

Notas acerca de la Transferencia Contratransferencia

Raquel Morató de Neme *

Resumen

Se trata de mostrar como la transferencia-contratransferencia se dan conjuntamente dentro del proceso analítico. Se toma el concepto de sociedad y mutualidad para dar cuenta de la relación analista-paciente, quedando relegada la imagen del analista como espejo. Se plantea la necesidad de reconocer la contratransferencia lo antes posible, especialmente con pacientes perturbados para que no interfiera en el proceso analítico. Se presentan dos pacientes para intentar comprender la interacción analista-paciente.

Summary

We have tried to examine how transference-countertransference are both part of the analytic process. The concept of society and mutuality are taken to account for the relation analyst-patient while the image of the analyst is a mirror is abandoned. The need to recognize countertransference as soon as possible, specially with severe patients. In order that it will not interfere with the analytic process is stated. Two patients are presented to analyse the interaction between analyst and patient.

Todos estamos de acuerdo que el instrumento principal de nuestras intervenciones psicoanalíticas es reconocer la transferencia así como el interpretarla en el momento oportuno. El concepto expuesto por Freud en sus trabajos técnicos ha sido ampliado. Así la Psicología del yo, ha añadido a la lista de transferencias observables aquellas de

* Tomás Diago 713 - Montevideo - Uruguay

las transferencias narcisistas: especular, gemelar e idealizadora. En tanto que se conoce más acerca de *estas* transferencias específicas, propias de pacientes con perturbaciones narcisistas, el problema se centra más sobre la técnica apropiada del tratamiento: encuadre clásico y/o introducción de parámetros en el sentido de la aplicación del psicoanálisis.

Tomando el concepto de transferencia de Sandler (Sandler, J. y col. 1973): “La transferencia es una ilusión específica que se desarrolla con respecto a otra persona, quien, desconocida por el sujeto, representa en algunos de sus rasgos, una repetición de una relación con una figura importante del pasado de la persona. Debe ponerse en relieve que el sujeto debe sentirlo, no como una repetición del pasado, sino como estrictamente adecuado al presente y a la persona particular

del analista. Por otro lado la transferencia no debe restringirse necesariamente a la percepción ilusoria de otra persona sino que puede incluir los intentos inconscientes (y con frecuencia sutiles) de manejar o provocar situaciones con otros que constituyen una repetición oculta de experiencias y relaciones más tempranas”.

En realidad, muchas veces estos intentos no son tan inconscientes y la finalidad última consiste en tratar de romper la neutralidad del analista para hacerlo actuar como objeto real.

En la actualidad numerosos analistas (Blum. H. 1986), (Abrams, S. 1989). (Goldberg, A. 1989) hablan de la relación analista-paciente como de una sociedad, una mutualidad, quedando relegada la imagen del analista como espejo. Lo importante es teorizar como en esta relación el paciente y el analista se relacionan uno con el otro.

Es por esta razón que se habla de transferencia-contratransferencia en el sentido que no se puede ver una separada de la otra, en tanto que ambas se dan conjuntamente en el proceso analítico.

De un punto de vista histórico fueron primeramente descritas tanto la transferencia como la contratransferencia como impedimentos en el progreso analítico y por lo tanto tenían que ser reducidas o eliminadas. Si bien esta concepción se sigue manteniendo, en especial respecto a la contratransferencia, se reconocen hoy día como fenómenos intrínsecos de la vida psíquica. La idea es que por el contrario deben ser reconocidas lo más rápido posible en el tratamiento, para promover la comprensión analítica.

Freud habló explícitamente de la contratransferencia en dos artículos (Freud, S. 1910, 1915). En el primero la definió como: “el resultado de la influencia del paciente

sobre los sentimientos inconscientes del analista” por lo que era necesario el autoanálisis para reconocerlos y lograr la efectividad del tratamiento. Dos años más tarde (Freud, S.) recomendó el análisis del propio analista para evitar en lo posible, Los problemas de la contratransferencia.

En el segundo trabajo en que menciona directamente la contratransferencia (Freud, S. 1915) se refiere a como la transferencia del paciente influye en el analista y como resultado de esta contratransferencia no controlada se llegaba a la ruptura de la neutralidad analítica. Mientras que en el primer trabajo Freud se centró más que nada en el impacto del paciente respecto al inconsciente del analista, en el segundo se refirió a los sentimientos conscientes del analista acerca de su paciente y el peligro de la pérdida de la neutralidad analítica.

A partir de la década del 50, la creciente cantidad de trabajos que se han ocupado de la importancia del fenómeno clínico de la contratransferencia han llevado a la ampliación del término más allá de la primera definición de Freud. En este sentido se ha llevado a cabo un proceso similar al que sucedió con el concepto de transferencia.

