

# EL ESPEJO Y LA MÁSCARA: LA SUBJETIVIDAD DEL ANALISTA COMO OBSTÁCULO EN LA CURA.

**Dra. Leonor Valenti de Greif.**

### **INTRODUCCIÓN:** La subjetividad del analista

Sandor Ferenczi, fue uno de los autores más comprometidos con la causa del psicoanálisis. Fue vanguardista al exponer y advertir sobre la importancia del analista como un factor activo y determinante en la dirección y progresión de la cura, y fue quien promovió como segunda regla fundamental del psicoanálisis, el análisis profundo y riguroso del analista.

Dentro de su vasta obra, sus aportes teóricos a la clínica, conservan hoy toda su vigencia y nos llevan a reflexionar sobre nuestra compleja tarea.

En sus cartas y en algunos pasajes del Diario Clínico, es donde aparece el Ferenczi íntimo, vulnerable y profundo que desde el lugar del paciente denuncia dramáticamente y -con gran lucidez- las “faltas” de su analista. En particular le reprocha a éste el no haberle interpretado la transferencia “negativa”.

Es posible pensar que debido a la interrupción de este análisis discontinuo, la neurosis transferencial desencadenada siguió operando y sus efectos se potenciaron, determinando que el paciente quedara sojuzgado a su mundo imaginario, en medio de una transferencia idealizante -narcisista- sin recibir una lectura apropiada por parte de algún otro en función analítica.

Ferenczi escribe en el Diario Clínico, el 17 de marzo de 1932: “Mi propio análisis no pudo llegar hasta una profundidad suficiente, porque mi analista, confesando él mismo su naturaleza narcisista, en su enérgica voluntad de salud y antipatía por las debilidades y anormalidades, no pudo seguirme hasta esas profundidades e introdujo lo pedagógico demasiado pronto ...”.

Sabemos que luego de esta experiencia, se alteró la relación entre el brillante discípulo y el admirado maestro. Es posible que la clave de este desencuentro la encontremos en un paciente demandante y “apasionado” y en un analista cada vez más distante.

La observación de Ferenczi nos lleva a reflexionar acerca de lo que acontece en el eje de la transferencia - contratransferencia de un vínculo analítico.

Precisamente en este trabajo, reflexionaré sobre algunas de las cuestiones relacionadas con los obstáculos a la cura del paciente, como consecuencia de la implicación subjetiva del analista que expresa el fenómeno de la contratransferencia. Cuando nos referimos al eje transferencia - contratransferencia, surge la idea de un par complementario, donde la función del analista depende de su capacidad para abandonarse a la libre asociación, fantasear, pensar, representar y sentir afectos -en los distintos registros desplegados por el proceso analítico. La contratransferencia es un concepto de construcción compleja en el que podemos reconocer en un sentido amplio la disposición general del analista que incluye: su propio psiquismo, su convicción acerca del psicoanálisis, la posición adoptada en relación al paciente luego de las entrevistas preliminares, sus referentes teóricos y su pertenencia institucional; y en sentido estricto en la función analítica, podemos pensar a la contratransferencia como una producción derivada del espacio analítico, y como dispositivo jerarquizado que permite comprender lo que el analizante pone inconscientemente en acto a través de la transferencia.

En el interjuego de inconsciente a inconsciente, es la resonancia empática del analista la que opera como potenciador de sentido de los contenidos del material del paciente. En esta apertura a su propio inconsciente, el analista está expuesto a ser contaminado por sus motivaciones y cualquier desviación, por inadvertencia o error, lo expone a quedar fuera de la situación analítica.

La contratransferencia, dentro de su complejidad, dispone de este “factor humano” del analista que se ofrece como sustrato pulsional e influye en la producción significativa del analizante. Pienso como ejemplo ilustrativo para esta variable del dispositivo analítico: el squiggle game winnicottiano.

La entrada en análisis, está asociada al despliegue de la transferencia y el analista es el que sostiene este recorrido con su presencia, prestándose como interprete y como objeto soporte de transferencias.

Realizando un breve repaso referido al lugar del analista en el recorrido de la cura, podemos decir que al principio será investido imaginariamente como un Ideal (que sabe del padecer del paciente), para luego -en la resolución de la transferencia- terminar siendo considerado como un otro real.

En cada uno de los tramos descriptos, existe la posibilidad de claudicación contratransferencial, que puede adoptar la forma leve de un “obstáculo al análisis” o formas, francamente iatrogénicas, de mala praxis.

Podemos afirmar que la neurosis del analista es la que le impide lograr un abordaje adecuado de la transferencia; a este respecto Ferenczi (Diario Clínico, 40 i1) dice: “Un analista debe haber transitado, él mismo, por un análisis profundo y prolongado hasta el final, ya que el análisis, llegará tan lejos, como sus resistencias y sus conflictos lo permitan”. Mas adelante, agrega que: “el mejor analista es un paciente curado.”

