

Acerca de la contratransferencia*

Paula Heinmann

(Londres)

Descriptores: CONTRATRANSFERENCIA / ATENCION FLOTANTE / SUPERVISION / SITUACION ANALITICA / MATERIAL CLINICO.

Esta breve nota sobre la contratransferencia ha sido sugerida por ciertas observaciones que hice en seminarios y análisis de control. Me llamó la atención la creencia, muy difundida entre los candidatos, de que la contratransferencia no es más que una fuente de dificultades. Muchos candidatos se asustan y se sienten culpables por lo que vivencian hacia sus pacientes, y tratan por consiguiente de evitar cualquier respuesta emocional, de hacerse completamente carentes de sentimientos y “prescindentes”.

Al tratar de remontar hasta el origen de este ideal del analista “prescindente” encontré que nuestra literatura contiene efectivamente descripciones del trabajo analítico que pueden sugerir el concepto de que un buen analista no siente nada hacia sus pacientes más allá de una benevolencia uniforme y leve, y que la menor ondulación provocada en esta suave superficie por las olas emocionales representa una perturbación que debe ser superada. Esto puede quizá resultar de una comprensión equivocada de algunas opiniones de Freud, por ejemplo, su comparación con el estado de ánimo del cirujano durante una intervención, o su metáfora del espejo. Por lo menos me mencionaron estas comparaciones en el curso de discusiones sobre la naturaleza de la contratransferencia.

Por otra parte, existe otra línea de pensamiento, como la de Ferenczi, que no sólo reconoce que el analista experimenta muchas clases de sentimientos hacia su paciente, sino que le recomienda expresarlos abiertamente en ciertas oportunidades. En su artículo titulado “Handhabung der Übertragung auf Grund der Ferenczigen Versuche” (“Int. Zeitschr. f. Psychoanal”, Bd. XXII, 1936) Alice Balint sugirió que una tal honestidad de parte del analista es provechosa y coherente con el respeto de la verdad inherente al psicoanálisis. Aunque admire su actitud, no puedo concordar con sus conclusiones. Otros analistas han sostenido que el expresar sus sentimientos al paciente hace al analista más “humano”, y que ayuda al paciente a construir con él una relación más “humana”.

* Trabajo leído en el 169 Congreso Psicoanalítico Internacional, Zurich, 1949. Después de presentado este artículo en el Congreso, mi atención fue llamada por un artículo de Leo Berman: “Countertransferences and Attitudes of the Analyst in the Therapeutic Process” (“Psychiatry”, tomo XII, N° 2, mayo de 1949). El hecho de que el problema de la contratransferencia haya sido puesto en el tapete en forma casi simultánea por distintos investigadores indica que nuestro tiempo está maduro para una investigación más completa de la naturaleza y de la función de la contratransferencia. Estoy de acuerdo con el repudio fundamental del Dr. Berman hacia la frialdad emocional del analista, pero disiento con él en mis conclusiones sobre el uso que debe hacer el analista de sus sentimientos hacia el paciente.

**Traducido de “The International Journal of Psycho-Analysis”, tomo XXI, N° 1-2, 1950.

Para el propósito de este artículo, uso el término de “contratransferencia” para designar la totalidad de los sentimientos que el analista vivencia hacia su paciente.

Se podría objetar que este uso del término no es correcto, y que la contratransferencia significa simplemente la transferencia de parte del analista. Sin embargo, mi opinión sería que el prefijo “contra” implica factores adicionales.

En todo caso es útil recordar al pasar que los sentimientos transferenciales no pueden ser diferenciados estrictamente de los que se refieren a otra persona como tal y no como sustituto parental. Se hace notar con frecuencia que no todo lo que el paciente siente hacia su analista es debido a la transferencia y que, a medida que el análisis progresa, se vuelve más capaz de sentimientos “adecuados a la realidad”. Esta misma advertencia muestra que la diferenciación entre las dos clases de sentimientos no es siempre fácil.