De los sentimientos inconscientes que afectaban al analista a partir de las reacciones del paciente se incluyeron también los sentimientos conscientes del analista y sus reacciones para con el paciente. También el concepto se amplió de que no solo eran fenómenos contratransferenciales las reacciones neuróticas del analista con un determinado paciente o con algún aspecto de éste, sino que ahora incluía todo tipo de sentimientos hacia cualquier paciente. Otra área de Investigación se centró alrededor de qué mecanismos eran los que se ponían en juego, así como era reconocida por el analista su presencia y efectos y además si estos últimos constituían una ayuda o un impedimento respecto al proceso analítico.

Un punto en que todos los analistas están de acuerdo es el de la importancia del reconocimiento y manejo de la contratransferencia en pacientes muy perturbados (Searles, H.F. 1965; Kemberg. O. 1976; Boyer, L.B. 1978; Little, M. 1981; Tyson, R 1986). En general son pacientes cuyos problemas están centrados en las relaciones de objeto temprana con la diferenciación sujeto-objeto en los que por momentos los fenómenos de transferencia y contratransferencia se pueden volver indistinguibles unos de otros. Ya no se trata de dos personas en el campo analítico sino que se han perdido momentáneamente los límites entre uno y otro. Loewald, H. 1986, señala siesta situación tan peligrosa no ha llevado a hablar de una “ausencia de transferencia” en las psicosis así como de la inaccesibilidad de estos pacientes para el psicoanálisis.

Es así que se podría plantear que la “verdadera” contratransferencia existiría sólo

cuando el analista se siente muy incómodo en el curso del tratamiento de estos pacientes tan perturbados y que no tendrían tanta importancia en aquellos pacientes que han accedido a un nivel más edípico de funcionamiento. Podríamos llegar al extremo de plantearnos si no sería meramente incidental en el análisis de neuróticos. No estamos para nada de acuerdo con este planteo ya que como se señaló anteriormente los fenómenos de transferencia-contratransferencia están intrínsecamente ligados a la relación analista-analizando.

A continuación presentaremos dos ejemplos de pacientes diferentes en donde trataremos de comprender e intentar buscar explicaciones respecto a lo sucedido dentro de la situación analítica.

La primera de las pacientes se trata de una profesional de 30 años que llevaba varios años de análisis 4 veces por semana. Nos veíamos los martes, miércoles, jueves y viernes. Durante tres semanas consecutivas al finalizar la sesión del martes en lugar de despedirme de ella diciéndole “hasta mañana” le decía “hasta el martes” sin que me diera yo cuenta del lapsus. A la tercera vez la paciente me dijo sonriendo: “Me parece que tiene ganas de verme sólo una vez por semana” Le di la mano muy asombrada — pensaba que tenía una buena relación con ella y que el análisis estaba marchando— me quedé pensando al respecto y lo llevé a mi propio análisis.

La segunda de las pacientes se trata de una estudiante de 26 años que consultaba por una ligera depresión después de un desengaño amoroso e incertidumbre respecto a sus estudios. Convinimos en trabajar 3 sesiones semanales en diván A partir de las dos o tres semanas de iniciado el tratamiento comenzó a darse vuelta y mirarme cada vez que le hacía algún señalamiento Le comenté qué era lo que la llevaba a mirarme y me contestó que necesitaba saber que yo la estaba mirando cuando le hablaba como continuaba dándose vuelta y llegó a plantear que estaría más cómoda trabajando sentada, accedí rápidamente a una terapia cara a cara ya que me sentía sumamente molesta con su comportamiento de dar vuelta la cabeza y mirarme fijamente cada vez que yo hacía alguna intervención.

En el primer caso hice un lapsus en que no me di cuenta hasta que la paciente me lo señaló. En aquel tiempo me había hecho alusión a un familiar de ella que estaba vinculado a actividades delictivas y comentaba de sus “hazañas”. Me había sentido angustiada y traté de “olvidar” y como a su vez la paciente traía material muy rico respecto de sus propios conflictos (en este momento había iniciado una relación de pareja. después de varias elecciones poco felices, con el que más tarde fue su marido, no le di más importancia a estos comentarios de su pariente. Se ve que esta situación me

conmovió más de lo que creí en un principio porque cuando ella me dijo que si la quería ver nada más que una vez por semana pensé que tenía razón e inmediatamente asocié con estos comentarios e incluso empecé a sentirme perseguida.

