

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TEORIZACIONES DE DONALD WINNICOTT, MARGARETH LITTLE Y PAULA HEIMANN ACERCA DE LA CONTRATRANSFERENCIA**

Informe final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S: 143/89

**Alumnas:** Borrelli, Ana María  
Mat.: 2713/93  
D.N.I: 6369941

Perez Azpitarte, Verónica  
Mat.: 6204/03  
D.N.I: 20330110

Rodríguez, Silvia Andrea  
Mat.: 6328/03  
D.N.I: 18526027

**Cátedra de radicación:** Introducción a la Teoría Psicoanalítica

**Supervisor:** Cosimi, Alfredo Salvador



N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
T-18 B	Rse
	N° INVENTARIO:
	R-1013

Diciembre 2010

Este informe final corresponde al requisito curricular de Investigación y, como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Borrelli, Ana María, Perez Azpitarte, Verónica E. y Rodríguez, Silvia Andrea, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en todo o en sus partes, o resumirse, sin previo consentimiento de los autores.

El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas: Borrelli, Ana María, Perez Azpitarte, Verónica E. y Rodríguez, Silvia Andrea, conforme a los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de su contenido a los... 17 (diecisiete) días del mes de ... Diciembre ... del año 2010.

Alfredo S. Cosimi  
Especialista  
M.P. 45.321

---

Firma del Supervisor

Atento al cumplimiento de los requisitos en las normas vigentes, en el día de la fecha, se procede a dar la aprobación al trabajo de investigación presentado por las alumnas Borrelli, Ana María, Perez Azpitarte, Verónica E. y Rodríguez, Silvia Andrea.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'F. Borrelli', written over a horizontal dashed line.

Firma  
Miembro Integrante  
de la Comisión Asesora

1º de marzo de 2011

Fecha de aprobación:

E. (distintiva)  
F. Borrelli

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE PREGRADO  
Requisito curricular del Plan de Estudios 1989 O.C.S. 143/89

**Alumnas:** Borrelli, Ana María - mat. 2713/93  
Perez Azpitarte, Verónica E. - mat.6204/03  
Rodríguez, Silvia Andrea - mat.6328/03

**Cátedra de radicación:** Introducción a la teoría psicoanalítica

**Supervisor:** Cosimi, Alfredo Salvador

**Título del proyecto:** TEORIZACIONES DE DONALD WINNICOTT, MARGARETH  
LITTLE Y PAULA HEINMANN ACERCA DE LA CONTRATRANSFERENCIA

### **Descripción resumida:**

Es un estudio comparativo teórico y clínico, centrado en el concepto de contratransferencia postulado inicialmente por Freud. Desde el psicoanálisis kleiniano, se abordarán las teorizaciones de Paula Heimann, Margareth Little y Donald Winnicott, detallándose las teorizaciones que dichos autores han propuesto.

Dichas conceptualizaciones se contrastarán a fin de establecer puntos de acuerdo y desacuerdo en relación al concepto (contratransferencia).

Finalmente se desarrollarán algunas conclusiones sobre la temática trabajada.

**Palabras claves:** Psicoanálisis- Inconciente- transferencia- contratransferencia-

### **Descripción detallada:**

**Motivos y antecedentes:** El término contratransferencia lo introduce Freud al inaugurar el 30 de marzo de 1910, un congreso internacional en la ciudad de Nuremberg, y encuentra su exposición en el artículo "Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica".(Freud, 1910). Allí lo define por primera vez describiéndolo como la respuesta emocional del analista a los estímulos que provienen del analizante, como el resultado de la influencia de éste sobre los procesos inconcientes del analista. Menciona al término como un obstáculo y como tal, debe ser removido. La experiencia le prueba que en una cura "ningún analista va más allá de lo que sus propios complejos y resistencias se lo permiten" frase que cobra protagonismo en el artículo escrito en 1912 "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico". Freud exige al analista y como norma general, el conocimiento de su contratransferencia y su vencimiento como un requisito indispensable para ser analista. Freud no tenía duda alguna que la contratransferencia constituye una obstrucción insidiosa en la neutralidad del analista, una resistencia que debe ser diagnosticada y derrotada. Es para el psicoanalista lo que los prejuicios no reconocidos son para el historiador. Freud es explícito: "...el analista tiene que reconocer esta contratransferencia en sí mismo y dominarla".

En cambio Ferenczi que al principio estaba de acuerdo con Freud, posteriormente discrepo con él, desarrollando la técnica activa, consistente en dar muestras directas de afecto y ternura al paciente, junto al análisis mutuo en el cual el paciente y analista dirigían la cura a la par. Una de sus ideas es la formulación del proceso analítico esencialmente como una experiencia emocional correctiva, en la que el interés afectivo del analista en su paciente le aportaría a éste la oportunidad para la corrección de un trauma emocional experimentado en la temprana infancia. La concepción de Ferenczi, se ve reflejada en mayor o menor medida, en la escuela inglesa y en la Psicología del Yo. Lo que está claro, es que Ferenczi fue un pionero en la exploración de la naturaleza interactiva de la contratransferencia, anticipando mucho del pensamiento contemporáneo ( Ferenczi;1920).

La visión kleiniana de la contratransferencia tiene sus raíces en la idea de que las experiencias subjetivas del analista son primariamente, aunque no exclusivamente, producto de las identificaciones proyectivas, y que es el impacto sobre él de los estados esquizoparanoides del paciente el aspecto más importante y potencialmente más útil de la contratransferencia (Klein;1961-1962).

Los trabajos de Winnicott, Heinmann y Little tuvieron una gran influencia en el desarrollo posterior del concepto de contratransferencia, especialmente en Inglaterra, Latinoamérica y algunos países europeos. Se fue haciendo evidente, (a raíz de las secuelas traumáticas de la Segunda Guerra Mundial) que el manejo de la contratransferencia era un tema de mayor importancia en el trabajo con los pacientes con patologías graves. Así fue que Winnicott publica en 1949 "El odio en la contratransferencia", legitimando los sentimientos contratransferenciales y haciendo énfasis en el importante papel que las contratransferencias negativas juegan en el tratamiento de los pacientes graves, demostrando además que la evocación de tales sentimientos es una parte esencial y necesaria del tratamiento.

Este paso en el uso de la contratransferencia, fue seguido un año más tarde, en 1950 cuando Heinmann plantea que la contratransferencia no sólo es inevitable sino que es de gran valor ya que constituye una herramienta de investigación esencial para el analista ( Heinmann; 1950)

En 1951, Little publica un artículo en el que explora la naturaleza compleja de la relación transferencia-contratransferencia y apunta que inevitablemente contiene una mezcla de elementos normales y patológicos derivados de la psicología de ambos, paciente y analista ( Little;1951).



### **Objetivos generales:**

- Definir el concepto de transferencia
- Definir el concepto de contratransferencia
- Analizar el concepto de contratransferencia según los autores: Paula Heinmann, Margareth Little y Donald Winnicott.

### **Objetivos particulares:**

- Delimitar y desarrollar en la obra freudiana, la teorización sobre contratransferencia.
- Estudiar los conceptos principales teorizados por Paula Heinmann, Margareth Little y Donald Winnicott.
- Identificar en dichos autores las teorizaciones novedosas en relación al concepto en cuestión.
- Comparar y establecer similitudes y diferencias sobre el concepto de contratransferencia en los autores.
- Detectar en dichas teorizaciones aquellas conceptualizaciones problemáticas o no desarrolladas.
- Derivar conclusiones sobre el trabajo realizado.



## **Métodos y técnicas a emplear**

### Método:

Se trata de un modelo exploratorio de investigación, fundado en el Psicoanálisis como Teoría del Sujeto y Método de Investigación, y consiste en el estudio de la bibliografía teórica y clínica preseleccionada y de la que pudiera surgir en el curso de la investigación.

Metodológicamente se seguirán las siguientes acciones:

- Descripción de los conceptos teóricos sujetos a estudio (transferencia, contratransferencia).
- Análisis de los supuestos teóricos que subyacen al concepto de contratransferencia.
- Estudio de los informes clínicos sobre contratransferencia
- Comparación contrastadora del concepto de contratransferencia.
- Conclusiones.

### Técnicas:

- Recolección bibliográfica de los datos a través de los textos de distintos autores.
- Recolección de datos a través de Internet.
- Lectura de la bibliografía, estableciendo el orden de razones (establecer la conceptualización, comparar autores, derivar conclusiones) .
- Análisis de los conceptos sujetos al trabajo de investigación.
- Análisis de su implicancia clínica actual.

**Cronograma de actividades:**

- I. Estudio de textos teóricos de fuentes primarias.
- II. Información a través de Internet, con la finalidad de contrastar a través de fuentes secundarias, el análisis del concepto de contratransferencia.
- III. Análisis y discusiones sobre el tema con el director
- IV. Construcción y escritura de síntesis teóricas
- V. Elaboración de conclusiones.
- VI. Confección del informe final.

