

LA CONTRATRANSFERENCIA EN LA CLÍNICA ACTUAL

María Elena Sammartino¹.

RESUMEN

En las últimas décadas se ha desarrollado un pensamiento clínico freudiano que da fundamento al análisis de pacientes no neuróticos. La disposición contratrtransferencial del psicoanalista se ha modificado especialmente. Así, Freud decía que nunca debemos dejar que nuestros neuróticos nos vuelvan locos, en tanto que, casi un siglo después, decía A. Green que para analizar el funcionamiento limítrofe se hace necesario el pensamiento loco del analista. Teoría y técnica han dado más libertad al psicoanalista para dar cabida a sus asociaciones conscientes o preconscientes y para poner a consideración del estudio de su contratrtransferencia la irrupción de sensaciones, imágenes o ideas inesperadas. La mente del analista se ofrece como continente para dar sentido y significado a los afectos impensables, a los traumas no representados. Se trata de algo inconsciente inédito que surge cuando la atención flotante y la asociación libre no dejan un resto significante y la antesala de la repetición del acto puede empujar la capacidad de ensoñación del analista hasta acceder a las trazas de un pensamiento no pensado.

PALABRAS CLAVE: Contratrtransferencia, representación, figurabilidad, simbolización, técnica.

ABSTRACT

In the past decades a clinical Freudian line of thought has developed which lays the foundations for the analysis of non-neurotic patients. Above all, the psychoanalyst's counter-transference disposition has been modified. While Freud said in 1911 that we must never allow our poor neurotics to drive us mad, almost one century later, A. Green says that in order to analyze borderline functioning, it is necessary to take into account the analyst's mad thinking. Theory and technique grant the psychoanalyst more freedom to leave room for his/her conscious or preconscious associations and to take into consideration the irruption of unexpected feelings, images or ideas in the study of his/her countertransference. The analyst offers his mind as a container in order to give meaning and sense to unthinkable affects, to non-represented traumas. It is a question of something unconscious and unknown that arises when the free-floating attention and free association do not leave a meaningful remnant and the forerunner of the repetition of the act can give an impetus to the analyst's capacity for reverie until traces of an unthought thought can be made accessible.

KEYWORDS: Countertransference, representation, figurability, symbolization, technique. **LA**

¹Correspondencia: María Elena Sammartino. Carrer del Putget, 81, 08023 Barcelona
Email: melenasam@hotmail.com

CONSTRATRANSFERENCIA EN LA CLÍNICA ACTUAL ¹

La función analítica [...] requiere una capacidad de imaginar en resonancia con movimientos afectivos indecibles, de desligar y religar las propias ocurrencias para dar figurabilidad a impulsos sarcásticos, a escenas tan repetidas como impensables. A. Green (2001)

Freud introduce la contratransferencia en la teoría en 1910 en *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*. La describe como la respuesta emocional del analista a los estímulos que provienen del paciente y que influyen en los sentimientos inconscientes del médico. Desde esta perspectiva, la contratransferencia es un obstáculo que puede provocar una distorsión en la escucha del analista e incluso favorecer transgresiones a la neutralidad y la abstinencia. Las emociones y colusiones originadas en la contratransferencia requieren ser vencidas y removidas a través de un intenso trabajo de autoanálisis que localice los puntos ciegos del analista.²

40 años más tarde, Heinrich Racker (1948), en Buenos Aires, escribe un extenso estudio donde la contratransferencia deja de ser exclusivamente un resto neurótico del analista para convertirse también en un instrumento para el conocimiento del inconsciente del analizado. En la misma época, Paula Heimann, en Londres, teoriza la contratransferencia como el conjunto de las emociones que el analista experimenta hacia su paciente. Estas emociones son una creación del paciente y provienen de su inconsciente. La contratransferencia es consecuencia de un deseo inconsciente del paciente de comunicar al analista los afectos que no puede reconocer ni verbalizar y, por lo tanto, sólo puede inducir en el otro.

Especial mención merece la contribución realizada por Willy y Madeleine Baranger (1969) quienes desarrollaron en los años 60 una concepción que ha ido ganando terreno en el psicoanálisis actual: paciente y analista forman parte de una situación analítica que se estructura como un campo dinámico bi-personal. Su expresión es la fantasía inconsciente que elabora conjuntamente la pareja analítica.

