutic Process, ‘ Psychiatry, Vol. XII, No. 2, May, 1949. El hecho de que el problema de la contratransferencia haya surgido como tema de discusión en diferentes autores al mismo tiempo, indica que es el momento oportuno para una mayor investigación sobre la naturaleza y función de la contratransferencia. Estoy de acuerdo sobre el rechazo de la frialdad emocional del analista hacia el paciente, con Berman, pero difiero en mis conclusiones concernientes sobre el uso que se ha de hacer de los sentimientos del analista hacia su paciente.

siempre es fácil.

Mi tesis es que la respuesta emocional del analista hacia su paciente en la situación analítica representa una de las más importantes herramientas para este trabajo. La contratransferencia del analista es un instrumento de exploración dentro del inconsciente del paciente.

La situación analítica ha sido investigada y descrita desde muchos ángulos, y existe un acuerdo general sobre su carácter único. Pero mi impresión es que no se ha puesto suficiente énfasis en que es una relación entre dos personas. Lo que distingue esta relación de otras, no es la presencia de sentimientos en uno de sus participante -el paciente- y su ausencia en la otra -el analista-, sino que por encima de todo es el grado de sentimientos experimentados y el uso que se hace de ellos, siendo estos factores interdependientes. La finalidad del análisis personal del analista, desde este punto de vista, no es transformarlo en un cerebro mecánico que pueda producir interpretaciones sobre la base de un procedimiento puramente intelectual, sino capacitarlo para sustentar los sentimientos que son movilizados en él, en oposición a la descarga de ellos (como lo hace el paciente), con el fin de subordinarlos a la tarea analítica, en la cual funciona como el reflejo del paciente en un espejo.

Si un analista intenta trabajar sin atender a sus sentimientos, sus interpretaciones serán pobres. He visto a menudo esto en el trabajo de los principiantes, quienes, despreocupados, ignoran o ahogan sus sentimientos.

Sabemos que el analista necesita una uniforme atención flotante para poder seguir las asociaciones libres del paciente, y que esto lo capacita para escuchar simultáneamente en varios niveles. El tiene que percibir el significado manifiesto y latente de las palabras del paciente, las alusiones e implicaciones, las señas implícitas a sesiones anteriores, las referencias a situaciones de la infancia detrás de la descripción de las relaciones actuales, etc. Escuchando de esta manera el analista evita el peligro de llegar a preocuparse con un solo tema y permanece receptivo para captar los cambios de tema y las secuencias y lagunas en las asociaciones del paciente.

Sugeriría que el analista a lo largo de este trabajo con su atención flotante necesita un libre acceso a su sensibilidad emocional para poder seguir los movimientos emocionales y las fantasías inconscientes del paciente. Nuestra asunción básica es que el inconsciente del analista entiende al de su paciente. Esta relación en un nivel profundo aparece en la superficie en forma de sentimientos, a los que el analista responde al paciente, en su contratransferencia. Esta es la forma más dinámica en la cual la voz del paciente lo alcanza. En la comparación de los sentimientos despertados en él mismo con las asociaciones de su paciente y su comportamiento, el analista posee el más preciado indicador de si ha entendido o no a su paciente.

Sin embargo, las emociones intensas de cualquier tipo, de amor u odio, desamparo o ira, impulsan hacia la acción más que hacia la contemplación; y nublan la capacidad de las personas para observar y sopesar la evidencia correctamente; en consecuencia, si la respuesta emocional del analista también es intensa, terminará frustrando su objetivo.

Habrán dificultades en el trabajo analítico, cuando el analista que combine atención flotante con respuestas emocionales flotantes no registre sus sentimientos como algo a considerar, debido a que están en concordancia con el significado que el supone. Pero a menudo las emociones despertadas en él son mucho más cercanas al núcleo del problema que su razonamiento, o, para ponerlo en otras palabras, su percepción inconsciente del inconsciente del paciente es más aguda y anticipatoria que su concepción consciente de la situación.

