

Contratransferencia normal y algunas de sus desviaciones *

E. E. Money-Kyrle

Descriptores: PACIENTE / NEUTRALIDAD / IDENTIFICACION PROYECTIVA / IDENTIFICACION INTROYECTIVA / CONTRATRANSFERENCIA NEGATIVA / MATERIAL CLINICO.

INTRODUCCION

Contratransferencia es un viejo concepto psicoanalítico, que se ha ampliado y enriquecido recientemente. Acostumbrábamos verlo principalmente como una perturbación personal que debía ser analizada en nosotros mismos. Ahora consideramos que, teniendo sus causas y sus efectos en el paciente, nos indica que debemos analizarlo en el.**

Creo que este aspecto recientemente explorado de la contratransferencia puede ser utilizado en la forma descripta, por ejemplo por Paula Heimann*** para alcanzar un avance técnico importante. Pero, desde luego, el descubrimiento de que la contratransferencia pueda ser usada útilmente, no evita que la sintamos como un serio impedimento. Como ambos aspectos en realidad existen, podemos suponer que hay problemas acerca de sus semejanzas y diferencias que aún requieran más investigación. Quizá este problema pueda ser planteado en la forma de tres preguntas relacionadas entre sí: ¿qué es contratransferencia “normal”?, ¿cómo y bajo qué circunstancias se perturba? y ¿cómo estas alteraciones pueden ser corregidas y utilizadas para la prosecución del análisis?

CONTRATRANSFERENCIA NORMAL

Tanto en trabajos como en discusiones, se han mencionado numerosos aspectos de la correcta o normal actitud del analista ante su paciente. Freud hablaba de una “neutralidad benevolente”. Para mí, presupone que el analista debe ocuparse del bienestar de su paciente, sin sentirse emocionalmente involucrado en los conflictos que éste plantea. Esto presupone también, según pienso, que el analista, en virtud de su comprensión del determinismo psíquico, tiene un cierto grado de tolerancia, que es lo opuesto a una actitud de condenación.

* Publicado en el “Int. J. Psycho-Anal”, 37, pp. 860-66, 1956.

** El uso de contratransferencia “como instrumento de investigación” ha sido usado por Paula Heimann [“On countertransference” (“Int. J. Psycho-Anal.”, 31, 1950)]. Ella ha destacado sus causas en el paciente, mientras que Margaret Little [“Countertransference on the patient’s response to it” (“Int. Psycho-Anal.”, 82, 1951)] lo ha encarado en el sentido de ver sus efectos sobre el paciente. Desde luego que éste, es también un aspecto importante. Pero al interpretar la respuesta del paciente a nuestra contratransferencia, las opiniones difieren.

*** Paula Heimann. Ibid.

Muchos analistas han enfatizado el elemento de curiosidad científica y ciertamente no obtendríamos mucho sin esta sublimación. Pero en sí mismo parece un poco impersonal. La preocupación por el bienestar del paciente, proviene, según mi modo de ver de la fusión de otros dos impulsos básicos: de una disposición paternal y de las tendencias reparatorias que contrarrestan nuestra destructividad, presente en todos. Desde luego que si estos impulsos son muy intensos, ponen al descubierto excesivos sentimientos de culpa acerca de la agresividad inadecuadamente sublimada, la cual puede ser la causa de ansiedades muy perturbadoras. Pero en cierto grado ambos impulsos son normales. Las satisfacciones reparatorias del análisis son obvias. Así en cierto modo el paciente debe representar los objetos dañados de la fantasía inconsciente del propio analista que están todavía amenazados por la agresión y necesitados de cuidado y reparación.

El aspecto paternal ha sido mencionado por Paula Heinmann.* Nadie sugeriría que el paciente sólo representa a un niño y no, a veces, un hermano o aun un padre. Pero es con el niño inconsciente del paciente donde está el mayor interés del analista y, como este niño, muy a menudo trata al analista como a un padre, el inconsciente de éste difícilmente puede evitar responder de algún modo, viendo al paciente como a su niño.