TAREA	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8
I	X	X	X					
II	X	X	X					
III		X			X	X	X	X
IV			X	X	X	X		
V							X	
VI								X

## **Bibliografía:**

- Freud, Sigmund (1912) *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* Obras completas, vol. XII. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1976.
- Freud, Sigmund (1910) *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*, Tomo XI, Amorrortu editores, Buenos Aires, 1979.
- Freud, Sigmund (1912) *Sobre la dinámica de la transferencia* Obras Completas Ed. Amorrortu, Buenos Aires 1989
- Ferenczi, Sandor *El Diario Clínico de 1932. Sin simpatía no hay curación.* Amorrortu. Buenos Aires, 1997.
- Ferenczi, Sandor (1909) *Transferencia e Introyección* Obras Completas. Psicoanálisis Ed. Espasa Calpe. Madrid, 1981, pp. 99 -134.
- Heinmann, Paula (1951) *A propósito de la contratransferencia* En International Journal of Psycho-Analysis 31: 81-84
- Heinmann, Paula (1950) *Acerca de la contratransferencia* Revista Uruguaya de Psicoanálisis, Tomo IV, número 1, Montevideo, 1961/62.
- Heinmann, Paula *Contratransferencia* Revista Uruguaya de Psicoanálisis, Tomo IV, número 1, Montevideo, 1961/62.
- Klein, M. 1961-1962. *Los orígenes de la transferencia* En Envidia y gratitud y otros trabajos, T. III Ed. Paidós, 1991.
- Little, Margareth (1951) *La contratransferencia y la respuesta del paciente.* Seminario Lacaniano, número 9 – 10, Año 13
- Little, Margareth (1956) *La respuesta total del analista a las necesidades de su*

*paciente* the Analyst's Total Response to his Patient's Needs. Int. J. Psycho-Anal,  
Traducción castellana: A . Gasparino. y J. Castelo.

Little, Margareth. (1990) *Relato de mi análisis con Winnicott*, Buenos Aires: Lugar Editorial, 1995.

Winnicott, D.W *El odio en la Contratransferencia* En Escritos de pediatría y psicoanálisis. Ed, Paidós, 1999. pp.263-274.

Donald W. Winnicott *La contratransferencia* En Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Ed. Paidós. 1993,pp 214.

[www.psicoterapiarelacional.es](http://www.psicoterapiarelacional.es)

[www.psiconet.com](http://www.psiconet.com)



## INDICE

### CAPÍTULO I

<i>DEFINICIONES DE TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA</i>	pág. 11
Transferencia	pag. 11
Contratransferencia	pag. 13

### CAPÍTULO II

<i>PAULA HEIMANN</i>	pag. 15
Biografía	pag. 15
Estructura psíquica según P.Heimann	pag. 17
Mundo y objetos	pag. 18
Superyó	pag. 19
Fantasía- autoerotismo-narcisismo	pag. 20
La transferencia y su interpretación	pag. 21
Primera conceptualización de contratransferencia	pag. 24
La situación analítica	pag. 25
Procesos cognitivos del analista: una segunda vuelta sobre la contratransferencia	pag. 30
Conclusión	pag. 32

### CAPÍTULO III

<i>MARGARET LITTLE</i>	pag. 34
Su biografía	pag. 34
Sus análisis	pag. 34
Sus teorizaciones acerca de la contratransferencia	pag. 37
La técnica	pag. 38
La interpretación de la contratransferencia	pag. 42
Concepto de contratransferencia	pag. 42
Necesidades del análisis	pag. 44
Responsabilidad del analista	pag. 44
Sentimientos del analista	pag. 45

Relaciones	pag. 46
El análisis de Frida	pag. 48
Balance sobre el papel de la contratransferencia	pag. 58

#### **CAPÍTULO IV**

<i>DONALD WINNICOTT</i>	pag. 60
Biografía	pag. 60
Análisis personal	pag. 61
Su relación con M.Klein	pag. 61
La formación psicoanalítica de D.Winnicott	pag. 63
Panorama general de la teoría de D.Winnicott	pag. 65
La transferencia para Winnicott	pag. 68
Self y Falso Self	pag. 70
Dos actitudes del psicoanalista	pag. 71
Transferencia repliegue y regresión	pag. 73
Contratransferencia	pag. 74
Conclusión	pag. 82

#### **CAPÍTULO V**

<i>Conclusiones finales</i>	pag. 84
-----------------------------	---------

<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	pag. 93
---------------------	---------

## CAPÍTULO I

### DEFINICIONES DE TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

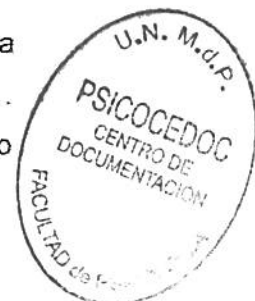
A modo de introducción, expondremos los conceptos de transferencia y contratransferencia teniendo en cuenta la concepción generalizada de los mismos. Hemos tomado para su explicación las definiciones del Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis:

#### Transferencia

Designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y de un modo especial dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura....

...Asimismo, en los antecedentes inmediatos del análisis, la transferencia mostró la amplitud de sus efectos, en el Caso Ana O... tratado por Breuer según el «método catártico», mucho antes de que el terapeuta supiera identificarla como tal y sobre todo utilizarla. También en la historia del concepto, en Freud existe una separación cronológica entre las concepciones explícitas y la experiencia efectiva, separación que comprobó a sus expensas, como él mismo observó en el Caso Dora. De ello se deduce que, si se intenta seguir la evolución de la transferencia en el pensamiento de Freud, se debe ir más allá de sus enunciados y descubrir su intervención en las curas cuya descripción ha llegado hasta nosotros. ...En un principio, la transferencia para Freud, por lo menos desde un punto de vista teórico, no es más que un caso particular de desplazamiento del afecto de una representación a otra. ...Freud descubre que lo que se revive en la transferencia es la relación del sujeto con las figuras parentales y especialmente la ambivalencia pulsional que caracteriza dicha relación...

Freud distingue dos transferencias: una positiva, otra negativa, una transferencia de sentimientos de ternura y otra de sentimientos hostiles.... Esta extensión del concepto de transferencia, que hace de ésta un proceso



que estructura el conjunto de la cura según el prototipo de los conflictos infantiles, conduce a Freud a establecer una noción nueva, la de neurosis de transferencia: ... constantemente llegamos a atribuir a todos los síntomas de la enfermedad una nueva significación transferencial, a reemplazar la neurosis corriente por una neurosis de transferencia, de la cual el enfermo puede ser curado mediante el trabajo terapéutico. Desde el punto de vista de su función en la cura, Freud primeramente clasifica la transferencia, de forma más o menos explícita, entre los «obstáculos» fundamentales que se oponen al recuerdo del material reprimido. Pero, también desde un principio, señala su aparición como frecuente o incluso general.... Asimismo, en este momento de su pensamiento, Freud constata que el mecanismo de la transferencia sobre la persona del médico se desencadena en el mismo momento en que están a punto de ser develados algunos contenidos reprimidos especialmente importantes. En este sentido, la transferencia aparece como una forma de resistencia y señala al mismo tiempo la proximidad del conflicto inconsciente... Sin duda, esta segunda dimensión adquiere una importancia progresivamente creciente a los ojos de Freud: La transferencia, tanto en su forma positiva como negativa, se pone al servicio de la resistencia; pero, en manos del médico, se convierte en el más potente de los instrumentos terapéuticos y desempeña un papel difícil de sobrevalorar en la dinámica del proceso de curación. ...En efecto, en ocasiones Freud explica la aparición de la transferencia como un compromiso entre las exigencias de la resistencia y las del trabajo de investigación. Pero desde un principio reconoce que las manifestaciones transferenciales son tanto más imperiosas cuanto más próximo se encuentra el «complejo patógeno», y cuando las relaciona con una compulsión a la repetición indica que esta compulsión no puede manifestarse en la transferencia...

...cuando Freud habla de repetición, en la transferencia, de las experiencias del pasado, de las actitudes hacia los padres, etc., esta repetición no debe tomarse en un sentido realista que limitaría la actualización a relaciones efectivamente vividas; por una parte, lo que se transfiere es, en esencia, la realidad psíquica, es decir, en el fondo, el deseo inconsciente y las fantasías con él relacionadas; por otra parte, las manifestaciones transferenciales no son repeticiones literales, sino equivalentes simbólicos, de lo que es transferido. (Laplanche y Pontalis, 1993: 231)

## Contratransferencia

Conjunto de las reacciones afectivas concientes o inconcientes del analista hacia su paciente: históricamente se le ha acordado un lugar importante en la cura, lugar que hoy está cuestionado. Freud, que en sus obras analiza largamente la noción de transferencia, da igualmente un lugar, aunque de modo mucho más puntual, a otro fenómeno, aparentemente simétrico, la «contratransferencia». Sin embargo, bien parece que este lugar es definido esencialmente por Freud en términos negativos. La contratransferencia constituiría lo que, del lado del analista, podría venir a perturbar la cura. En una cura, escribe, «ningún analista va más allá de lo que sus propios complejos y resistencias se lo permiten» (Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico, 1912). Por eso conviene que el analista conozca sus complejos y resistencias a priori inconcientes. A partir de allí se ha impuesto por otra parte lo que se ha podido llamar la segunda regla fundamental del psicoanálisis, a saber, la necesidad de que el futuro analista esté él mismo analizado tan completamente como sea posible. Un autor, S. Ferenczi, ha insistido particularmente sobre este punto. Ferenczi estaba muy atento al hecho de que los pacientes podían sentir como perturbadores no sólo ciertos comportamientos manifiestos, sino también ciertas disposiciones inconcientes del analista respecto de ellos. Pero Ferenczi no se contentó, a partir de allí, con recomendar un análisis tan profundo como fuera posible del analista. Llegó a practicar un «análisis mutuo» en el que el analista verbalizaba él mismo, en presencia de su paciente, las asociaciones que podían ocurrírsele concernientes a sus propias reacciones. Este aspecto de la técnica planteó ciertamente dificultades considerables y fue abandonado. Sin llegar a esta práctica, numerosos analistas elaboraron, especialmente en las décadas de 1950 y 1960, una teoría articulada de la contratransferencia. Podemos citar en particular los nombres de P. Heimann, M. Little, A. Reich y L. Tower.... Sin demorarnos demasiado en lo que distingue sus abordajes, observemos que estas analistas no reducen la contratransferencia a un fenómeno que vendría a contrariar el trabajo analítico. A su manera, constituiría también un instrumento que vendría a favorecerlo, al menos bajo la condición de que el analista esté atento a él. (Laplanche y Pontalis, 1993: 84).