Una experiencia reciente me viene a la mente. Se refiere a un paciente derivado por un colega. El paciente era un hombre de unos 40 años que había originalmente solicitado tratamiento cuando su matrimonio se derrumbó. Entre sus síntomas la promiscuidad figuraba predominantemente. En la tercera semana de su análisis me contó, al principio de la sesión, que iba a casarse con una mujer a quien había conocido hace muy poco tiempo.

Era obvio que su deseo de casarse en esta coyuntura estaba determinado por su resistencia al análisis y la necesidad de exoactuar sus conflictos transferenciales. Con una fuerte actitud ambivalente el deseo de una relación íntima conmigo había aparecido ya claramente. Yo tenía por esto muchas razones para dudar sobre la cordura de su intención y de sospechar sobre su decisión. Pero tales intentos de cortocircuitar el análisis no son infrecuentes al comienzo, o en un punto crítico del tratamiento y normalmente no representa un gran obstáculo en el trabajo, así que esto no generaba ninguna gran catástrofe. Estaba entonces algo confusa

al encontrar que yo reaccionaba con un sentimiento de aprehensión y preocupación a lo que el paciente señalaba. Sentí que algo más estaba involucrado en esta situación, algo más allá de un corriente acting-out, lo cual, sin embargo, se me escapaba.

En sus posteriores asociaciones que se centraban en su amiga, el paciente, describiéndola decía que ella había tenido un “evento duro”. Esta frase en particular surgía nuevamente y aumentaba mis dudas. Entonces, se me ocurrió que era precisamente debido a que ella había tenido un duro evento por lo que él se sentía atraído. Pero yo todavía sentía que no veía aun las cosas suficientemente claras. Poco después él vino a contarme este sueño: había adquirido desde el extranjero un muy buen coche de segunda mano que estaba averiado. El deseaba repararlo, pero otra persona en el sueño lo objetaba por razones de precaución. El paciente tenía, como lo dijo, “que confundir a esa persona” para poder seguir adelante con la reparación del coche.

Con la ayuda de este sueño pude llegar a comprender aquello que antes había sentido como sensación de aprehensión y preocupación. Había, de hecho, mucho más en juego que un simple acting-out de los conflictos transferenciales.

Cuando me dio los detalles sobre el muy buen coche extranjero de segunda mano -el paciente espontáneamente reconoció que me representaba a mí. La otra persona en el sueño que intentaba detenerle y a quién el confundía, representaba la parte del Yo del paciente que buscaba seguridad y felicidad, y a quien él trataba de protegerla del análisis.

El sueño mostró que el paciente deseaba que yo fuera dañada (él insistía sobre mi condición de refugiada a quien se le podía aplicaba la expresión “eventos duros” que él había usado sobre su nueva amiga). Para desculpabilizarse de sus impulsos sádicos estaba obligado a reparar, pero esta reparación era de naturaleza masoquista, por lo que necesitaba borrar la voz de la razón y la cautela. Este elemento de confusión de la figura protectora era en sí mismo un dilema, expresando tanto sus impulsos sádicos y masoquistas: tanto como él intentara destruir el análisis, representaba las tendencias sádicas del paciente bajo el patrón de infantiles ataques anales sobre su madre, así como tanto como el desestimara su deseo de seguridad y felicidad, expresaba sus tendencias autodestructivas. La reparación se volvía en un acto masoquista generador de odio y lejos de resolver el conflicto entre destrucción y culpa, lo llevaba a un círculo vicioso.

La intención del paciente de casarse con su nueva amiga, la mujer dañada, estaba alimentada por ambas fuentes, y el acting-out de los conflictos transferenciales demostraba estar motivados por su específico y poderoso sistema sado-masoquista.

Inconscientemente yo había captado inmediatamente la gravedad de la situación, desde el sentimiento de preocupación que experimenté. Pero mi consciente había tardado más en comprender, por lo que sólo pude descifrar el mensaje del paciente y ayudarlo casi al final de la sesión, cuando surgió más material.

Mostrando lo esencial de una sesión analítica, espero ilustrar mi opinión de que la inmediata respuesta emocional hacia su paciente es un significativo indicador del proceso inconsciente de éste y que guía hacia una comprensión más completa. Ella ayuda al analista a focalizar su atención en los elementos más importantes de las asociaciones del paciente y sirve como criterio útil de selección de interpretación del material, que como sabemos siempre está sobre determinado.