Ahora bien, para un padre un niño representa, por lo menos en parte, un aspecto temprano de su "self". Para mí, esto es de importancia, ya que es, precisamente por el hecho de que el analista reconozca su temprano "self", que ha sido analizado, en el paciente, por lo cual puede analizarlo.* Su empatía e "insight" como algo diferente de su conocimiento teórico, depende de esta suerte de identificación parcial.**

Pero la identificación puede adoptar dos formas: introyectiva y proyectiva, distinción latente en los conceptos de Freud y cuyo significado ha sido desarrollado ulteriormente por Melanie Klein.*** Podemos entonces suponer que se hallen ambas formas de identificación parcial del analista con su paciente.

Trataré de formular lo que me parece que sucede cuando el análisis se desarrolla bien. Creo que hay una rápida oscilación entre introyección y proyección. Mientras el

* La sublimación de la curiosidad y de los impulsos paternos han sido destacados respectivamente por Clifford Scott y Paula Heinmann en las discusiones científicas realizadas en la Sociedad Psicoanalítica Británica, pero no he encontrado referencias sobre estos puntos en otras publicaciones. Sin embargo, Paula Heinmann en "Problems of the training Analysis" ("Int. J. Psycho-Anal.", 35, 1954) se refiere a los peligros de una excesiva sublimación paternal.

* Simultáneamente al descubrimiento de nuevas modalidades en el paciente, el analista puede hacer progresos en su propio análisis de "postgraduado".

** Annie Reich habla de una "breve identificación" ["On countertransference" ("Int. J. Psycho-Anal.", 32, 1951)] y Paula Heinmann menciona la identificación introyectiva y proyectiva en su trabajo "Problems of the training Analysis".

*** Klein, Melanie: "Notes on some Schizoid Mechanisms" ("Int. J. Psycho-Anal.", 27, 1946 y en "Developments in Psychoanalysis", 1952). Pienso que la distinción entre identificación proyectiva e introyectiva está implícita en los trabajos de Freud pero no suficientemente desarrollada en "Psicología de las masas y análisis del Yo".

paciente habla, el analista se identificará introyectivamente con él y habiéndolo comprendido, dentro de sí, lo re proyectará interpretando. Pero, de lo que pienso que el analista conoce más, es de la fase proyectiva, es decir, de aquella fase en la cual el paciente es el representante de las primitivas partes inmaduras o enfermas de él, incluyendo sus objetos dañados, los cuales, al ser ahora comprendidos, son tratados por la interpretación en el mundo externo.

Mientras el paciente recibe interpretaciones efectivas, éstas le ayudan a responder con nuevas asociaciones que también serán comprendidas. Mientras el analista las comprenda, esta relación satisfactoria que yo llamo “normal” persiste. En particular, los sentimientos contratransferenciales del analista estarán determinados por la empatía con el paciente en la cual se basa su “insight”.

PERIODOS DE NO COMPRENSION

Tanto el analista como el paciente estarían muy felices si la situación que acabo de describir persistiera a lo largo de todo el curso del análisis. Desgraciadamente esta situación es normal solamente en un sentido ideal. Depende de la ininterrumpida comprensión del analista; pero éste no es omnisciente. En particular, su comprensión falla siempre que el paciente aporte un material muy próximo a situaciones que el analista aún no haya aprendido a comprender. Además hay pacientes mucho menos cooperativos que otros. Hay pacientes con los cuales los mejores analistas encuentran grandes dificultades para mantener contacto, con los cuales la relación “normal” es la excepción más que la regla. Y aún con pacientes cooperativos esta relación está sujeta a frecuentes detenciones.

Reconocemos estas detenciones inmediatamente, al sentir que el material es oscuro y que hemos perdido el hilo conductor. Ahora bien, sea lo que fuere lo que se haya quedado sin comprender, este hecho crea una nueva situación, la cual es sentida como una tensión, tanto de parte del analista como por el paciente.

Desde luego algunos analistas, por ejemplo, aquéllos que más vehementemente buscan la reaseguración por continuos éxitos, sienten esta tensión más agudamente que otros. Pero, aparte de las diferencias individuales, hay peculiaridades en la naturaleza misma de la técnica analítica, que determinan cierta tensión en todos nosotros especialmente cuando no podemos ayudar a un paciente evidentemente angustiado.