La tarea de éste no se reduce solo a estar alerta a las vivencias transferenciales (empatía), o -meramente- a hacer conciente lo inconsciente. Debe además facilitar el despliegue de los decires del analizante para señalar, contener, interpretar, recapitular y construir desde los fundamentos de la metapsicología sobre el soporte que le brinda el flujo de la transferencia.

Sin duda, su contratransferencia influirá sobre el modo y el alcance en el que se cumplan estas funciones, facilitando o dificultando la marcha del proceso. El análisis de ésta, le permitirá discriminar en sus intervenciones, cuanto corresponde a sí mismo, a su propia realidad, y cuánto corresponde a la realidad psíquica del paciente.

## **EL ANALISTA Y LA CONTRATRANSFERENCIA**

### **El espejo plano Freud: discernimiento y control**

En el 2º Congreso Internacional de Psicoanálisis, realizado en Nuremberg en marzo de 1910, Freud lee en el discurso inaugural el trabajo: “Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica” en el que afirma que:

“Nos hemos visto llevados a prestar atención a la contratransferencia· que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine...” Freud utiliza el término contratransferencia por primera vez, en una carta dirigida a Jung el 7 de junio de 1909, donde se refiere a ella como “a blessing in disguise” ( no hay mal que por bien no venga). El consideraba que ésta debía ser dominada para asegurar el progreso del análisis. Freud mismo admite haber sufrido algunos tropiezos bajo su influjo, que pudo superar no sin cierta dificultad “narrow scape” (escape estrecho). Preocupado por los efectos que pudiera tener en el psiquismo del analista, el despliegue de la fantasmática del paciente, recurre a distintas metáforas (como la del espejo y la del cirujano) para definir cual debería ser la posición del primero, para que no resultara contaminado al paciente. A este respecto Freud dice : “El médico no debe ser transparente para el analizado, sino como la luna de un espejo, mostrar sólo lo que le es mostrado”.

### **EL ESPEJO SENSIBLE Ferenczi: empatía y rigor**

Freud proponía domeñar los intensos fenómenos contratransferenciales suscitados particularmente por la transferencia erótica de pacientes, mediante un control (intelectual?) que le permitiera evitarse estas perturbaciones emocionales (afectivas) despertadas por el proceso.

Frente a esta situación, Ferenczi tuvo el mérito de ser el primero en abogar por un análisis del analista que le permita acceder a éste a su propia experiencia vivencial, para permitirle trascender en su comprensión, más allá de la dimensión intelectual del vínculo. Precizando esto, Ferenczi dice: “La terapéutica psicoanalítica, por lo tanto, parecería pedir al doctor cosas contradictorias. Por un lado requiere de él, el libre juego de la

asociación y de la fantasía, la plena indulgencia de su propio inconsciente, sabemos, por Freud, que sólo en esta forma es posible captar intuitivamente las expresiones del inconsciente del paciente, que se hallan ocultas en el material tal como se manifiesta a través del habla y de la conducta. Por otro lado, el médico debe someter a una investigación lógica el material proporcionado por él mismo y por el paciente, y en el manejo y en la comunicación sólo debe guiarse por lo que éste logra con esfuerzo mental.” La contratransferencia se sustenta en dos coordenadas: la empatía y el rigor de la actitud profesional. La empatía hace posible la función de “holding psíquico” del analista y se vincula con la capacidad de éste para identificarse con el paciente. Responde a la comunicación no verbal y permite establecer cómo y cuándo se formula la interpretación. Además tiene que ver con el “tacto” (feeling) que por definición remite al “arte realizado con sagacidad” y al “sentir con”, esa sintonía recíproca con el paciente. La función del holding psíquico del analista esta sostenida en estas dos variables (empatía y tacto), soportes del “espejo sensible” que permite que el paciente se vea a sí mismo y tome conciencia de sí, con nuestra ayuda.

El analista debe abandonarse lo mas libremente posible a su propia actividad inconsciente, suspendiendo las motivaciones que habitualmente dirigen su atención. Ello le permitiría al terapeuta utilizar su propia fantasía y libre asociación, debiendo además cumplir la actividad intelectual requerida por la formulación de la interpretación.

Ferenczi (1928), señala que: “Poco a poco va uno dándose cuenta de la complicación que supone el trabajo psíquico desarrollado por el analista. Se permite actuar a las asociaciones libres del paciente y al mismo tiempo se deja jugar a la propia fantasía con este material asociativo; en el intermedio se comparan las conexiones nuevas con los resultados anteriores del análisis, sin olvidar por un instante la toma en consideración y la crítica de sus propias tendencias. “En realidad podría hablarse de una oscilación perpetua entre “sentir con”, autoobservación, y actividad de juicio” .

De esta forma se garantiza que, las intervenciones del analista, se basen en el respeto por la integridad de sentido del paciente y no resulten el simple reflejo de los contenidos inconscientes que en el analista evocan.