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

La situación analítica ha sido investigada y descrita desde muchos puntos de vista, y existe un acuerdo general acerca de su carácter único. Pero mi impresión es que no se ha puesto suficiente énfasis sobre el hecho de que es una relación entre dos personas. Lo que distingue esta relación de otras, no es la presencia de sentimientos en uno de los participantes, el paciente, y su ausencia en el otro, el analista, sino, sobre todo, el grado de los sentimientos que se experimentan y el uso que se hace de ellos, dependiendo estos factores uno del otro. La finalidad del análisis personal del analista, desde este punto de vista, no es el transformarlo en un cerebro mecánico que pueda producir interpretaciones sobre la base de un procedimiento puramente intelectual, sino el hacerlo capaz de aguantar los sentimientos que son suscitados dentro de él en vez de descargarlos (lo que 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 trabaja sin consultar sus sentimientos, sus interpretaciones son pobres. Lo he visto a menudo en el trabajo de principiantes, quienes, por miedo, ignoran o ahogan sus sentimientos.

Sabemos que el analista necesita una atención flotante y tranquilidad para seguir las asociaciones libres del paciente, y que esto lo capacita para escuchar simultáneamente en varios niveles. Tiene que percibir el significado manifiesto y el latente de las palabras de su paciente, las alusiones e implicaciones, las referencias implícitas a sesiones anteriores, las menciones a situaciones infantiles detrás de la descripción de relaciones corrientes, etc.. . Escuchando en esta forma, el analista evita el peligro de preocuparse por un tema solo, y permanece receptivo al significado de los cambios en los temas y de las secuencias y lagunas en las asociaciones del paciente.

Diría que el analista, al mismo tiempo que una atención que trabaje libremente, necesita una sensibilidad a las emociones libre y despierta para poder seguir los movimientos emocionales y las fantasías inconscientes de su paciente. Nuestra hipótesis de base es que el inconsciente del analista entiende el de su paciente. Esta relación en el nivel profundo aparece en la superficie bajo forma de sentimientos en respuesta al paciente y que el analista reconoce, en su contratransferencia. Es la forma más dinámica en la cual le llega la voz del paciente. En la comparación de los sentimientos despertados en él por las asociaciones y la conducta del paciente, el analista posee un medio muy valioso de saber si ha entendido a su paciente o no.

Sin embargo, ya que emociones violentas de cualquier clase, de amor u odio, desamparo o ira impulsan hacia la actuación más que hacia la contemplación y borran

la capacidad de una persona para observar y pesar correctamente los hechos, la respuesta emocional del analista, si es intensa, frustrará su finalidad.

Por esto la sensibilidad emocional del analista debería ser extensiva (más que intensiva), diferenciada y móvil. Habrá muchos ratos, en el trabajo analítico, en los cuales el analista que combina la libre atención con la libertad de respuesta emocional no registra sus sentimientos como problemáticos, porque están de acuerdo con el significado que va entendiendo. Pero a menudo las emociones despertadas en él son mucho más cercanas al nódulo del problema que su razonamiento o, para decirlo en otra forma, su percepción inconsciente del inconsciente del paciente es más aguda y se adelanta a su concepto consciente de la situación.

Un ejemplo reciente surge a mi memoria. Se refiere a un paciente que me había venido de un colega. Era un hombre de unos cuarenta años, *que* había buscado el tratamiento, al principio, cuando se derrumbó su matrimonio. Dentro de sus síntomas, la promiscuidad ocupaba el primer plano. En el tercer mes de su análisis conmigo, me dijo, al principio de una sesión, que iba a casarse con una mujer a quien había conocido tan sólo poco antes.