Si, en la medida de lo expuesto, mis argumentos son ciertos, debemos admitir que en todos nosotros existen necesidades de satisfacer sentimientos paternos e impulsos reparatorios para contrarrestar el instinto de muerte; sin embargo, es evidente que nos encontramos mucho más limitados que un padre real o un educador o cualquier otro tipo de terapeuta. Estamos limitados a la interpretación* y nuestra capacidad de darlas depende de la comprensión del paciente. Si esa capacidad de comprensión falla, como suele suceder de tiempo en tiempo, no disponemos de otra alternativa terapéutica en la cual apoyarnos Y aquí nos encontramos con otra situación

* La medida en que nosotros nos restringimos a dar puramente interpretaciones, depende, desde luego de la escuela a la que pertenezcamos. Todos estamos de acuerdo en que nuestro principal papel es el de interpretar. Nadie niega tampoco que para ello, adoptamos un marco dentro del cual realizamos nuestro trabajo: proveemos el confort físico del diván, ajustamos nuestra cortesía a las características de cada paciente y lo mantenemos con escasas variaciones. Las diferencias surgen cuando se plantean las posibilidades de manejar ese marco deliberadamente una vez que lo establecimos. Así Winnicott, si lo he entendido correctamente, ha planteado que con ciertos pacientes psicóticos, hay que ajustar la actitud de modo tal, que el analista sea, para el paciente, el tipo de sujeto ideal que nunca ha tenido antes. En otras palabras, que eso no basta el sólo interpretarle al paciente el papel que éste espera de su analista

peculiar del análisis: la no comprensión, provoca cierta ansiedad consciente o inconsciente y esta ansiedad, limita a su vez nuestra capacidad de comprensión. Es al surgimiento de este círculo vicioso al que yo me inclino a atribuir las desviaciones de los sentimientos contratransferenciales normales.

Si el analista se ha perturbado, de hecho ha sido el paciente quien ha contribuido para que esta situación se dé, pero, a su vez, esta perturbación le será devuelta. Así tenemos tres factores a considerar: primero, la perturbación emocional del analista, a la cual éste ha de ser capaz de manejar silenciosamente para poder comprender los otros dos factores: la parte del paciente que ha puesto en marcha esta situación y finalmente el modo de actuar sobre él. Desde luego que esta dificultad se sortea en segundos adquiriendo la contratransferencia el carácter de un delicado aparato receptor. Pero creo conveniente exponer con más extensión el primer factor, como si se tratara de un largo proceso, cosa que, por otra parte, a veces es así.

PAPEL DEL SUPERYO DEL ANALISTA

El grado de perturbación emocional alcanzado por el analista en los períodos en que no comprende, depende probablemente y en primer instancia de otro factor: la severidad de su superyo. El análisis es una forma de trabajo determinada por esa figura interna que, incidentalmente puede estar representada por un paciente exigente. Si nuestro superyo es benévolo y servicial, seremos capaces de tolerar nuestras limitaciones sin experimentar sufrimiento y sin perturbarnos lo que, desde luego, facilitará el restablecimiento del contacto con el paciente. Pero si por el contrario es severo, tomaremos conciencia del fracaso como expresión de persecución o de depresión por culpa inconsciente, o como defensa contra tales sentimientos, recriminaremos al paciente.

La elección de una u otra de estas alternativas me parece determinar algo más también. Porque cuando ese interjuego entre proyección e introyección que caracteriza al proceso analítico se detiene, el analista tiende a quedar fijado en una de esas dos posiciones; según sea lo que haga con su culpa así será la posición adoptada: si acepta la culpa se queda con el paciente introyectado y si lo proyecta, aquél permanecerá en el mundo exterior como una figura incomprendida.

EJEMPLOS DE INTROYECCION Y PROYECCION PROLONGADA

Puede ser visto un ejemplo de introyección, cuando el analista entra en un estado de preocupación indebida, tanto por su comportamiento como por el del paciente en el curso de una sesión que no ha marchado bien. Puede sentirse como si hubiera vuelto a sus viejas dificultades, sintiéndose además físicamente agobiado por su paciente. Solamente cuando es capaz de realizar la separación puede ver lo que no ha comprendido y colocar nuevamente al paciente fuera de él.