Dichas ideas se desarrollarán exhaustivamente a lo largo de este trabajo, tomando particularmente las conceptualizaciones de P.Heimann, M.Little y D.Winnicott.

Actualmente el debate acerca de la contratransferencia no ha desaparecido. Se puede observar que Lacan y sus discípulos lo han replanteado. Siguiendo a Laplanche y Pontalis:

Lacan no niega que el propio analista pueda tener algún sentimiento hacia su paciente y que pueda, interrogándose sobre lo que lo provoca, ubicarse un poco mejor en la cura. Sin embargo, el problema que plantea la teoría de la contratrasferencia es el de la simetría que establece entre analista y paciente, como si los dos estuvieran igualmente comprometidos como personas, como egos, en el desarrollo del psicoanálisis....

... la transferencia toma una dimensión imaginaria. El analista, sin embargo, no debe reforzarla, lo que haría si se representara la relación analítica como una relación interpersonal, relación en la que transferencia y contratrasferencia se respondieran en eco la una a la otra.... si el término contratrasferencia no es pertinente, es porque el analista, en el dispositivo de la cura, no es un sujeto. Más bien hace función de objeto, ese objeto fundamentalmente perdido, ese objeto que Lacan llama objeto a. La cuestión a partir de allí no es saber lo que experimenta, como sujeto, sino situar lo que, como analista, puede o debe desear. (Laplanche y Pontalis, 1993: 84,85)

Consideramos que al ser la definición tan controvertida, el debate sobre ella no perderá vigencia. Al estar vinculada con la posición del analista en la cura, dependerá del marco teórico al cual uno adhiera, la visión que se tenga del uso de la contratransferencia en la terapia.

## CAPITULO II

### PAULA HEIMANN

#### Biografía

Paula Heimann nace en Dazing en 1899. Sus padres eran rusos y tuvieron 4 hijos. El tercero, una niña, murió y entonces vino Paula. Siempre pensó que fue concebida como sustitución de esta niña y que su madre estaba muy deprimida cuando ella nació. Sentía que tuvo que consolar y cuidar a su madre durante la mayor parte de su infancia. Esta situación familiar es importante en el contexto de sus posteriores experiencias analíticas. En 1925 se casa y tiene una hija, Mizra. Hizo su formación médica y psiquiátrica en varias universidades de Alemania. Comienza su formación como psicoanalista en 1928, y su análisis con Teodor Reik. Realiza críticas a los enfoques de varios analistas de Berlín por el poco énfasis en el papel de la agresividad y el instinto de muerte. En 1932 fue designada miembro de la Sociedad Psicoanalítica de Berlín. En el mismo año, Paula asiste al Wiesbaden Congreso, y siente que está de acuerdo con Melanie Klein por la importancia que da a la agresividad y al instinto de muerte.

Cuando Hitler llega al poder en 1933, viaja a Londres, donde conoce a Melanie Klein quien era muy reconocida en la Sociedad Británica, y a Susan Isaacs. Es elegida Miembro Asociado de la Sociedad Británica. Entre 1933/39 comienza a asistir a reuniones sin realizar contribuciones a discusiones científicas, estudia inglés, revalida su título de medicina (1938)

Cuando muere el hijo de Melanie Klein (1934) hay un acercamiento entre ambas, ya que Paula escribe una nota de condolencia a la que Klein le responde que quiere verla. Paula la visita, Melanie Klein estaba angustiada y habló de cosas de sí misma. Paula le dice que está dispuesta a visitarla regularmente y a colaborar con ella. Cuando Melanie Klein decide escribir experiencias en relación a la muerte de su hijo, Paula se ofrece a ser su secretaria. Al recuperarse del duelo ve la necesidad de ayudar a Paula y piensa que ésta debería hacer análisis con ella. A Paula le parece imposible por su situación económica, además en esa época se hallaba aislada emocionalmente por su separación matrimonial, sin amigos cercanos e inseguridad económica. En 1939 comienzan las posturas en contra de Melanie Klein, incluso las de su hija y su yerno.

Heimann es elegida Miembro Titular y reconocida como Analista de Control, encargada de la supervisión de los candidatos. A fines de 1940 dio un seminario sobre la técnica freudiana. Estaba en desacuerdo con la recomendación de Freud que



toma al cirujano como modelo en "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico" (1912)

Más tarde formulará su punto de vista en un trabajo titulado "Acerca de la contratransferencia", leído en 1949 en el 16º Congreso Internacional Psicoanalítico en Zurich y publicado en 1950.

Entre 1941/44 se analiza con Melanie Klein. Las discusiones en la Sociedad Británica sobre la validez de las teorías de ésta, su contribución al psicoanálisis y si esos puntos de vista podían formar parte en la formación y enseñanza de los candidatos, representan una amenaza real para Melanie Klein. Paula le pide a Melanie Klein que presente sus trabajos en la Sociedad para comentarlos en base a las críticas de sus miembros. Melanie Klein decide hacer varios trabajos escritos por S. Isaacs, P. Heimann y ella, pero trata de dictar lo que cada una de ellas deberían decir. S. Isaacs se revela y aunque Paula tampoco está de acuerdo con esas demandas, no hace objeciones.

Como consecuencia de las controversias, hay una reorganización de la Sociedad Británica, quedando conformada por 3 grupos: los seguidores de Melanie Klein, los que apoyan a Anna Freud y los que no pertenecen a ninguno de esos grupos. Paula Heimann es reconocida como Analista Didacta y en 1945 tiene su primer candidato en formación.

En 1949, en su artículo "Acerca de la contratransferencia", postula la importancia del concepto. Este punto de vista ahora es generalmente aceptado, pero cuando ella lo formuló por primera vez, muchos psicoanalistas lo consideraban como herejía.

Melanie Klein, enojada intenta persuadirla de que lo retirara. El enojo fue porque lo escribió ella misma y no se lo mostró para que lo leyera antes. Este fue el primer gesto de su libertad y afirmación de su propia creatividad. Melanie Klein y Paula Heimann fueron separándose hasta que esta última renuncia, comunicando a la Sociedad que ya no deseaba seguir siendo considerada miembro del grupo de Klein. Anteriormente lo habían hecho otros analistas, entre ellos, Donald Winnicott (independiente), aunque ninguno había sido un seguidor tan incondicional como P. Heimann. La ruptura final, la cual llegó después del Congreso de Ginebra en 1955, fue cuando Paula se dio cuenta de su profundo desacuerdo con la teoría de Melanie Klein sobre la envidia innata, aunque ella todavía estaba de acuerdo con el concepto de Freud del instinto de muerte. Se sintió apoyada por su propia experiencia al ser valorada, por muchos colegas, por ella misma y no por formar parte de un grupo.

Describiendo algunas de las cosas que fueron erróneas en su psicoanálisis con Melanie Klein, Paula comenta que no podía recordar a Melanie Klein interpretando la transferencia relacionada entre ella misma - Melanie Klein- deprimida tras la pérdida

de su hijo, y la madre de Paula Heimann deprimida por la pérdida de su hermano mayor. Paula se dio cuenta más tarde de que ella tuvo la tentación de cuidar a Melanie Klein, como repetición de la manera en que ella se había comportado con su propia madre, quien tuvo tanta admiración por la capacidad de Paula de ser así. Quizás con retrospectiva, también se puede observar la necesidad de Melanie Klein de tener una sustituta de su propia hija, (Melitta, también Psicoanalista, y quien en 1935 llegó a ser realmente marginada por su madre), alguien que le brindara satisfacciones apoyando y valorando sus teorías. Paula misma, fue muy consciente del hecho de que ella misma sustituyó a su hermana mayor muerta.

Después de dejar el grupo de Klein, Paula Heimann fue mucho más solicitada como Analista de Formación y como Supervisora, y tuvo un papel importante en la formación de psicoanalistas, continuando con publicaciones de artículos.

Muere el 22 de octubre de 1982 en Londres a la edad de 83 años.

### **Estructura psíquica según Paula Heimann**

Paula Heimann parte de la estructura mental propuesta por Freud: Ello, Yo y Superyó. El Ello considerado como la sede de los instintos que buscan su satisfacción, el Yo como el intermediario entre los impulsos instintivos y el mundo externo y el Superyó, como el representante internalizado de los objetos más importantes del individuo, sus padres; es el sistema moral conciente e inconciente.