¹ Reelaboración de un artículo más extenso publicado en la revista *Intercambios, Papeles de Psicoanálisis* n° 35, noviembre 2015.

² Carta de Freud a Ludwig Binswanger del 20 de febrero de 1913: “El problema de la contratransferencia que usted evoca es uno de los más difíciles de la técnica psicoanalítica. Teóricamente es, pienso, más fácil de resolver. Lo que se da al paciente no debe ser jamás un afecto espontáneo, sino que debe ser siempre conscientemente expresado, en mayor o menor grado según las necesidades. En ciertas circunstancias es necesario dar mucho, pero nunca nada que haya surgido directamente del inconsciente del analista. Para mí esta es la regla. Hay que reconocer y superar cada vez la contratransferencia, para ser libre uno mismo.”

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX, la escuela inglesa realizó muchas contribuciones al uso de la contratransferencia en el análisis. Las corrientes freudianas, en cambio, mantuvieron la contratransferencia bajo sospecha y sostuvieron la neutralidad afectiva del analista. En línea con la disposición analítica de Freud, el modelo contratransferencial paternosiguió siendo predominante (Urtubey, 2001) hasta los años 70. En las últimas décadas, los desarrollos teóricos postfreudianos que parten del estudio de las patologías no neuróticas han conducido hacia una posición contratransferencial predominantemente materna. Los aportes de Winnicott (1971a, 1971b) el estudio del trauma precoz y en general de los fallos en el mundo simbólico han favorecido una disposición a recibir y contener los afectos, significar las emociones y representar las vivencias pulsionales. Analista y paciente trabajan conjuntamente en la tarea de tejer el entramado psíquico. La asociación libre gana terreno como instrumento no sólo de la transferencia, sino también de la contratransferencia.

Ya en 1972, André Green había planteado una bella analogía entre el trabajo analítico actual y el juego del Squiggle (Garabato). Freud comparó la situación analítica con el ajedrez. En cambio, Winnicott (1971 b), en su trabajo con niños, jugaba al juego del Garabato que consiste en que cada participante trace por turno un garabato, modificado a continuación por el otro, que lo convierte en una figura significativa. El primer trazo, espontáneo, expresivo, dice Green, está movido por la pulsión.

¿Qué otra cosa hacemos en el análisis de los casos difíciles? La bella claridad del juego de ajedrez, que se desarrolla a la luz del día, está ausente aquí. En cambio, nos encontramos en una noche encapotada donde se desatan relámpagos y truenos. El sentido no emerge completo como Afrodita en las ondas del mar. A nosotros toca reconstruirlo (Green, 1972, p.321).

El sentido no es descubierto sino creado, ya que sólo era un sentido virtual, un sentido potencial que es convocado a existir por el encuentro entre dos discursos, a través del objeto analista, con miras a construir un objeto tercero, simbólico, el objeto analítico.

La implicación de la contratransferencia del analista en la construcción del objeto analítico es innegable, aunque sus potencialidades elaborativas no estén todavía suficientemente pensadas en el marco teórico postfreudiano. El analista de hoy se siente autorizado a desarrollar su creatividad contratransferencial en la singularidad de la escucha de cada paciente. El límite a su imaginación lo pone el autoanálisis de su contratransferencia, parte sustancial del encuadre interno del analista, fuente de la diferenciación entre lo que es propio y lo que aporta el paciente al trabajo analítico.

1. LA DISPOSICIÓN CONTRATRANSFERENCIAL DEL ANALISTA

André Green (1974) ha propuesto una concepción de la contratransferencia que se fundamenta en el núcleo primitivo del desarrollo psíquico, el par pulsión-objeto, sobre el modelo winnicottiano. En el origen, la pulsión movida por su empuje inviste al objeto, agente de la vivencia de satisfacción. El encuentro podrá desembocar en una experiencia placentera que vectorizará el empuje pulsional hacia el objeto o podrá resultar fallido ya que el objeto tiene en esa situación un rol activo, anticipatorio del deseo del niño. La disponibilidad fantasmática del objeto puede coincidir o no con lo esperado y por consiguiente la satisfacción dependerá de la calidad de ese encuentro. Del lado de la madre, el resultado está vinculado a las características del holding, a su disponibilidad para la identificación con las necesidades de la criatura y la recepción de sensaciones y afectos; del lado del niño, el resultado depende de su capacidad para utilizar su vida fantasmática al servicio de compensar las decepciones de la experiencia. Lo que está en juego en este diálogo asimétrico