A partir del punto de vista que estoy recalcando, la contratransferencia del analista no es sólo una parte de la relación analítica, sino que es una creación del paciente, es una parte de la personalidad de éste. (estoy posiblemente aludiendo aquí un aspecto que el Dr. C. S. expresaría en términos de su concepto de esquema-corporal, pero seguir en esta línea me llevaría a alejarme de este tema).

El enfoque a la contratransferencia que he presentado no está exento de peligros. No representa una pantalla para las limitaciones del analista. Cuando el analista en su propio análisis ha trabajado sus conflictos infantiles y ansiedades (paranoicas y depresivas), entonces él puede fácilmente establecer contacto con su propio inconsciente, él no imputará a su paciente lo que le pertenece a sí mismo. Este habrá alcanzado un confiable equilibrio que le capacita para conducir los roles del Yo, Ello, y Súper-yo del paciente, y de los objetos externos que el paciente les adjudica o -en otras palabras- proyecta sobre él, cuando dramatiza sus conflictos en la relación analítica. En el ejemplo que he dado, el analista estaba predominantemente en el rol de la buena madre del paciente para ser destruida y rescatada, y en el yo-real del paciente que intenta

oponerse a sus impulsos sado-masoquistas. En mi opinión el criterio de Freud de que el analista debe “reconocer y dominar” su contratransferencia no llevaría a la conclusión de que la contratransferencia es un factor disruptivo y que el analista debería llegar a ser insensible y aislado, sino más bien que él debe usar sus respuestas emocionales como una llave al inconsciente del paciente. Esto lo protegería de participar como co-actor de la escena que el paciente re-crea en la relación psicoanalítica y de explotarlo para sus propias necesidades. Al mismo tiempo encontrará un amplio estímulo para trabajar en sí mismo una y otra vez, y continuar el análisis de sus propios problemas. Esto, sin embargo, es un asunto personal, y no considero correcto para el analista comunicar sus sentimientos a su paciente. En mi opinión, tal honestidad estaría en la línea de una confesión y sería una carga para el paciente. En cualquier caso, ella nos aleja del análisis. Las emociones despertadas en el analista serán de gran valor para el paciente, y usadas como una fuente más de insight dentro de los conflictos inconscientes y defensas del paciente; y cuando ellas son interpretadas y elaboradas, los cambios resultantes en el Yo del paciente incluyen la consolidación de su sentido de la realidad para que vea a su analista como un ser humano, no como a un dios o aun demonio, y la relación “humana” en la situación analítica sigue sin que el analista haya recurrido a significados extra-analíticos.

La técnica psicoanalítica aparecida cuando Freud, abandonó la hipnosis, descubrió la resistencia y la represión. En mi opinión el uso de la contratransferencia como instrumento de investigación puede ser reconocido en sus descripciones como la vía a través de la cual arribamos a los descubrimientos fundamentales. Cuando trató de elucidar las memorias olvidadas de las pacientes histéricas, sintió que una fuerza emanada de las pacientes se oponía a sus intentos y que él tenía que superar dichas resistencias a través de su propio trabajo psíquico. El concluyó que era la misma fuerza la que era responsable de la represión de las memorias claves y de la formación del síntoma histérico.

El proceso inconsciente en la amnesia histérica puede en consecuencia ser definido por estos dos factores gemelos, uno de los cuales está orientado hacia fuera y es sentido por el analista como resistencia, mientras que el otro trabaja intrapsíquicamente como represión.

En tanto en el caso de la represión de la contratransferencia esta se caracteriza por la sensación de una cantidad de energía, una fuerza opositora, otros mecanismos de defensa provocaran otras cualidades en la respuesta de analista.

Creo que con investigaciones más concienzudas sobre la contratransferencia desde el ángulo que he señalado aquí, nosotros llegaremos a trabajar acabadamente el camino en el cual el carácter de la contratransferencia se corresponda con la naturaleza de los impulsos inconscientes de los pacientes y sus defensas activadas en el momento presente.

Traducción:

Juan V. Gallardo Cuneo

Indepsi

Volver a Artículos Clínicos

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.