Debido a la indefensión con que nace el ser humano, necesita el contacto con el mundo externo, en donde buscará los objetos que satisfagan sus necesidades. Se constituye así el Yo, como la parte superficial del Ello y en su contacto con el exterior percibe cuáles son los objetos adecuados y cuáles pueden ser peligrosos. Según Paula Heimann es esta la función primaria del Yo, la **percepción**, con sus dos aspectos actuando: la **introyección**, es decir la incorporación de lo que es placentero y útil y la **proyección**, la expulsión de lo displacentero. Freud en "El Yo y el Ello" (1923) dice: "en el yo la percepción juega el papel que en el ello recae en el instinto". Pero, no todo estímulo proveniente del mundo externo se introyecta, sino que se percibe y se juzga si es un estímulo adecuado o no, según los intereses del niño, por eso la percepción no es una experiencia pasiva, además permite el almacenamiento en el sistema mnémico y la utilización de lo percibido en actos perceptivos posteriores. El Yo va reconociendo y familiarizándose con el mundo externo y así la percepción conduce a la conciencia, que con la práctica continua (interjuego de la introyección y la proyección) se incrementan mutuamente. Estos mecanismos de introyección y proyección representan no sólo una parte esencial del funcionamiento del yo, sino que son las raíces del yo, los instrumentos de su formación misma. Apreciar el papel que

juegan la introyección y la proyección durante el desarrollo temprano en la función de percepción nos lleva a reconocer que la percepción no se puede separar de la relación objetal. Está claro entonces por qué la percepción es el "núcleo" del Yo, y por qué esta función del organismo da por resultado la transformación del ser humano de una criatura dominada por los instintos en un ser social con razón y control. Paula Heimann considera que el término "estímulo", produce una confusión.

Objetivamente, los estímulos que inciden sobre el ello y fuerzan la percepción y la formación del yo provienen de la naturaleza física (animada o inanimada) y de seres humanos, las personas que rodean al bebé. Pero para la experiencia subjetiva, que es en primer lugar sensación corporal, el mundo y sus estímulos significan la madre que alimenta, porque es en contacto con ella que el niño tiene sus sensaciones más importantes. (Heimann 1943:120) (...) el niño percibe como sensaciones que se fusionan con sus necesidades instintivas o interfieren con ellas, son atribuidas por él a la madre que lo alimenta e interpretadas en términos orales.

(...) el pecho de la madre es su más importante fuente de sensaciones, de satisfacción o insatisfacción, placer o dolor (chupar, tragar, escupir, vomitar)

(...) En este sentido se justifica considerar la sensación oral de la mamada como la primera percepción (Heimann 1943:121).

Esta primera sensación del bebé no es una actividad ni del Ello ni del Yo; es ambas cosas, es una actividad del yo incipiente. La constitución del Yo es gradual, por repetición de la experiencia. Paula Heimann comparte con Ferenczi, que todo progreso mental se efectúa porque el niño introyecta cada vez más de su entorno.

### **Mundo y objetos**

La introyección permite la construcción del mundo interno, siendo éste una creación de la fantasía inconsciente del bebé, su réplica particular del mundo y objetos que lo rodean. Sensaciones, sentimientos, estados de ánimo y formas de conducta están determinados por esas fantasías, que originalmente son incoordinadas, contradictorias e inestables, reflejando el mundo externo de manera distorsionada. Por efecto de la escisión, propia del proceso defensivo, comienzan a existir objetos buenos, gratificantes y objetos malos, frustrantes, tanto internos como externos (objetos parciales) que constituyen la preocupación del bebé en el estadio más primitivo y la base sobre la que se construyen las relaciones objetales. La capacidad de aceptar un objeto gratificador después de una frustración depende de una combinación favorable de la introyección y la proyección, es decir, expulsar el objeto malo e incorporar un objeto bueno, promoviendo de esta manera el contacto con el mundo externo. Pero



hay estados en los que estos mecanismos se encuentran perturbados, el bebé siente que sus objetos internos malos y demasiado poderosos lo invaden y no puede utilizar la proyección como defensa, lo que sugiere el fracaso del instinto de vida. Fantasías de este tipo constituyen un círculo vicioso, la situación interna empeora y no es posible introyectar un objeto bueno para aliviarla y ambas se refuerzan mutuamente. Otra perturbación consiste en no poder proyectar algo bueno promoviendo la confianza en el objeto y su posterior reintroyección.

En la fase temprana los objetos son parciales, debido a que sus experiencias están dominadas por los impulsos orales. El primer objeto, el pecho, es a la vez bueno y malo y el bebé lo trata como dos objetos diferentes y desconectados. Como resultado del desarrollo y la disminución de la escisión, los objetos comienzan a ser ambivalentes (objetos totales): odiado y amado al mismo tiempo.

A medida que se produce el desarrollo instintivo y la progresiva organización del yo, también cambian estas fantasías. Con las fantasías más maduras se llega a la formación de un yo integrado y un superyó uniforme, aunque en estadios posteriores avanzados y a causa de condiciones de tensión pueden reaparecer las fantasías primitivas.

### **Superyó**

Como figura en este mismo texto, los mecanismos de introyección y proyección no sólo contribuyen a la formación del Yo, sino que participan en la formación del Superyó (Heimann 1943:123). La identificación que surge de la introyección de los padres no es completa, dado que en ciertos aspectos muy esenciales el niño no es como sus padres. Así la introyección de los padres es un proceso selectivo, introyecta algunos aspectos y proyecta otros.

Aquí se observan las diferencias con las concepciones de Freud, quien consideraba que el Superyó es el heredero del Complejo de Edipo y que se constituye a partir de la identificación con sus padres. Paula Heimann considera que:

los estadios primitivos del superyó se forman durante las fase en las que la relación del bebé con sus objetos está determinada por fantasías primitivas y en consecuencia las ideas que tiene de sus padres están enormemente distorsionadas. La introyección comienza en la etapa de objeto parcial, con la introyección del pecho de la madre (...) El bebé avanza de la etapa de objeto parcial a la etapa de objetos totales, o sea, personas individuales, y el progreso en la percepción significa también un paso hacia conceptos más realistas. Este proceso se refleja en el mundo de objetos internos, que empiezan con "partes" extremadamente fantásticas y alcanzan gradualmente más y más semejanza

con los padres reales hasta que aparecen en la forma descrita por Freud como Superyó. ... el Superyó descrito por Freud es el producto final de un largo proceso que pasa por distintos estadios, en estrecha relación con las fases sucesivas del desarrollo de los instintos y del yo.

... Con el declinación del Complejo de Edipo, la formación del Superyó alcanza un nivel nuevo y muy importante, ya que las introyecciones y proyecciones anteriores proporcionan sus fundamentos (Heimann 1943:126 a 128)

### **Fantasia-autoerotismo-narcisismo**

Otra de las diferencias con respecto a las teorizaciones freudianas, se refieren al autoerotismo y narcisismo.

Para Freud el narcisismo es un componente regular del desarrollo sexual (Freud 1914) y es un estado en el cual el yo dirige su libido hacia sí mismo. La diferencia entre autoerotismo y narcisismo es que los impulsos autoeróticos son primarios y anteceden a la formación del yo. Para Freud el autoerotismo y luego el narcisismo representan la primera forma que toma la libido y preceden a las fases de objeto libidinal. Paula Heimann, siguiendo las teorizaciones de Melanie Klein, considera que la memoria juega un papel importante en la actividad autoerótica y que el recuerdo que tiene el bebé del pecho está conectado con sus fantasías y con los efectos de la introyección y proyección. Para Freud la gratificación alucinatoria es el resultado de que la catexia pase enteramente del sistema mnémico al sistema perceptivo. Para Paula Heimann, el bebé hace uso de sus fantasías de incorporación, posee dentro de sí el pecho bueno, lo tiene a su disposición, puede manejarlo omnipotentemente y negar el estado real de frustración y de dolor.

Una persona que está alucinando ha hecho una regresión a la forma primitiva de percepción que involucra introyección, y usando varios mecanismos primitivos (magia, omnipotencia y negación), evoca la imagen de su objeto internalizado y la proyecta en el mundo externo. ... Los mecanismos de introyectivos y proyectivos sirven como defensa contra la frustración y protegen al niño de ser inundado por la ira y la agresión ... Así las fantasías sobre el objeto interno preparan el camino para volver al externo, en tanto que, inversamente, el objeto externo procura la experiencia con la que se construye el objeto interno. (Heimann 1943:136-137)

Es decir que en la vida emocional temprana coexisten las actividades autoeróticas y las aloeróticas.

El autoerotismo y el narcisismo no pueden diferenciarse uno del otro: en tanto son formas que emplea el yo infantil para manejar la frustración y que regresivamente son

adoptadas en estados psicopatológicos. Sí difieren en los aspectos relacionados con el estadio de desarrollo del yo. En la fase narcisista, la percepción está más adelantada y actúa más el principio de realidad; se reconocen los objetos totales; los estímulos internos dolorosos no pueden ser tan fácilmente negados y proyectados fuera como en la fase anterior; está más disminuída la capacidad de gratificación alucinatoria y la frustración se siente más que antes, por lo tanto hay más agresión que en el estado autoerótico. La diferencia fundamental entre gratificación autoerótica y conducta narcisista, es que en el primer caso el volverse hacia el pecho interno bueno es la emoción determinante, mientras que en el segundo lo es el alejarse del pecho externo malo, por eso el retorno al objeto externo es más fácil que en el segundo. Esto explicaría las dificultades que se encuentran en el análisis de pacientes narcisistas.

Sintetizando:

Hay introyección y proyección a la largo de toda la vida, pero al igual que todos los otros procesos están sujetos a evolución, e influídas por las crecientes funciones del yo. Su propósito principal, a saber, obtener placer y evitar dolor, sigue siendo el mismo, pero qué constituye placer o dolor cambia de acuerdo con la evolución total de la persona. Estos mecanismos comienzan bajo el predominio de los instintos orales, pero del fin corporal primitivo y egocéntrico de agarrar o arrojar ("comer, escupir") se desarrolla el dar y recibir en relaciones maduras, la función supra-personal de la procreación en la sexualidad adulta, así como el intercambio sublimado de creatividad concreta y abstracta.