Era obvio que su deseo de casarse, en ese contexto, era determinado por su resistencia al análisis y su necesidad de actuar afuera sus conflictos transferenciales. En medio de una actitud intensamente ambivalente, el deseo de una relación íntima conmigo había ya aparecido con claridad. Yo tenía por lo tanto muchas razones de dudar de la cordura de su intención y de sospechar de la elección de su objeto. Pero tal intento de establecer un cortocircuito en el análisis no es poco frecuente al principio o en un punto crítico del tratamiento, y en general no representa un obstáculo demasiado grande al trabajo, por lo que no produce ninguna situación catastrófica. Estuve entonces algo intrigada al notar que reaccionaba con un sentimiento de aprensión y preocupación a lo que decía el paciente. Sentí que había algo más involucrado en esta situación, algo más allá del acostumbrado “acting out”, y que, sin embargo, me escapaba.

En sus asociaciones siguientes, que se centralizaban alrededor de su amiga, el paciente, al describirla, dijo que “lo había pasado muy mal” en una época.

Otra vez registré particularmente esta frase, y se incrementaron mis temores. Empecé a darme cuenta de que era precisamente porque lo había pasado mal que se sentía atraído hacia ella. Pero yo sentía todavía que no veía las cosas con bastante claridad. Entonces, me contó un sueño: había adquirido en el extranjero un muy buen coche de segunda mano, que estaba averiado. Deseaba repararlo, pero otra persona en el sueño hacía objeciones por motivos de precaución. El paciente debía, como lo dijo, “confundir a la otra persona”, para poder seguir adelante en la reparación del coche.

Con la ayuda de este sueño, pude entender lo que anteriormente había sólo sentido como aprensión y preocupación. El asunto era mucho más peligroso que el simple “acting out” de conflictos transferenciales.

Cuando me dio los pormenores del coche —muy bueno, de segunda mano, del extranjero— el paciente se dio cuenta espontáneamente que se trataba de mí. La otra persona en el sueño que quería pararlo y que él intentaba confundir, representaba la parte del yo del paciente que anhelaba la seguridad, la felicidad y el análisis como objeto protector.

El sueño mostraba que el paciente deseaba que yo fuera “averiada” (insistió en que yo era una refugiada a la cual se aplicaba la expresión “lo pasó mal” que había utilizado a propósito de su nueva amiga). Por culpa de sus impulsos sádicos, se veía obligado a reparar, pero su reparación era de naturaleza masoquista, ya que

necesitaba acallar la voz de la razón Y de la prudencia. El elemento de confundir la figura protectora era en sí mismo de dos filos, expresando a la vez sus impulsos sádicos y masoquistas: en la medida en que trataba de aniquilar el análisis, representaba las tendencias sádicas del paciente según el patrón de sus ataques anales infantiles contra la madre; en la medida en que representaba el manejo de su deseo de seguridad y felicidad, expresaba sus tendencias autodestructivas. La reparación, cuando se vuelve un acto masoquista, engendra a su vez el odio, y, lejos de solucionar el conflicto entre la destructividad y la culpa, lleva a un círculo vicioso.

La intención del paciente de casarse con su nueva amiga, la mujer dañada, se alimentaba de ambas fuentes, y el “acting out” de sus conflictos transferenciales se reveló como determinado por su específico y poderoso sistema sadomasoquista.

Inconscientemente, yo había captado en seguida la seriedad de la situación, lo que provocó el sentimiento de preocupación que experimenté. Pero mi comprensión consciente quedó atrás, y no pude descifrar el mensaje y el llamado de ayuda del paciente sino más tarde en la sesión, cuando surgió más material.

Al presentar este punto de una sesión analítica, espero ilustrar mi opinión que la respuesta emocional inmediata del analista a su paciente es un índice significativo de los procesos inconscientes del paciente que guía al analista hacia un entendimiento más completo. Ayuda al analista a focalizar su atención sobre los elementos más vigentes en las asociaciones del paciente y sirve como útil criterio de selección de las interpretaciones acerca de un material que, como sabemos, es siempre sobredeterminado.