entre la vida pulsional de la criatura y el objeto en función materna, es la creación de objetos transicionales y la apertura del mundo simbólico, o la tendencia del psiquismo a desbordarse o disgregarse. Decía Green que el funcionamiento psíquico del analista es comparable con la actividad fantasmática de ensoñación (Bion, 1975), que es naturalmente una parte del holding, que “Frente a la descarga difusa del paciente que se despliega en la superficie de manera invasora el analista responde, al tiempo que se vale de sus cualidades de empatía, con un dispositivo de elaboración” (Green, 1974, p. 76), que permitirá inscribir una experiencia no habida. “La respuesta por la contratransferencia, es la que habría debido sobrevenir por parte del objeto” (Green, 1974, p. 76). Así es que el analista se dejará impactar afectivamente e incluso corporalmente por las emociones difusas, angustiosas, asfixiantes, de su paciente fronterizo. Formas en los límites de la figurabilidad, sensaciones envolventes, podrán invadirlo requiriendo de su parte un trabajo mental intenso a la búsqueda de una significación, una metáfora, una definición comunicable primero para sí y luego, para su paciente.

Considero que la contratransferencia jugará un rol importante en estos procesos de significación de los afectos, pero también aportará su saber inconsciente para definir el cuándo y el cómo de la comunicación al paciente, la distancia y la forma tolerable para ese paciente, aquel día.

30 años más tarde, Green (2003) seguía considerando la contratransferencia como un instrumento útil al servicio de representar lo no representado en el paciente, en particular las huellas no significadas de las experiencias traumáticas preverbales. Frente al trauma infantil precoz y los fallos en el acoplamiento primario entre la pulsión y el objeto:

la contratransferencia del analista debe despertarse y descubrir, a través de una receptividad hipersensible, las huellas que tales experiencias dejaron en la infancia. Estas experiencias fueron después superadas y sólo siguen siendo perceptibles sus cicatrices, que pueden reabrirse en cualquier momento (Green, 2003, p. 91).

Para acercarnos más vivamente a esta vertiente del tema de la contratransferencia en el análisis actual, expondré el trabajo de una joven analista en el que se puede observar el uso de la contratransferencia como instrumento al servicio de la construcción psíquica del paciente, aportando figurabilidad a las experiencias traumáticas vividas y no representadas en la primera infancia. El material permite visualizar también cómo la contratransferencia actualiza la patología no resuelta de la terapeuta. Ambas acepciones han tenido y tienen un largo recorrido teórico.

El material proviene de un trabajo realizado en el año 2000 sobre el tema de la supervisión. Corresponde a un apartado en el que se estudia la implementación terapéutica de aspectos narcisístico-fusionales del analista.

Clara tiene 32 años. Ha conseguido una formación sólida apoyada tanto en el estudio como en la supervisión y en el análisis que realiza desde hace varios años. Es evidente en el trato con ella una lucha permanente contra sus tendencias fóbicas que le confieren un aire de timidez, pero que no llegan a inhibir la clara expresión de sus pensamientos y de su visión -nunca mejor dicho- de cada uno de sus pacientes. Desde los primeros encuentros en torno a un material clínico, me impresiona por su intuición con respecto a los procesos inconscientes de sus pacientes, intuición que evidentemente no se origina en la experiencia previa. El tipo de angustias que le despiertan sus pacientes permiten detectar, al cabo de un tiempo, que la visión de ciertos procesos escondidos se apoya en sus tendencias narcisistas fusionales y en una gran porosidad de su piel psíquica que es fácilmente atravesada -y a veces inundada- por las proyecciones ajenas. En esta situación, Clara queda perdida, confundida con el otro. Así le ocurría con la paciente A que se dedicaba a “salvar” indigentes, alcohólicos, drogadictos y