... El Psicoanálisis afecta la estructura de la personalidad y llega así al núcleo de los síntomas, trabajando con las resistencias del paciente; es decir, la cooperación y crítica del paciente implica el uso combinado de las funciones básicas de introyección y proyección. (Heimann 1943:123)

### **La transferencia y su interpretación**

Freud en 1919 escribió: "Hemos formulado nuestra tarea médica de este modo: llevar al enfermo de neurosis a tomar noticia de las mociones reprimidas, esas mociones inconcientes que subsisten en él, poniendo para ello en descubierto las resistencias que en su interior se oponen a tales ampliaciones de su saber sobre su propia persona".

Paula Heimann tiene en cuenta esta definición y considera que la ampliación del conocimiento del paciente sobre sí mismo, se realiza a través de su relación emocional con el analista, donde la percepción juega un papel fundamental en el proceso

analítico al intentar conciliar en un todo los elementos conflictivos y reprimidos de la personalidad del paciente. Dentro de este trabajo, la transferencia es un instrumento fundamental, pues en ella es donde se repiten las experiencias originarias del paciente, siguiendo el principio del placer, donde revive sus viejos conflictos con sus correspondientes ansiedades. La diferencia de la situación actual con respecto a la original, es que el objeto emocional del paciente, el analista, no reacciona respondiendo emocionalmente a sus deseos y temores, como lo hicieron sus objetos originales. Para Freud es el principio de abstinencia. El analista contribuye con su percepción y conciencia en lo que está sucediendo para poder dar forma a sus interpretaciones, considerándose el instrumento específico de la terapia psicoanalítica. La repetición permite la modificación, cambios dinámicos en el Yo del paciente, porque la interpretación de la transferencia capacita al Yo del paciente para percibir sus experiencias emocionales, sus impulsos y sus vicisitudes y hacerlos conscientes. Así la interpretación reinstaura el pasado en el presente y lo hace accesible al Yo del paciente. Esto es lo que diferencia al psicoanálisis de las experiencias religiosas (aceptación pasiva): las modificaciones producidas por la participación activa del Yo de percepciones críticamente examinadas.

Otro elemento a tener en cuenta es el papel que juega la fantasía en la vida mental y en la transferencia. La transferencia no es solo las manifestaciones repetitivas de impulsos libidinales y de conflictos no resueltos. En la transferencia no hay una percepción realista ni pensamiento racional por parte del paciente. Él se comporta según sus fantasías infantiles inconscientes, que fueron definidas por Susan Isaacs como:

La fantasía es el corolario mental, el representante psíquico del instinto.

... Todos los impulsos, todos los sentimientos, todas las formas de defensa son experimentadas en fantasías que les dan vida mental y muestran su dirección y propósito.

... Una fantasía representa el contenido particular de los pulsiones o sentimientos (por ejemplo deseos, temores, ansiedades, triunfos, amor o pesar) que dominan a la mente en es instante. (Isaacs 1943: 85-86)

Retomando el pensamiento de Paula Heimann: a través de las fantasías inconscientes, el paciente toma sus ideas, sus recuerdos, sus deseos, sus miedos, etc. como entidades personificadas localizadas en su interior, transfiriendo estos objetos internos en el analista. Es importante también tener en cuenta que la comunicación de una idea o un recuerdo, forma parte y es impulsada por la relación emocional con el analista. (Heimann 1956)

En el proceso analítico hay una regla fundamental para el paciente: decir todo lo que le venga a su mente, iniciar los temas de discusión, no necesariamente debe existir lógica, razón en su comportamiento y lenguaje; para el analista: ser el espejo, observar, escuchar y reflejar los procesos mentales del paciente, es decir, proveer a su Yo de percepciones sobre su paciente. También debe buscar razones y significados de las asociaciones del paciente. Debe limitar la expresión de sus propias emociones, ya sea benevolencia u hostilidad, y deben estar a su servicio para percibir sin prejuicios personales, sin seleccionar ni rechazar (Heimann, 1956). Esto es así también para Freud.

En tanto que para Heimann, el analista debe analizar su propia contratransferencia y extraer de ella datos que sean útiles para ayudar al paciente. Así como debe considerar que el paciente representa su relación objetal pasada en la transferencia, el analista tiene que considerar el hecho recíproco de su propia personalidad. (Heimann, 1956)

En la interpretación transferencial, también se debe tener en cuenta que la introyección del analista por parte del paciente no contribuye a modificar el Superyo arcaico de éste. Como demostró Melanie Klein que el origen del superyo cruel descansa en la proyección infantil de sus propios impulsos sádicos hacia sus padres, como objetos internos y externos. Si introyecta al analista como figura benevolente y permisiva, quedan los padres como objetos perseguidores y se detiene el desarrollo. Lo que debe lograrse es que los conflictos del Yo con su Superyo sean elaborados, es decir, que se produzca un proceso dentro del Yo de reconocimiento y asunción de sus propios impulsos sádicos. Junto con esta modificación del Yo, cambia el Superyo. Deja de ser una figura que limita, que prohíbe y castiga, para asumir el carácter de principios-guía, que el Yo puede examinar críticamente y aceptar como valor. (Heimann, 1956)

Paula Heimann considera que la introyección en la técnica analítica, está relacionada con la función del analista. Éste debe actuar como el Yo suplementario del paciente, en el sentido de que cuida y es responsable de su paciente, de manera diferente al rol suplementario de los padres, ya sea por su escucha, por el significado otorgado a las producciones del paciente, por el análisis de su contratransferencia y por la interpretación de la transferencia, donde el paciente recrea sus vínculos primarios. La interpretación transferencial, es la herramienta real de la técnica analítica. Los problemas no resueltos del paciente sólo pueden ser reconocidos y hechos accesibles por la comprensión de la transferencia (Heimann, 1956). Así su actuación como Yo suplementario del paciente, provee percepción y conciencia de los propios procesos del paciente al actuar como espejo de éste y permitiéndole la introyección.

Lo que el paciente introyecta es algo que esencialmente pertenece a su propio Yo, pero que ha estado en desuso... el paciente llega a nuevas ideas y puntos de vista, nuevas constelaciones emocionales, pero son una parte de su propio self, no la ideas o emociones de su analista... se descubre y redescubre a sí mismo; también crece y sus capacidades se desarrollan; llega a ser más creativo (Heimann, 1956)

### **Primera conceptualización de contratransferencia**

A partir de sus experiencias personales y profesionales, Paula Heimann desarrolló el concepto de contratransferencia. Define la contratransferencia como la totalidad de los sentimientos que el analista vivencia hacia su paciente. La contratransferencia del analista es un instrumento de investigación hacia el inconsciente del paciente (Heimann, 1950)

Sus experiencias como analista de control, le permiten observar el temor y los sentimientos de culpa cuando los candidatos se hacían conscientes de sus sentimientos hacia los pacientes y en consecuencia trataban de evita cualquier respuesta emocional. Considera que esto se debe a una mala interpretación de las recomendaciones de Freud (Freud, 1912), comparando la actitud del analista con la del cirujano (Heimann, 1950)

Hace un recorrido desde los primeros trabajos de Freud y dice:

En vista de la interdependencia de los conceptos de transferencia y contratransferencia, quisiera retrotraerlos por un momento hasta la era preanalítica, hasta el período en que Freud todavía no había descubierto la transferencia. El terapeuta estaba en el papel de un ayudante amistoso que animaba al paciente a recordar todo lo relacionado con su dolencia, sus síntomas histéricos, y que facilitaba el recuerdo mediante la hipnosis. Las emociones violentas que acompañaban el recordar del paciente, se dirigían hacia sus objetos pasados, y una vez descargados, éste se sentía notoriamente mejor. Este alivio, manifiesto y a veces altamente dramático, era debido evidentemente al procedimiento del médico, y probaba su eficacia. Paciente y médico estaban unidos en su propósito, en un mismo bando, en contra de los objetos pasados del paciente, que aparecían en sus recuerdos, y hacia quienes dirigía toda la fuerza de sus afectos e impulsos.

El descubrimiento revolucionario de la transferencia por Freud cambió fundamentalmente la situación del tratamiento. Este es el punto que desearía enfatizar: con el reconocimiento de la transferencia, las exigencias que su trabajo demandan al analista se incrementaron desmesuradamente.

Mientras el terapeuta no hacía más que administrar un agente terapéutico a su paciente, en este caso la exhortación a dejar aparecer sus recuerdos en la conciencia y a descargar sus afectos estancados dirigidos hacia sus objetos pasados, su formación psiquiátrica corriente había bastado. Pero cuando la relación paciente-médico se volvió el escenario en el cual el paciente actuaba sus impulsos violentos, inconscientemente convencido de que se originaban actualmente y realmente en las actividades y la conducta del analista, el terapeuta mismo se volvió agente terapéutico y necesitó una formación especial para protegerse a sí mismo y al paciente contra su implicación emocional y su reacción a la actuación del paciente. (Heimann, 1960)

El descubrimiento de la transferencia y su interpretación le otorga un dinamismo especial a la relación paciente-terapeuta, una relación de dos personas con funciones complementarias que se expresan en la regla fundamental de la asociación libre para el paciente y la atención flotante para el analista. (Heimann, 1954)

El concepto de contratransferencia fue presentado por Freud en forma muy breve. La describió como "el resultado de la influencia del paciente sobre los sentimientos inconscientes del analista" (Freud, 1910) y exigió que se le reconociese y superara. Muchas veces se la considera sólo como la transferencia del analista hacia el paciente. Pero para Paula Heimann, en el prefijo "contra" existe un factor adicional además de la transferencia del analista hacia el paciente, la contratransferencia tiene un significado operacional específico, se debe manejar de una manera diferente de lo postulado por Freud.