A menudo es algo al final de una sesión o de una semana que le hace sentir que ha fallado, que se ha equivocado y entonces experimenta en sí mismo toda la supuesta frustración del paciente. Pero cabe preguntarse si el paciente mismo no ha contribuido a crear esta incomodidad en el analista, si al dejarle sus problemas no resueltos no es un modo de proyectarse para castigarlo y para evitar a su vez la separación temida.

En otras palabras, parecería existir una simbiosis entre la tendencia del analista a prolongar la introyección del paciente, al que no puede comprender o ayudar y la tendencia de éste a proyectar partes de sí mismo, en la forma descrita por Melanie

Klein, en el analista que no lo está ayudando (esto puede ser particularmente perturbador si la ansiedad del paciente está en relación con la necesidad de librarse de su propia destructividad).

En tales casos, la causa última de la lentitud en la comprensión del analista y reproyección del paciente, puede deberse a que éste permanece a la espera de algo que no ha sido capaz aún de aprender a comprender. Si aún fracasa en comprender esto y no puede tolerar la sensación de estar abrumado por el paciente sintiéndolo como una figura irreparable y persecutoria, tiende entonces a re proyectarlo como medida defensiva, dejándolo fuera y separado por una nueva barrera.

Además en esta situación puede darse una nueva complicación, consistente en que al proyectar al paciente, proyecta también aspectos de sí mismo. En este caso el analista podrá tener la oportunidad de explorar aquellos mecanismos de identificación proyectiva que bajo la influencia de Melanie Klein, Rosenfeld y otros han sido tan fructíferos en la investigación de los esquizofrénicos.* No debe sorprender que el descubrimiento de mecanismos patológicos en enfermos mentales, sea seguido por el hallazgo de los mismos, desde luego con menor intensidad, en la mente de personas normales.

Un ejemplo del tipo de proceso que recuerdo, puede ser visto en otra experiencia bastante común del fin de semana. Durante un corto tiempo después de haber terminado el trabajo de la semana, el analista puede estar conscientemente preocupado con algún problema no resuelto de uno de sus pacientes. Luego olvida y el período de preocupación es seguido por una indiferencia que lo priva de sus intereses privados que lo ocupan en sus horas de ocio. Sugiero que esto es debido a que, en fantasía se han proyectado partes de sí mismo en el paciente y debe entonces reencontrarlas al enfrentarse nuevamente con él.

Cuando esta pérdida parcial del “self” ocurre en una sesión, a menudo se experimenta como una pérdida de la potencia intelectual; el analista se siente estúpido. El paciente puede muy bien haber contribuido a esa situación. Quizá frustrado al no obtener una interpretación inmediata, desea inconscientemente castrar a su analista y al tratarlo como si en realidad lo estuviera, hace que éste se sienta castrado.*

Un ejemplo complicado, tomado de mi experiencia, ilustrará el modo simultáneo de operar estos procesos. El tema dominante fue la introyección de un paciente que deseaba proyectarme su enfermedad, experimentando la sensación de que me había robado mi ingenio.

Un paciente neurótico en el cual eran destacables los mecanismos esquizoides y paranoicos, vino a la sesión con una intensa ansiedad porque no había podido trabajar en su oficina. Se sentía con una sensación de vaguedad, como si en realidad no valiera nada.

Recordando una situación en la que se había sentido despersonalizado durante un fin de semana, y durante el cual soñó haber dejado su radar en una tienda, sin poderlo

* Melanie Klein. Ibid. H. Rosenfeld: “Transference Phenomena and Transference Analysis in an Acute Catatonic Schizophrenic Patient” (“Int. J. Psycho-Anal.”, 33, 1952.

* Si es así, el paciente introyecta al analista y entonces queda en un estado de una más desesperada necesidad de ayuda exterior. En esta situación, el analista experimenta la desagradable percepción de que el paciente está exigiendo más de lo que él puede dar en ese momento, conscientemente una buena interpretación e inconscientemente un pene o un pecho que ahora ninguno de los dos siente tener.

recuperar hasta el lunes, pensé que en su fantasía sentía haberme dejado partes de su “self” bueno. Pero yo no me sentía seguro de esto, ni de otras interpretaciones que di.