## **LA CONTRATRANSFERENCIA Algunos “ peligros del análisis”**

Sabemos que el analista trabaja con todos aquellos contenidos que en el alma humana pugnan por liberarse, y por ello se encuentra expuesto a un refuerzo de la exigencia pulsional, que requiere ser procesada.

Cuando nos encontramos en situaciones donde el analista experimenta lo que podríamos llamar “resistencias de contratransferencia”, pierde la capacidad de asociación, de atención libremente flotante y sus interpretaciones carecen de efecto (impasse), tomando relevancia aquellas manifestaciones no verbales que acontecen tanto en el paciente como en el analista. Como ejemplos de ello, podemos mencionar: los acting out y los pasajes al acto (enactments) que desvían el camino de la cura.

En este sentido Freud nos recuerda: “...el analista, a consecuencia de las particulares condiciones del trabajo analítico, será efectivamente estorbado por sus propios defectos para asir de manera correcta las constelaciones del paciente y reaccionar ante ellas con arreglo a fines (...) éstos son los “peligros del análisis”, que por cierto no amenazan al copartícipe pasivo sino al copartícipe activo de la situación analítica y no se debería dejar de salirles al paso”.

Cuando la implicación subjetiva del analista no esta controlada, sus aspiraciones pueden terminar predominando sobre la verdad del paciente, generándose desenlaces no deseados. En este contexto, podríamos preguntarnos:

¿Qué capacidad de procesamiento psíquico tendrá el paciente, si resulta influido por los complejos inconscientes no resueltos del analista?

Si estos factores personales a los que nos referimos, han sufrido el mecanismo de la desmentida...¿no podrían éstos acaso, expresarse en la relación analítica en forma de acting out?

O bien...¿el paciente mediante una identificación proyectiva podría actuar un deseo inconsciente del analista en resonancia empática con éste?.

Veamos algunos ejemplos: El analista “Pigmalion” sirviéndose de una transferencia narcisista - que no puede o no quiere resolver - en tanto es colocado en el lugar del ideal, esculpirá a su paciente de acuerdo

a su deseo. Este tendrá todo lo que la cultura del analista pida, pero se encontrará vacío de contenidos existenciales, ya que la pregunta por el verdadero ser quedará bloqueada por el deseo del otro, derivando en el refuerzo de un “falso self”, con un falso “proyecto de vida”.

¿Que podemos decir del analista que, transforma a sus pacientes en fuente de suministros narcisistas de los que no puede prescindir, ya que sus logros de vida dependen de la relación con sus pacientes, merced al amor de transferencia. El analista aquí, confunde un amor-ficticio con un amor real, llegando en algunos casos a ser “inductores de pasión” (Piera.Aulagnier) e involucrando al paciente en su contratransferencia alienante.

Mucho más grave es la transmisión al paciente de tendencias autodestructivas o destructivas que, en algunos casos, podrían dar cuenta de numerosos acting-out aparentemente inexplicables.

¿Cuántas pseudo reacciones terapéuticas negativas e interrupciones dramáticas pueden tener como origen este substrato?

¿Hasta que punto, la regresión del paciente, puede llegar a aumentar la ceguera del analista?. De este interrogante, podríamos inferir que el analista no sólo debe estar preparado para acompañar la regresión transferencial, sino también debe estar capacitado para “soportarla”.

El denominador común de estos ejemplos, hace a las resistencias del analista. Y entonces, pienso, lo que resiste, defiende... pero ¿de qué?

Berta Papenheim (Anna O), Sabina Spilreim y Elma Pàlos despertaron en sus analistas respuestas que van más allá de la implicación subjetiva requerida para la labor profesional.

Las reacciones de Breuer, Jung y Ferenczi dan cuenta de ello. Más allá de lo anecdótico, cabe subrayar que si es la “ecuación personal” del analista la que prevalece, ésta interfiere y distorsiona el proceso de la cura.

De todo lo dicho, se nos revela la importancia que otorga Ferenczi a los procesos que se despiertan en el analista, como resultado del vínculo con el paciente. En el encuentro con el paciente, no sólo se reactivarán sus complejos inconscientes reprimidos sino también lo vivenciado en su propio análisis.

Por lo tanto si el analista es ese “paciente curado”, estará en una mejor posición para discernir entre su fantasía y lo que corresponde a su paciente, podrá además servirse de su contratransferencia, para convertirla en un instrumento útil y eficaz para el tratamiento analítico.

**Dra. Leonor Valenti de Greif. Buenos Aires Argentina lvalenti@winnicott.net vjallinsky@winnicott.net sjallinsky@winnicott.net**

**<http://www.winnicott.net/espanol/html/Ferenczi.asp>**

Instituto de Desarrollo Psicológico. INDEPSI. LTDA.

ALSF-CHILE