Transferencia y contratransferencia pueden distinguirse conceptualmente, pero en la experiencia real, ambos componentes se encuentran fusionados y son interdependientes.

En conclusión, en el pensamiento de P. Heimann, el mandamiento de Freud de que la contratransferencia debe ser reconocida y superada, sigue teniendo igual valor que en su época, pero cuando se produce, debe ser orientada hacia algún propósito útil (Heimann, 1960)

### **La situación analítica**

Paula Heimann plantea que la misma ha sido investigada y descrita desde muchos ángulos, y existe un acuerdo general sobre su carácter único, pero no se ha hecho suficiente hincapié en que es una relación entre dos personas. Lo que distingue esta relación de otras, no es la presencia de sentimientos sólo en una parte, el paciente, y la ausencia en la otra, el analista, sino por encima de todo, el grado de sentimientos experimentados por el analista y el uso que se haga de ellos, siendo estos factores

interdependientes. La respuesta emocional del analista hacia su paciente en la situación analítica representa una de las más importantes herramientas para su trabajo.

Existen diferencias entre autores sobre la comunicación de la contratransferencia al paciente, que haría más humana la relación terapéutica. Esto, sin embargo, es un asunto personal, sostiene Paula Heimann, aunque no considera correcto que el analista comunique sus sentimientos a su paciente. Tal honestidad estaría en la línea de una confesión y sería una carga para éste. En cualquier caso, esta comunicación aleja de la situación analítica. Las emociones despertadas en el analista serán de gran valor para el paciente si son usadas por éste como una fuente más de insight dentro de los conflictos inconscientes y defensas del paciente; y cuando ellas son interpretadas y elaboradas, los cambios resultantes en el Yo del paciente incluyen la consolidación de su sentido de realidad para que vea a su analista como un ser humano, no como a un dios o aun demonio, y que la relación "humana" en la situación analítica continúe sin que el analista haya recurrido a significados extra-analíticos.

Con respecto a la función del analista, Paula Heimann considera que uno de los requisitos es mantener una uniforme atención flotante, para poder seguir las asociaciones del paciente, eso lo capacita para escuchar simultáneamente en varios niveles. Escuchando de esta manera el analista evita el peligro de llegar a preocuparse con un solo tema y permanece receptivo para captar los cambios de tema, las secuencias y lagunas en las asociaciones del paciente.

Esta atención flotante le permite también un acceso a su sensibilidad emocional, para poder seguir los movimientos emocionales y las fantasías inconscientes del paciente (Heimann, 1950)

Lo que aparece a la superficie son estos sentimientos, los del paciente y los del analista en su contratransferencia. Comparando los sentimientos despertados en él mismo con las asociaciones de su paciente y su comportamiento, el analista posee el máspreciado indicador de si ha entendido o no al mismo. (Heimann, 1960)

Acudimos a Money Kyrle para explicar algunos aspectos de la teoría de Paula Heimann sobre la contratransferencia. Considera que el concepto de contratransferencia, puede ser utilizado en la forma descrita por Paula Heimann en "La contratransferencia" (1960), destacando sus causas en el paciente y a partir del énfasis puesto en el interjuego entre introyección y proyección. M. Kyrle, coincidiendo con nuestra autora, dice:

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 paciente habla, el analista se identificará

introyectivamente con él y habiéndolo comprendido, dentro de sí, lo reprojectará 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 ayudarán a responder con nuevas asociaciones que también serán comprendidas.

Mientras el analista comprende, 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. (M.Kyrle, 1956)

Retomando a Heimann, los mecanismos de identificación introyectiva e identificación proyectiva están en la base de la empatía o rapport. Aunque la identificación es necesaria para el analista para comprender a su paciente, también trae inconvenientes si no es concientizada y controlada. Paula Heimann sostiene que a relación entre las dos partes de la situación analítica se caracteriza por la cooperación, no por la introyección o la proyección con el fin de dominar al otro. (P: Heimann, 1954). Aquí se hacen evidentes las diferencias entre Melanie Klein y Paula Heimann en relación a la envidia primaria. La concepción de envidia para M: Klein, deriva de los trabajos acerca de la identificación proyectiva en su relación con el instinto de muerte y acerca de los estados confusionales. Klein supone que la envidia y el instinto de muerte tienen en común algo esencial: ambos atacan la vida y las fuentes de vida. La envidia primaria corresponde a las formas arcaicas y masivas de la identificación proyectiva, destinadas a ubicar en el objeto la destructividad propia que está amenazando al Yo, y de esa manera dañar al objeto o tomar posesión de él y controlarlo. Supone el ataque al pecho bueno y a la capacidad creadora de la madre y se relaciona con lo que podríamos llamar la ira narcisista ante la percepción de que el objeto tiene algo valioso (M. Klein, 1955). Para Paula Heimann, por medio de la identificación proyectiva se pueden proyectar en el objeto, tanto las partes malas, la agresividad, como las partes buenas del Yo. En el primer caso, la agresividad como expresión del instinto de muerte, no tiene la finalidad de destruir al objeto o dominarlo, simplemente desembarazarse de una realidad psíquica que resulta dolorosa, protegiendo así al Yo de su propia destructividad. En el segundo caso correspondería a la idealización del objeto (Heimann, 1943:281)

Las dificultades en la situación analítica, se presentarán cuando el analista no registre sus sentimientos como algo a considerar. La percepción inconciente del inconciente

Como se  
perturbado  
veloc analítica  
en el análisis  
No incluye  
la C

del paciente es más aguda y anticipatoria que su concepción consciente de la situación. La perturbación de los propios sentimientos del analista se debía a un retraso temporal de la comprensión consciente con relación a la inconsciente (Heimann, 1960)

Hay que destacar que en el analista, las emociones intensas de cualquier tipo, de amor u odio, desamparo o ira, impulsan a la acción más que hacia la contemplación e inhiben su capacidad para observar e interpretar la evidencia, por lo tanto si la respuesta emocional del analista es también intensa terminará frustrando el objetivo del proceso analítico.

Paula Heimann considera que la inmediata respuesta emocional hacia su paciente es un significativo indicador del proceso inconsciente de éste y que guía hacia una comprensión más completa. Ella ayuda al analista a focalizar su atención en los elementos más importantes de las asociaciones del paciente y sirve como criterio útil de selección para la interpretación del material, que como sabemos siempre está sobredeterminado.

La contratransferencia del analista no es sólo una parte de la relación analítica, sino que es una creación del paciente, es una parte de la personalidad de éste (Heimann, 1950)

En cuanto a la habilidad del analista dice:

... lo que lo hace de uso único para el paciente es su habilidad, que llegó a desarrollar mediante un entrenamiento especial. Mediante esta habilidad, es capaz de descubrir las razones y los significados en la vida de su paciente, las fuentes de sus motivaciones, la red compleja de su personalidad, inclusive las interacciones y oscilaciones entre las fantasías primitivas inconscientes y las percepciones y los juicios adecuados a la realidad. Puede descubrir, y presentar sus descubrimientos al paciente en una forma emocionalmente significativa y, por ello mismo, dinámicamente eficiente. "Esta habilidad que posee el analista lo ubica en una posición única vis-a-vis de su paciente, que es necesaria y vale la pena preservar.

... la habilidad del analista es desarrollada por su formación, y no adquirida. Pero sólo mediante su arte debe expresarse la personalidad del analista (Heimann, 1960)

Desde este punto de vista, la finalidad del análisis personal del analista, no es transformarlo en un cerebro mecánico que pueda producir interpretaciones sobre la base de un procedimiento puramente intelectual, sino capacitarlo para sustentar los sentimientos que son movilizados en él, en oposición a la descarga de ellos (como lo hace el paciente), con el fin de subordinarlos a la tarea analítica, en la cual funciona

Freud → reconocer y dominar →

como el reflejo del paciente en un espejo. Si un analista intenta trabajar sin atender a sus sentimientos, sus interpretaciones serán pobres.

Cuando el analista en su propio análisis ha trabajado sus conflictos infantiles y ansiedades (paranoicas y depresivas), entonces él puede fácilmente establecer contacto con su propio inconsciente, y no imputará a su paciente lo que le pertenece a sí mismo. Este habrá alcanzado un confiable equilibrio que le capacita para comprender lo que el paciente proyecta sobre él, cuando dramatiza sus conflictos en la relación analítica.

En opinión de Paula Heimann, el criterio de Freud de que el analista debe "reconocer y dominar" su contratransferencia no llevaría a la conclusión de que la contratransferencia es un factor disruptivo y que el analista debería llegar a ser insensible y aislado, sino más bien que él debe usar sus respuestas emocionales como una llave al inconsciente del paciente. Esto lo protegería de participar como co-actor de la escena que el paciente re-crea en la relación psicoanalítica y de explotarlo para sus propias necesidades. Al mismo tiempo encontrará un amplio estímulo para trabajar en sí mismo una y otra vez, y continuar el análisis de sus propios problemas (Heimann, 1950).

conduce  
de  
Heimann

El futuro analista está expuesto a la violencia de los impulsos instintivos primitivos, el temor y el desplazamiento de los conflictos de la infancia temprana en los pacientes, y él será capaz de tratar con ellos solamente experimentando y trabajando los mismos problemas en sí mismo. (Heimann, 1954)

...ningún analista es completa y perfectamente analizado, y siempre permanecen residuos neuróticos. ¿Cuál es el signo de la acción de nuestros residuos neuróticos? Pienso que la respuesta es sencilla: cada vez que sentimos la tendencia a salir de la situación analítica hacia una situación de relación interpersonal común. (Heimann, 1960)

En "La contratransferencia" (1960), considera que el autoanálisis y la autoformación continuos del analista, le permiten mejorar su sensibilidad en relación a las funciones de su Yo consciente, a las que se refirió como "percepción".