El, por su parte, las rechazó, incrementándose su rabia, al mismo tiempo que me reprochaba por no ayudarlo. Sobre el final de la sesión, el paciente ya no estaba despersonalizado, pero estaba furioso, a la vez que despreciativo.

Era yo quien ahora me sentía inútil. Cuando eventualmente reconocí, al final de la sesión, que mi estado era semejante al que él me había descrito, sentí el alivio de la reproyección. Pero había terminado la hora.

Vino a la sesión siguiente con el mismo estado de ánimo: enojado y despreciativo. Le dije entonces que él había sentido que me había reducido a un estado de inutilidad y vaguedad, similar al que él experimentaba, y que lo había hecho para ponerme en apuros haciéndome preguntas y rechazando mis respuestas, como lo hacía su padre. Su respuesta fue sorprendente; por primera vez en dos días, quedó tranquilo y pensativo. Luego dijo que se había enojado conmigo porque sentía que mis interpretaciones tenían que ver con mi enfermedad y no con la suya.

Sugiero que, tal como sucede en un film en “ralentisseur” podemos ver con todo detalle lo que, en la situación analítica “normal” sucede muy rápidamente.

Comencé a identificarme introyectivamente con él, tan pronto se acostó y empezó a hablar de su incomodidad. No pude reconocer en seguida que eso tenía que ver con algo que ya había entendido en mí mismo. Por eso se hizo lento el proceso que me permitiera expresarme y aliviarlo. A su vez, el paciente sentíase frustrado al no obtener interpretaciones efectivas, y reaccionó proyectándose su sentido de impotencia mental, al mismo tiempo que se comportaba como si hubiera tomado de mí, lo que él había perdido: el claro y agresivo intelecto de su padre, con el cual atacaba su impotente “self” en mí.

En ese momento, desde luego, era inútil tratar de tomar el hilo que yo había dejado perder. Había surgido una nueva situación que nos afectó a los dos.

Antes que la parte jugada por mi paciente pudiera ser interpretada, fue necesario un silencioso autoanálisis que me permitiera realizar la discriminación entre dos aspectos que parecían muy similares: mi propio sentimiento de incompetencia, que me llevó a perder el hilo de los acontecimientos, y el desprecio de mi paciente por su “self” impotente, que lo sentía en mí.

Cuando me di esta interpretación pude realizar la otra mitad, es decir, al interpretar logré restablecer la situación analítica normal.

De acuerdo con Bion^{*} la capacidad de realizar esta discriminación mucho más rápidamente que en el ejemplo, es un importante uso de la contratransferencia en interés del análisis.

* W. E. Bion: Language and the schizophrenic, cap. 9. En: “New Directions in Psychoanalysis”, 1955. Editado por Melanie Klein, Paula Heinmann y E. E. Money-Kyrle. Constituye un interesante problema la forma en que un paciente logra exitosamente imponer sus fantasías y los afectos correspondientes sobre su analista más que en sí mismo. No creo que necesitemos apelar a ninguna forma de comunicación extrasensorial, pero pienso que puede existir un tipo de comunicación preverbal, arcaico, semejante quizá al usado en los animales gregarios en los cuales, la actitud de llamada, despierta en los demás el efecto correspondiente. En la situación psicoanalítica, una comunicación de este tipo, no es sentida a primera vista como algo que provenga del paciente. El analista experimenta el afecto como una respuesta a algo que se ha producido en sí mismo. El esfuerzo que se realice tenderá a diferenciar entre la contribución del paciente y la propia.

CONTRATRANSFERENCIA POSITIVA Y NEGATIVA

Tomando ahora la contratransferencia en el estrecho sentido de exceso de sentimientos positivos o negativos, la vemos también como el resultado indirecto de frustraciones originadas por la perturbación no comprendida de un paciente, y por la imposibilidad de dar interpretaciones efectivas.

En cuanto al analista, cuyo impulso reparatorio no puede expresarse en su forma normal, puede sentirse inclinado inconscientemente, ya sea a ofrecer cierta forma de amor, o a tornarse hostil con el paciente.