En el segundo ejemplo, conscientemente me sentí molesta con la paciente. Inmediatamente accedí a su pedido sin intentar analizar lo que estaba sucediendo. Predominaba la incomodidad y el deseo de terminar con esta situación. A esto se sumó a que comenzó a llamarme por teléfono los días en que se sentía angustiada y deprimida: “Con solo escuchar su voz me siento mejor”. Me sentía incapaz de decirle que no me llamara por teléfono o que sólo la veía los días estipulados. Pero accedí a contestar el teléfono y al mismo tiempo me daba rabia. Así fue que comencé a estudiar sobre los pacientes borderline o fronterizos y ver que el encuadre y la técnica difería de aquellos otros pacientes que se manejaban a un nivel más neurótico. De todos modos quedaba la molestia o la rabia por explicar. Supervisando la paciente pudimos plantearnos la hipótesis que me había sentido engañada, que en las entrevistas se había presentado como una paciente más neurótica, aunque en el momento actual pienso que si hubiera investigado más a fondo ciertas áreas de funcionamiento de la paciente (episodios de bulimia, interés excesivo por las dietas de adelgazamiento, cambios frecuentes en relación a sus trabajos) habría llegado a otro diagnóstico. Si este hubiera sido el caso tal vez la habría derivado, no tanto por la conflictiva sino por el manejo técnico. Resulta cansador tener más de una paciente frente a frente.

Con respecto a esta última paciente mis reacciones contratransferenciales habrían estado muy aumentadas por su propia patología. Si bien los pacientes fronterizos tienen una serie de características y presentan un amplio espectro a nivel de síntomas y conductas, históricamente encontramos que han tenido relaciones tempranas perturbadas (Jawetz, I. 1966). Kernberg (1976) los define como que si bien han alcanzado una diferenciación self-objeto y por lo tanto tienen una prueba de la realidad relativamente adecuada, sus objetos internos y su propio self se hallan clivados en múltiples representaciones lo que explicaría su fijación defensiva a un nivel de falta de self y del superyo. Del punto de vista psicodinámico Val, E. y Gaviria M. (1984) conceptualizan el síndrome border como: “una perturbación etiológicamente heterogénea en la regulación primaria del self”.

En cuanto a la terapia de preferencia es la psicoterapia de orientación analítica cara a cara ya que este encuadre más estructurado así como la confrontación con la realidad disminuyen la posibilidad de una desintegración psicótica. En cuanto a la transferencia la temprana relación con los padres omnipotentes así como con la madre intensamente

ambivalente se transfiere al terapeuta provocando problemas contratransferenciales que complican el tratamiento. En cuanto a la cuestión relativa del grado en que debe permitirse la gratificación de la necesidad es Inacabable.

Si bien el aprender más a fondo la personalidad border me permitió comprender mejor a esta última paciente, queda en pie el problema de las dificultades transferenciales-contratransferenciales y *su manejo* que presentan determinados pacientes a determinados analistas. Nos preguntamos si tanto el autoanálisis como el propio análisis, el reanálisis, las supervisiones así como las teorías a las que nos adherimos con el fin de comprender un poco más a nuestros pacientes darían cuenta de estas dificultades y las solucionarían o si no hay que continuar investigando en esta área de interacciones analista-paciente.

Bibliografía

Abrams, S. (1989) Ambiguity in excess: an obstacle to common ground, *Int. J. Psychoanal.* 70: 3-7.

Blum, H. (1983) Diez años de psicoanálisis en USA (1973-1982) Margaret Nahler. Otto Kernberg y otros

Blum, H. (1988) Countertransference and the theory of technique: discussion. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 34: 309-327.

Boyer, L.B. (1966). Psychoanalytic treatment of borderline states in young and middle-aged adults. *Relatos de mesas redondas sobre estados fronterizos: revisión del concepto y sus aplicaciones. Rev. Arg. de Psicoanal.*

Freud, S. (1910) The future prospects of psychoanalytic therapy, *S.E.* 11141-151.

Freud, S. (1912) Recommendations to physicians practicing psychoanalysts. *S.E.* 12.

Freud, S. (1915) Observaciones on transference love. *S.E.* 12.

Goldberg, A. (1989) A shared view of the world. *Int. J. Psychoanal.* 70: 16-20.

Jawets, I. (1966) "Borderline states", diagnóstico y tratamiento en adultos. Mesa redonda ya citada.

Kernberg, O. (1976) Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. *Paidós*, 1979, 73-106.

Little, M. (1958) Psychotic transference. *Int. J. psychoanal.* 39: 134-142

Leowald, H.W. (1986) Transference-countertransference *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 34: 275-287.

Searles, H. F. (1976) La terapia psicoanalítica en pacientes esquizofrénicos en el contacto de la práctica privada. *Rev. de la Asoc. Psicoanal. de Bs. As.* 111: 69-79, 1981.

Tyson, R (1986) Countertransference: evolution in theory and practice. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 34: 309-328.

Val, E. y Gavia, M. (1984) Trastornos de la personalidad borderline. Fotocopia entregada por el Dr. Val personalmente.