## Procesos cognitivos del analista: una segunda vuelta sobre la contratransferencia

En "Nuevas aportaciones del proceso cognitivo del analista" (Heimann, 1977), muestra que en la situación clínica, el interés se ha focalizado en el analista, en lo que le ocurre y en cómo procede, y que los psicoanalistas desarrollan su propio autoanálisis para aclarar los procesos cognitivos que realizan. Cita una definición de cognición dada por Holt (*The emergence of cognitive psychology*, 1964), que dice que es más que un proceso de pensamiento porque incluye percepción, juicio, formación de conceptos, creatividad y resolución de problemas. Paula Heimann añade a esta lista las funciones del Yo que Freud propone: la percepción, la atención, el almacenamiento en la memoria. Toma de Beres (*Perception, imagination, and reality*, 1960) el concepto de imaginación, definido como "la capacidad para formar una representación mental de un objeto ausente, un afecto, una función corporal o una pulsión". Pero para ella no es suficiente, sostiene que la comprensión de una persona se debe a la introyección y proyección, es decir que comprendemos a una persona formándonos una imagen mental, pero sólo cuando se produce algo más, cuando nos identificamos con ella, se produce un cambio en el yo del analista.

Otra función que agrega, es la contratransferencia, como herramienta de trabajo, utilizada a veces de manera automática, sin que produzca perturbación. Pero cuando la misma demanda nuestra atención, es porque algo ha fallado y es necesario buscar el origen de esa perturbación. El Yo alienado del analista se recupera al analizar la contratransferencia perturbada. Al decir de Fliess (*The metapsychology of the analyst*, 1942), ha recuperado su "Yo de trabajo" (capacidad para soportar las demandas del paciente) y redescubierto el "modelo de trabajo del paciente" propuesto por Greenson (*Empathy and its vicissitudes*, 1969).

En la situación analítica, el analista alterna entre la escucha y habla, posiciones que utilizan diferentes configuraciones especiales del Yo, donde algunas funciones tienen primacía sobre otras. En la configuración del analista como escucha, prioriza su atención flotante, una escucha silenciosa con comentarios internos. Aquí el rol de la imaginación (como formación de imágenes) ayuda a construir el "modelo de trabajo del paciente". Como observador participante, el analista funciona como biógrafo del paciente, no sólo de su pasado, también está imaginando y formando imágenes sobre el futuro del paciente. En la situación analítica se encuentran presente, pasado y futuro.

Relacionando la primacía de la atención, el juicio o evaluación, se llega a la acción, siendo ésta la interpretación del analista, su comentario verbal al paciente. Hasta

aquí, el proceso cognitivo involucra formación de conceptos, aprendizaje, creatividad y resolución de problemas.

Muchas veces esta transición de una escucha receptiva a la parte activa con comentarios válidos puede ser sentida como una difícil tarea. El paciente espera algo de su analista. No siempre es fácil satisfacer esta expectativa, decir lo correcto (Heimann, 1977)

Lo difícil de esta tarea, se refiere a que el paciente realiza comunicaciones espontáneas, habla de sus intereses, sus preocupaciones sentimientos, problemas, etc., mientras que lo que verbaliza el analista está determinado por su paciente, por eso las intervenciones terapéuticas tienen una responsabilidad especial. Su tarea es ser compañero en el diálogo y ésta puede dividirse en dos partes que interactúan y se influyen mutuamente: una se refiere al proceso interno del analista y la otra a su paciente. Para poder mantener con su paciente un rapport verbal, debe dar a sus pensamientos una existencia exterior, transformar un discurso interior (comentarios internos) en un discurso hacia el paciente. Hay alguna pérdida de la atención flotante, puesto que está centrado en transformar imágenes internas en palabras, es un acto creativo. Aquí la tarea del analista como compañero en el diálogo, es doble y necesita un entrenamiento especial: verbalizar la interpretación y observar la reacción del paciente.

Entre las funciones del Yo en estas actividades, además de las ya mencionadas, se encuentran la organización de impresiones y pensamientos, discernir la jerarquía de significación y orden temporal, claridad y forma apropiada. Intervenir no es sólo verbalizar un discurso, sino también el uso de monosílabos o la repetición de algo dicho por el paciente con una inflexión diferente que sugiere un nuevo significado y llama la atención de éste. Prioriza la claridad conceptual y la creatividad antes que la habilidad lingüística.

En su experiencia analítica, Paula Heimann considera que es preferible hacer menos interpretaciones y usar más la repetición de palabras del paciente o aclaraciones y comentarios. Tampoco es partidaria de medir la interpretación por su longitud, y que lo importante es que estas interpretaciones o comentarios permitan al paciente experimentar el proceso analítico como iluminador e inspirador, facilitando sus propias actividades creativas.

El analista también actúa como su propio supervisor. La memoria juega un importante papel, ya que no es automática, es selectiva como la percepción de lo que ocurre en la sesión. Además de memorizar datos, reconstruye, recrea, investiga, se entrena. Su capacidad de recordar está fuertemente influida por motivaciones emocionales que chocan con intereses cognitivos... "parece que el superyó vuelve, con una venganza,

por decirlo así, castigando severamente el trabajo del analista, falsificando sus recuerdos y su evaluación cognitiva actual" (Heimann, 1977)

Por eso Heimann pone tanto énfasis en la investigación de las perturbaciones que se producen en la contratransferencia y dice: "Una vez más vemos la sabiduría de Freud cuando demandaba el análisis del analista"

### Conclusión

El concepto de contratransferencia, definido como el conjunto de reacciones y sentimientos que el analista experimenta respecto al paciente, ha despertado desde su concepción, serias polémicas en las diferentes escuelas dentro del movimiento psicoanalítico. Mientras que el concepto de transferencia fue aceptado como principal instrumento técnico del psicoanálisis, la contratransferencia tardó casi 40 años en obtener su reconocimiento. Durante décadas mantuvo una imagen negativa, debido a la interpretación literal de las recomendaciones técnicas de Freud.

De los numerosos psicoanalistas que contribuyeron al enriquecimiento de este concepto (Balint (1939), Winnicott (1949), Racker (1948), Litte (1951), entre otros), fue la original contribución de P. Heimann la que marca un hito en el reconocimiento de la contratransferencia y en los desarrollos posteriores.

Amplía la definición dada por Freud: en primer lugar, es el conjunto de las respuestas afectivas del analista; en segundo término, postula de una manera original su utilización como instrumento para la comprensión del paciente y como tercero, el carácter interdependiente de la transferencia y la contratransferencia. Aún más, al definir el término: "La contratransferencia del analista es, no sólo parte esencial de la relación analítica, sino que es la creación del paciente. Ella es una parte la personalidad del paciente" (Heimann, 1950), puede observarse el énfasis otorgado a la contratransferencia, totalmente causada por la subjetividad del paciente.

Un cuarto desarrollo del concepto de contratransferencia, muestra que, así como en los orígenes de la vida, la percepción tiene una importancia fundamental, contribuyendo a la constitución del Yo y del Superyó por medio de los mecanismos de introyección y proyección, también dichos mecanismos continúan a lo largo de toda la vida, y dentro de la relación analista-terapeuta juegan un papel fundamental, ya que son los precursores de todo el dinamismo transferencial-contratransferencial.

Como quinto aporte, podemos inferir otros aspectos, entre ellos, la ética en la práctica del psicoanálisis basada en el respeto por las diferencias y la implicación del analista. Para ello, según lo postulado por Freud, tiene en cuenta el principio de abstinencia, que implica no satisfacer las demandas del paciente, ni desempeñar los papeles que éste tiende a imponer. Alude aquí a los límites de la implicación del analista.



principio de neutralidad, es utilizado como la no imposición por parte del analista de valores e ideales, pero no como objetividad en la práctica analítica, sino un trabajo sobre él mismo a través de su propio análisis y del autoanálisis de la contratransferencia. Desde esta perspectiva, puede sostenerse el principio de abstinencia, para posibilitar la dirección del tratamiento. En cambio, la neutralidad como ilusión de una objetividad da como resultado un análisis que se sostiene en una teoría y no en la escucha de la singularidad del paciente. (Carpintero, 1998)

Observamos en estos últimos desarrollos, un cambio en lo que postula sobre el concepto de contratransferencia. En las primeras conceptualizaciones su interés está centrado en la percepción y en los mecanismos de introyección y proyección, donde la contratransferencia es la reacción a la transferencia del paciente. Posteriormente, su interés se centra en los procesos cognitivos que realiza el analista para analizar e interpretar su contratransferencia.

Es de destacar el contexto en el que Paula Heimann realiza estas conceptualizaciones. A pesar de la relación que la unía a Melanie Klein, logra fortalecer su posición tanto personal como profesional. Como sabemos, fue colega, paciente, amiga y seguidora de su teoría, aunque discrepaba con ella en relación a algunos conceptos. Fue ubicándose así, como psicoanalista independiente, llegando a ser reconocida y valorada, no solo dentro de la Sociedad Psicoanalítica Británica, sino también por los psicoanalistas contemporáneos en general.

Go Contwuhomage, P Heimann 1960.