Mientras tanto, el paciente puede estar facilitando el proceso, tratando de provocar uno u otro de estos afectos en su analista, quien es más apto para responder al humor de su paciente, precisamente porque ha perdido su empatía con él.

Si ahora podemos suprimir escrupulosamente ej. exceso de sentimientos, positivos o negativos, el paciente será capaz de sentirlo inconscientemente.

Entonces esta nueva situación, en la que él responde a nuestro humor, tiene que ser interpretada. Si la contratransferencia, por ejemplo, es muy positiva, el paciente puede responder lamentándose de que carecemos de emoción. Nosotros no lo contradecemos, como él puede desear, pero sería apropiado decirle que él cree que nos sentimos atraídos por él y que trata de negarlo para evitar la responsabilidad de la seducción, ya que en ello puede estar involucrado, un temprano modo de conducta.

Cuando niño seguramente sintió inconscientemente que sus caricias turbaban a uno de sus padres, por ejemplo, la madre, y que ésta temería excitarse; entonces la idea de ser rechazado determina un resentimiento durante su vida, de ahí su necesidad de contrarrestar su culpa, por haber tratado de seducirla.

Si la interpretación le muestra la repetición de este "pattern" de conducta en la transferencia, le ayudará a comprender no sólo su actitud hacia el analista, sino hacia sus padres reales.

Pero si no se percibe esta situación y no se la señala con una interpretación efectiva, y en lugar de ello, se le ofrece amor inconscientemente, la situación analítica se alterará en varios sentidos; por ejemplo, el analista puede favorecer la disociación, directamente en su propia mente, e indirectamente en la del paciente: siendo él mismo el buen padre, y los padres reales, los malos.

La consecuencia sería la imposibilidad de que el paciente reconozca su culpa ante ellos, culpa que paradójicamente sería muy grande si ellos fueran realmente malos, en razón de su ambivalencia.

Si esta culpabilidad no es conscientizada en el análisis el paciente no puede superar aquella etapa primitiva, descrita por Melanie Klein como la fase depresiva, en la cual el niño empieza a hacerse consciente, y sufriente por eso, del conflicto entre su odio y su amor.

En cuanto a las actitudes negativas hacia un paciente, las cuales pueden ser el resultado de un fracaso temporario en entenderlo, éstas parecerían surgir especialmente cuando el paciente se convierte en una persecución por ser sentido como incurable.

Entonces, como antes, la triple tarea del analista es, primero: ser consciente de este mecanismo de defensa en él mismo; segundo, la parte que le cupo a su paciente en hacerlo surgir, y finalmente sus efectos sobre él.

Tomando el último punto primero, el tipo de paciente paranoico que mencioné antes quien me odió durante años, y parecía no hacer progresos visibles, puede fácilmente representar nuestros propios objetos malos y persecutorios, de los cuales quisiéramos desembarazarnos. Tales sentimientos nos traicionan en un suspiro de

alivio, después de la última sesión de la semana, o antes de un feriado.

Nuestro primer impulso puede ser contener tales impulsos hostiles, pero si uno no se hace consciente de ellos, puede perderse su influencia sobre el inconsciente del paciente. Por ejemplo, he sentido que las ocasiones en las que el paciente me repudiaba con más violencia que de ordinario seguían, más que precedían, a los momentos en que realmente me hubiera gustado no saber más nada de él.

Entonces mi interpretación de que era él el que se sentía rechazado, tuvo más éxito.

También he notado que, las veces en que tuve consciencia de detestarlo, eran la consecuencia de haber desesperado de ayudarlo. Y empecé a preguntarme si él, por su lado no estaba tratando de hacerme perder la esperanza, y si era así, qué motivos tenía.

Varias cosas parecían estar involucradas, de las cuales quizá la más importante era que, en su fantasía, el mejorar estaba equiparado con la renunciación de un componente homosexual, no reconocido.

Inconscientemente, el paciente deseaba probarme que esto no podría ser. Mientras tanto me atacaba consciente por no curarlo, esto es, por no remover el impulso homosexual, e, inconscientemente, por no satisfacerlo.