Desde el punto de vista que estoy recalcando, la contra-transferencia del analista no es solamente una parte constitutiva de la relación analítica, sino la **creación** del paciente; es una parte de la personalidad del paciente. (Es posible que esté tocando aquí un punto que el Dr. Clifford Scott expresaría en términos de su concepto del esquema corporal, pero seguir en esta línea me llevaría demasiado lejos de mi tema.)

El enfoque de la contratransferencia que he presentado no es exento de peligro. No constituye una pantalla para las insuficiencias del analista. Cuando el analista en su propio análisis ha elaborado sus conflictos y angustias infantiles (paranoides y depresivas) en tal forma que pueda establecer un fácil contacto con su propio inconsciente, no atribuye a su paciente lo que le pertenece en propio. Habrá conseguido un equilibrio suficientemente seguro que le permitirá encargarse de los roles del ello, del yo, del superyo, y de los objetos externos del paciente que éste le atribuye —es decir, proyecta sobre él— cuando dramatiza sus conflictos en la relación analítica. En el ejemplo que di, el analista jugaba sobre todo el papel de la madre buena del paciente, destinada a ser destruida y salvada, y el de su yo en contacto con la realidad que trataba de oponerse a sus impulsos sadomasoquistas. En mi opinión, la exigencia de Freud de que el analista debe “reconocer y dominar” su contratransferencia no lleva a la conclusión que la contratransferencia es un factor de perturbación y que el analista debe abstenerse de sentirla y prescindir de ella, sino que debe utilizar su respuesta emocional como una llave hacia el inconsciente del paciente. Esto lo protegerá de entrar como coactor en la escena que el paciente repite en la relación analítica, y de explotarla según sus propias necesidades. Al mismo tiempo tendrá un importante estímulo para trabajar repetidamente sobre sí mismo y para seguir el análisis de sus propios problemas. Pero esto es su asunto privado, y no considero correcto que el analista comunique sus sentimientos a su paciente. A mi criterio, tal honestidad se parece más bien a una confesión y es un fardo para el paciente. En todo caso lleva afuera del análisis. Las emociones despertadas en el analista serán de valor para su paciente, si se usan como una fuente más de “insight” en los conflictos y las

defensas inconscientes del paciente. Cuando éstos son interpretados y elaborados, los cambios consiguientes en el yo del paciente incluyen el reforzamiento de su sentido de la realidad, que lo lleva a ver a su analista como un ser humano, y no como un dios o un demonio, y la relación “humana” en la situación analítica se establece sin que el analista recurra a medios extra-analíticos.

La técnica analítica nació cuando Freud, abandonando la hipnosis, descubrió la resistencia y la represión. A mi criterio, el uso de la contratransferencia como instrumento de investigación puede ser reconocido en sus descripciones de la forma en la cual llegó a sus descubrimientos fundamentales. Cuando trató de traer a luz los recuerdos olvidados de los pacientes histéricos, sintió que una fuerza emanada del paciente se oponía a sus intentos y que él tenía que superar esa resistencia por su propio trabajo psíquico. Concluyó que era la misma fuerza la responsable de la represión de los recuerdos esenciales, y de la formación del síntoma histérico.

El proceso inconsciente de la amnesia histérica puede, por consiguiente, ser definido por sus dos facetas gemelas, la primera de las cuales está orientada hacia afuera, y sentida por el analista como resistencia, mientras la otra obra dentro del psiquismo como represión.

Si en el caso de la represión la contratransferencia se caracteriza por la sensación de una cantidad de energía, de una fuerza opuesta, otros mecanismos de defensa despertarán otras cualidades de la respuesta del analista.

Creo que, con una investigación más completa de la contratransferencia desde el mismo punto de vista que el presente intento, podemos llegar a elaborar más completamente la manera en que el carácter de la contratransferencia corresponde a la naturaleza de los impulsos y defensas inconscientes del paciente activados en el momento presente.

Traducido por Willy Baranger