prostitutas dedicándoles su tiempo, su casa y sus angustias al mismo tiempo que abandonaba a sus propios hijos. La paciente A repetía con estos desgraciados sus intentos fracasados de salvar a su propia madre en la infancia y sustentaba su organización narcisista en esa imagen heroica y sufriente de sí misma. Clara no dejaba de interpretarle la reactualización de las vivencias traumáticas infantiles (que consideraba enmarcadas en un intento de A de ligar la pulsión de muerte a través de la repetición), al mismo tiempo que con su actitud continente buscaba generar una experiencia vital que contribuyese a restaurar la organización narcisista de la paciente. Pero Clara no podía evitar –al mismo tiempo– la puesta en acto de su propia organización narcisista, movilizada por A, y solía funcionar como doble especular de la paciente: ambas sufrientes y salvadoras, admirándose mutuamente, sostenían fusionalmente su narcisismo.

Pero Clara sabía que algo no funcionaba en aquel análisis, creía que debía sostener la frágil autoestima de A, pero se daba cuenta de que el tratamiento se encontraba atascado desde hacía tiempo y que el abandono de los hijos desdecía la bondad de A. Cuando pudo deshacerse de su lugar de doble especular, el análisis pudo continuar su marcha.

Fue a raíz de la paciente B, supervisada a lo largo de varios años, que se pudo dar a sus tendencias narcisistas fusionales y a la captación del otro por identificación, un papel instrumental de gran riqueza sostenido en la creciente capacidad de Clara para detectar sus confusiones con el paciente y diferenciarse de él (en lo que debe haber cumplido un rol importante su propio análisis).

La paciente B era una borderline con marcadas y múltiples escisiones yoicas. Las distintas corrientes psíquicas se escenificaban con rapidez y sin solución de continuidad en las sesiones, desconcertando a la terapeuta y colocándola en una situación de permanente amenaza. Así, cuando la paciente B entraba a sesión con expresión dulce e infantil diciendo, por ejemplo, “qué miedo tenía de que no estuvieses aquí, esperándome...” y permitía durante un breve lapso la apertura de sus deseos e historia infantil, pronto producía un cambio sorpresivo y comenzaba a acusar, agredir y despreciar a la terapeuta en una actitud de abierta paranoia.

Un día Clara llegó a la supervisión demudada. Estaba francamente asustada, había tenido una vivencia siniestra con esta paciente: B había llegado a la sesión con aire indefinido y fríamente amable; después de cerrar la puerta, Clara giró para dirigirse a su sillón y en ese momento “vio” como B se sentaba en la butaca de ella en el escritorio y cogía un lápiz. Fue una visión breve pero muy real que dio paso a la otra realidad: la paciente B se encontraba en su lugar habitual y al cabo de un minuto de silencio comenzó a hablar tranquilamente para relatar que había estado haciendo de terapeuta de un amigo y que había sabido ayudarlo mucho. Su amigo estaba muy agradecido. Clara, impresionada, pudo reponerse y decirle que tal vez deseaba ocupar su lugar. B lo negó con rotundidad y llegó a enfadarse agitadamente. Finalmente recordó un pensamiento fugaz del día anterior en el que ella consideraba ser una gran terapeuta y no como Clara, que no debía tener ni idea ya que era incapaz de ayudarla. Acabó afirmando que es ella la que debiera estar ocupando la butaca del psicólogo.

El ver confirmada su visión anticipatoria despertó el pánico en Clara, temía estar loca: de tanto en tanto le ocurría el hecho de imponérsele una imagen en relación a un paciente.

Después de conversar largamente en la supervisión, ambas tuvimos la serena convicción de que ella podría llegar a poner al servicio de la intelección de las vivencias escindidas de sus pacientes más severos estas imágenes que se le imponían y que, postulamos, debían proceder de las áreas psíquicas menos simbólicas del paciente.

Tiempo más tarde, la paciente B llega a la sesión con un cierto retraso y con expresión de gran enfado, cosa que era frecuente. En el momento en que pasa a su lado, Clara “ve” la sombra de una anciana muerta o moribunda apoyada sobre el hombro de B. Apenas comenzar la sesión

la paciente ataca y desvaloriza a Clara, le dice que no es capaz de hacer nada por ella. Clara entonces le explica que ha imaginado que ella llevaba una anciana muerta o moribunda sobre sus espaldas y le pregunta si esa imagen le resulta significativa. Curiosamente B se calma, dice que su madre no es, ya que su madre es extremadamente activa, no para un momento, siempre está enfadada y gritando.