CONCLUSION

Si lo que he dicho solamente toca los bordes de un tema sumamente complicado, por lo menos sugiere la posibilidad de aproximarnos a las respuestas de estas preguntas. ¿Qué es contratransferencia normal? ¿Cómo y bajo qué circunstancias se altera? ¿Y cómo pueden corregirse estas alteraciones para asegurar la continuidad del análisis?

Los móviles del analista resultan de una mezcla de curiosidad, impulsos reparadores y sentimientos parentales. Su equipo para operar consiste en el conocimiento teórico del inconsciente y de las adquisiciones personales, logradas en su propio análisis.

Pero es a este segundo punto al que le corresponde mayor atención en este trabajo, es decir, con el "insight" del analista, ya que, de él depende su capacidad para identificarse con su paciente, y aplicar así el conocimiento de su inconsciente, que le va a permitir actuar sobre la conducta de su enfermo, mediante la interpretación.

Cuando todo se desarrolla bien, esta identificación parece oscilar entre la introyección y la proyección. El analista incorpora el estado mental de su paciente, a través de las palabras que oye y de las actitudes que observa, y los reconoce como modos de expresión de su propio mundo inconsciente de fantasías, re proyectándolas en el momento en que formula la interpretación.

En esta fase puede experimentar un sentimiento de ayuda comprensiva que satisface su curiosidad y sus necesidades de reparación.

En cierto grado su interés es también de carácter paternal, porque para el padre, el niño es su temprano "self" y es con el niño que hay en su paciente con el que el analista está más interesado. El sentirse en relación con él, es lo que determina la empatía de esta situación de contratransferencia "normal".

Lo que asegura la progresión del proceso analítico está precisamente basado en el hecho que con cada incorporación de las emociones del paciente va pudiendo dar expresión a sus propias fantasías inconscientes. Y lo que produce la detención es la interrupción de la comprensión.

La causa de este fracaso puede ser algo todavía temido, por no haber sido completamente comprendido, dentro del analista, a lo cual el paciente se ha acercado demasiado.

Pero el resultado parece no necesitar más que una lentificación del proceso analítico, para observarnos mejor, y separar así las fases.

Esto sucede particularmente cuando es la primera, o sea la fase introyectiva, la que se ha enlentecido. El analista entonces se siente agobiado por su paciente, tanto como por las partes inmaduras de su propio "self". Tiene que hacer más lentamente, lo que en otras ocasiones puede hacer en seguida; conscientizar sus propias fantasías, reconocer sus causas, separar las del paciente de las propias, y así, objetivarlo de nuevo.

Pero el analista puede también tener que enfrentarse con otros dos factores, los cuales están menos en evidencia cuando el proceso marcha rápidamente. Estos son: la contribución del paciente, en particular su uso de la identificación proyectiva a las perturbaciones emocionales del analista, y el efecto que éstas, a su vez, tienen sobre el paciente.

Puede ser, sin embargo, que el analista no consiga ordenar todo esto dentro de sí mismo, antes de re proyectar al paciente, como algo no entendido, o extraño, en el mundo externo. Entonces, como sus impulsos reparativos no pueden encontrar salida en interpretaciones efectivas, puede ser llevado a caer, en alguna forma de reaseguramiento. O si ha dejado de confiar en sus poderes reparativos, puede defenderse contra la depresión, sintiéndose enojado con su paciente.

En ambos casos su intuición lo ha dejado temporariamente así que, cualquier interpretación que haga puede estar basada solamente sobre sus conocimientos teóricos, los cuales serían un estéril sustituto de una combinación fructífera de ambos.

Si fuéramos analistas omniscientes, la única contratransferencia que podíamos experimentar sería aquella perteneciente a los períodos intuitivos, cuando todo marcha bien. En efecto, los estados menos satisfactorios que he tratado de describir, en los cuales nuestros sentimientos están, por lo menos en algún grado, perturbados, probablemente toman mucho más tiempo analítico de lo que recordamos o estamos dispuestos a admitir.

Sin embargo, es precisamente en ellos que el analista, analizando silenciosamente sus propias reacciones, puede aumentar su insight", disminuir sus dificultades, y aprender más acerca de su paciente.

Traducido por
Vida M. de Prego y Luis E. Prego Silva