Al cabo de un rato B empieza a llorar amargamente y no sabe el porqué. Luego comienzan a agolparse en su mente imágenes difusas, oscuras y tristes en las que aparece su madre en la cama, callada y con los ojos abiertos a veces y otras veces cerrados.

¿imágenes antiguas, sin representación, de una madre muerta, moribunda?

Las imágenes y las preguntas se sucedieron en las sesiones y el deseo de saber llevó a B a conocer las severísimas depresiones que vivió su madre a lo largo de su primer año de vida, que coincidió con el duelo por la muerte prematura de la abuela materna.

El análisis de la paciente B dio un vuelco importante a partir de entonces.

Clara, a su vez, logró transformar sus intuiciones acerca de las vivencias escindidas de los otros, sustentadas en sus tendencias narcisistas fusionales, en un instrumento de gran valor para el trabajo con pacientes gravemente perturbados, en los que la renegación y las carencias representacionales producen un psiquismo en cortocircuito, con profundos agujeros en la trama simbólica que sólo puede ser restaurada con la asistencia de otro psiquismo (Sammartino, 2000, p. 7).

Hasta aquí el texto del año 2000. En aquel momento, fue posible ayudar a Clara a transformar sus formas de captación inconsciente del otro en un instrumento al servicio del análisis porque varios autores me habían despertado en los años previos un inmenso interés por el aporte que la contratransferencia, en un sentido amplio, podía ofrecer al trabajo con pacientes difíciles, no-neuróticos. Hacemos propia la idea de Green (1972) expresada en el Espacio potencial en psicoanálisis de que la contratransferencia incluye no sólo los efectos emocionales de la transferencia o la capacidad de recepción inconsciente del analista, sino también “el funcionamiento mental de éste, incluyendo sus lecturas e intercambios con colegas” (Green, 1972, p.324), que según creemos, determinan la disposición contratransferencial del analista y sus formas de escucha. “No vemos ni oímos sino lo que estamos preparados para ver y oír” (Green, 1972, p.325).

Las ideas de César Botella (1997, en colaboración con Sara Botella), en torno al trabajo de figurabilidad resultan de gran interés. Confrontado a un trauma negativo, no representado y desorganizado en el paciente, Botella propone que el analista abandone su escucha flotante y acepte que se produzca en él una escucha regrediente que facilite alcanzar una calidad casi alucinatoria, una regresión formal del pensamiento en el que las representaciones de palabra sean elaboradas bajo una forma sensorial figurable. Ese trabajo de figurabilidad será eficaz si su contenido manifiesto da sentido, coherencia creadora, a los elementos conscientes e inconscientes dispersos.

Personalmente pensamos que ese estado de regresión operatoria puesta al servicio de las vivencias no representadas que retornan en actos, desorganización o estados afectivos invasores, tendrá manifestaciones muy diversas según las características del analista, incluidos sus intereses y su capacidad creadora. La edad del paciente y su personalidad serán determinantes también para que de la mente disponible del analista surjan imágenes o frases, un poema, un olor o un cuento que abran el camino de la ligazón psíquica.

Otro autor, Norberto Marucco (2007), ha trabajado también la función de la mente del analista confrontado a la repetición de lo arcaico, a las manifestaciones de lo no representado y potencialmente traumático. Al estudiar los pasajes al acto y las manifestaciones psicósomáticas, Marucco apoya la idea de que el analista ha de poner en juego no sólo su contratransferencia sino también sus

procesos mentales. Se trata de algo inconsciente inédito que surge cuando la atención flotante y la asociación libre no dejan un resto significativo, y la antesala de la repetición del acto puede empujar la capacidad de ensoñación del analista desde donde acceder a las trazas de un pensamiento no pensado.

Entre los autores que influyeron en estos desarrollos actuales se encuentra Michel de M'Uzan quien, en 1976, escribió un artículo sobre Contratransferencia y sistema paradójico. En ese trabajo de M'Uzan adopta una definición extensiva de la contratransferencia "que engloba todo lo que interviene de la persona del analista en la cura" (de M'Uzan, 1976, p. 183). Describe de M'Uzan el pensamiento paradójico como la aparición brusca en la mente del analista de representaciones extrañas, frases inesperadas o imaginaciones, sin relación comprensible con lo que está sucediendo en la sesión. Analizada la contratransferencia y la posibilidad de que interfiriera algún conflicto inconsciente propio, el analista puede suponer que esta actividad fantasmática corresponde a procesos psíquicos que se desarrollan en el analizado y que todavía no han sido detectados. Señala el autor el papel dinamizador de la comunicación de estas representaciones advenidas; en general el paciente recordará posteriormente, en el curso de la sesión, un sueño o un suceso más o menos antiguo en que nunca había vuelto a pensar o que había estado retenido.

Nos parece especialmente interesante el valor anticipatorio de estos fenómenos, que suelen implicar representaciones pregenitales, según piensa de M'Uzan (1976). A nivel del funcionamiento, este trabajo conjunto en la sesión supone que el aparato psíquico del analista ha sido invadido momentáneamente por el paciente, para desencadenar procesos mentales originales.

La teoría desarrollada en las últimas décadas ha fundamentado cambios en la técnica que otorgan al analista más libertad para dar cabida a sus asociaciones conscientes o preconscientes y para poner a consideración del estudio de su contratransferencia la irrupción de sensaciones, imágenes o ideas inesperadas. Esa disponibilidad a ofrecer su mente, su imaginación y sus afectos para el trabajo de representación alterna con la escucha en atención flotante al paciente asociando libremente.

La extensión de los límites de la analizabilidad y los cambios que la cultura actual ha impreso en las formas de subjetivación, ha promovido una riqueza clínica y teórica de gran envergadura. El psicoanálisis ha ensanchado sus propios límites sin abandonar el terreno ganado por los pioneros. Como dice Green, "con las estructuras no-neuróticas, uno ha de dejar de ser freudiano de un modo freudiano" (Green, 2001, p.26).

2. REFERENCIAS

- Baranger, W. y M. (1969). *Problemas del campo psicoanalítico*. Bs.As.: ed. Kargieman.
- Bion, W. R. (1975). *A Memoir of the Future*. Rio de Janeiro: ed. Imago.
- Botella, C. y S. (1997). *Más allá de la representación*. Valencia: ed. Promolibro.
- de M'Uzan, M. (1976). *Contratransferencia y sistema paradójico. Del arte a la muerte*. Valencia: Icaria ed., 1978.
- Freud, S. (1910). *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*. Obras completas. Bs. As: Amorrortu ed, 1979.
- Freud, S. y Binswanger, L. (1908.1938). *Correspondance*. París: ed. Calvey-Levy.
- Freud, S. y Jung, C.G. (1974). *The Freud/Jung letters*. U.K.: Hogarth Press ed.
- Green, A. (1972). *Espacio Potencial en Psicoanálisis*. Bs. As.: Amorrortu ed., 1990.
- Green, A. (1974). *El analista, la simbolización y la ausencia en el encuadre analítico*. Bs. As.: Amorrortu ed., 1990.
- Green, A. (2001). La clínica contemporánea y el encuadre interno del analista. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, LXIX (1).
- Green, A. (2003). *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo*. Bs.As.: Amorrortu ed., 2005
- Heimann, P. (1949-50). *Acerca de la contratransferencia*. Madrid: ed. Biblioteca Nueva, 2004
- Marucco, N. (2007). Entre el recuerdo y el destino: la repetición. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 105, 26 – 54.
- Sammartino, M.E. (2000, octubre). *El narcisismo de los jóvenes supervisados*. Trabajo presentado en la Asamblea de Didactas de la Associació Catalana de Psicoterapia Psicoanalítica, Barcelona, España.
- Urtubey, L. (2001, enero). *Sobre la contratransferencia y su patología*. Conferencia dictada en la Sociedad Española de Psicoanálisis, Barcelona, España.
- Winnicott, D. (1971 a). *Realidad y Juego*. Barcelona: ed. Gedisa, 1986.
- Winnicott, D. (1971 b). *Clínica psicoanalítica infantil*. Buenos Aires: ed. Paidós, 1980.