## CAPÍTULO III

### MARGARET LITTLE

#### **Su biografía**

Margaret Little nace en Bedford en 1905, segunda de cinco hermanos. Comenzó su carrera estudiando medicina, completando su formación en el St. Mary's Hospital en 1927. Desde 1928 hasta 1939 trabajó como Médico General en Edgware, West London. Desde 1936 hasta 1939 fue ayudante clínico en el Instituto de Psicoterapia Tavistock y comenzó su práctica privada como psiquiatra y psicoterapeuta. Entre 1936 y 1938 realizó un análisis con un terapeuta jungiano al que ella se referiría más tarde solo como "Dr. X". Este la presentó a Ella Freeman Sharpe, con quien se analizó entre 1940 y 1947, y la animó a formarse como psicoterapeuta en el Instituto Tavistock. Fue una época marcada por la muerte de su padre en 1945. Más tarde siguió la formación de la Sociedad Psicoanalítica Británica, donde fue reconocida como psicoanalista. Se analizó con Winnicott entre 1949 y 1955, más otra etapa en 1957.

Sus trabajos sobre la contratransferencia, publicados entre 1951 y 1967, y principalmente el propio relato de su historia personal, sus crisis de angustia psicótica, y del análisis realizado con Donald W. Winnicott, han causado un importante impacto y debates en la comunidad psicoanalítica, a la que perteneció hasta su fallecimiento en 1994.

Fue una activa integrante del grupo llamado de los "independientes británicos", los que no se posicionaron en los intensos debates habidos entre los seguidores de Anna Freud y Melanie Klein. En este grupo también se encontraba Winnicott y aquellos que a pesar de tener predisposición por las ideas de Klein, no podían renunciar a destacar la importancia técnica de la "realidad" (contraparte de la "fantasía").

Sus escritos y documentos personales se hallan depositados en los Archivos de la Sociedad Psicoanalítica Británica en Londres, bajo la tutela del Winnicott Trust.

#### **Sus análisis**

Además de su formación psicoanalítica, Little atraviesa tres diferentes clases de análisis personal (jungiano, freudiano clásico y de relaciones objetales) de los cuales extrae algunas experiencias que servirán a futuras teorizaciones.

Como ya dijimos, entre 1936 y 1938 se analiza con el Dr. X, el cual la consideró como neurótica leve. Según Little, él se daba cuenta de la tensión que la asfixiaba pero no intentaba comprenderla. Le permitió romper el vínculo dominante que la había atado a

una amiga y establecer con ella una relación diferente. Algunos síntomas menores, en su mayoría somáticos fueron desapareciendo. Finalizando el análisis, el Dr. X le dijo que sólo necesitaba realizar una "síntesis" para lo cual estaba capacitada y podía hacerla por sí misma, le dijo: "sé tú misma", pero ella no sabía como hacerlo. (Little 1990:28)

Entre 1940 y 1947 se analizó con la Dra. Sharpe, dice que cuando la conoció por primera vez, tuvo una visión casi alucinatoria y huyó, hasta que en 1940 necesitó consultarla. Por ese entonces padecía un miedo de gran intensidad, pánico, terror a la destrucción total, al desmembramiento del cuerpo, a volverse loca, ser borrada, abandonada, olvidada. Este terror a la aniquilación total, no proviene de una neurosis de transferencia, sino de una psicosis de transferencia, como ella misma pudo averiguar más tarde. Entabla una lucha constante con la Dra. Sharpe, ya que ella insistía en interpretar lo que Little decía en términos de un conflicto intrapsíquico, en relación con la sexualidad infantil. Mientras que Little trataba de darle a entender que sus problemas tenían que ver con la "existencia" y la "identidad". En las áreas psicóticas de Margaret, Sharpe se volvió idéntica a su madre, quien no había brindado un ambiente donde hubiera sido seguro "ser". En realidad Margaret en realidad se sentía como una "no persona" insistiendo en que le gustaría "ser alguien". (Little, 1990:36)

En el transcurso del análisis, Little observa como siempre en el diván la realidad debía dejarse de lado, por ejemplo lo que sucedía en relación a la analista ( edad , salud, etc.) , quien en ocasiones, ocultando tal realidad , daba explicaciones ilógicas, como lo había hecho alguna vez su madre.

Sabía que nunca había tocado sus verdaderos problemas y aún sin saber que significaba "ser ella misma" se encontraba expuesta a una angustia psicótica, con ira, culpa, impotencia y desesperación abrumadoras.

Entre 1949 a 1955 y en 1957 se analizó con D. Winnicott, quien continuando el trabajo de M. Klein y aplicando las enseñanzas de sus largos estudios sobre los infantes y sus padres, había tratado pacientes con angustias psicóticas. Winnicott trabajaba con el "sostén o holding ", como conducción de la cura y la "regresión a la dependencia" al nivel de la infancia, incluso de la vida prenatal. Para este, el holding significaba asumir toda la responsabilidad y proporcionar la fuerza del yo que el paciente no podía encontrar en sí mismo y retirarla gradualmente, en la medida en que el paciente pudiese hacerse cargo por sí mismo, proporcionando así un ambiente facilitador donde fuera posible "ser". Winnicott entonces le ofreció a Margaret un ambiente de sostén, le ayudó a que creara un espacio potencial para la ilusión creativa. Le alentaba el interés por los objetos transicionales y por la afirmación del self.

Según Winnicott, el analista debe convertirse en el sustituto real del ambiente de sostén ausente en el pasado y preparar al paciente para un análisis neurótico. Para Winnicott la relación con el analista es una relación de pares, más que de jerarquía entre el pecho y el infante al que este alimenta, a diferencia del pensamiento kleiniano. Reconoce la dependencia mutua entre analista y paciente. También dice que la regresión en el paciente, es correspondiente a la regresión en el analista. Y además legitima los aspectos terapéuticos (positivos) de la contratransferencia. Revisaba su trabajo constantemente y reconocía y corregía cualquier error u omisión, cuando así lo requería el material del paciente.

Todas estas ideas van a ser compartidas y utilizadas por Little.

Margaret nos ofrece en su obra "Relato de mi análisis con Winnicott" (Little, 1990), una perspectiva de una psicosis de transferencia donde se ve claramente la regresión cataclísmica y desorganizadora, además de describir las raíces que tiene ésta psicosis en la primera infancia.

Little rescata de Winnicott que todo analizado es sensible a lo que le sucede a su analista (hecho que había observado en el anterior análisis con Sharpe)

Winnicott dejaba entrever lo que un análisis como el de ella exigía de él: exigencias que el estaba dispuesto a atender. El debía soportar la angustia, la culpa, el dolor, la pena, la inseguridad, la impotencia, lo insoportable. Era una persona viviente, verdadera, con quien ella mantenía una relación nacida años antes y que ya no se basaba solo en la transferencia. Winnicott la hacía sentir segura, incrementaba su capacidad de ser valorada y de estimarse a si misma.

En la segunda etapa de análisis con Winnicott, entre los años 1957 y 1984, Margaret ya no era una "no persona", su identidad era reconocida por Winnicott y por otros. Éste análisis, le permitió hallar y liberar su verdadero self, su espontaneidad, su creatividad y la capacidad para jugar.

Little se consideró una psicótica borderline, destacando que el "valor de la regresión a la dependencia"( Little 1990:79) se expresa de un modo simple, es una manera de explorar áreas donde predominan angustias psicóticas, descubrir experiencias tempranas y reconocer y resolver ideas erróneas subyacentes, mediante la asociación transferencia – contratransferencia de analista y analizado.

Winnicott era totalmente consciente de su contratransferencia señala Little, y pudo utilizarla en forma positiva, practicando un sostén y un cuidado hacia Little suficientemente confiable. Pudo descargar su odio al cobrar, tomarse vacaciones, internarla en el hospital. Pudo responder psíquicamente en todos los niveles incluyendo el del delirio, representado en forma corporal cuando sostenía sus manos

como si fuera un cordón umbilical. Más tarde Little encontró en Winnicott algo de su contratransferencia intuitiva de la que tal vez él, no fuera totalmente consciente.

En una presentación teórica Winnicott brindó a Little un generoso reconocimiento a la contribución que ella había hecho con algunos de sus trabajos. Destacó que el uso del concepto de "transferencia delirante" había sido tomado de ella y explicó que esto era algo que él había necesitado y que había tomado de Little casi como si "lo hubiera robado del bolso de mi madre". Little dice que "el bolso de mi madre" es una metáfora referida a su vientre y que Winnicott la utiliza como ilustración de su enunciado inicial acerca de la importancia de la transferencia y la contratransferencia en el tratamiento. (Little 1990: 101)

### **Sus teorizaciones acerca de la contratransferencia**

Según M. Little (1950), distintos analistas utilizan el término "contratransferencia" pero el significado que le dan difiere; agrega que no encuentra una buena definición. Las dificultades radican, en que la "contratransferencia inconsciente", es algo que no se observa como tal, sino únicamente en sus efectos. La actitud total del analista, compromete todo su psiquismo, compromete a su ello, a fragmentos de su superyó y de su yo, y ninguna frontera claramente delimitada los separa. Todo análisis, autoanálisis incluido, supone un analizando y un analista, y en cierto modo, son inseparables. Además el analista tiene una actitud hacia la contratransferencia, es decir, hacia sus propios sentimientos y sus propias ideas, bien paranoide o fóbica, presentándose en ciertas ocasiones como dificultad, especialmente cuando sus sentimientos tengan el peligro de ser subjetivos, es decir que tengan que ver con cuestiones propias de analista. Little los diferencia de los sentimientos objetivos que serían aquellos motivados por el comportamiento efectivo del paciente.

Para Little hay un momento en el desarrollo de la cura en el cual es esencial para el paciente reconocer en el analista, no solo la existencia de sentimientos objetivos sino también de sentimientos subjetivos. Por otra parte el analista debe desarrollar, una "contratransferencia inconsciente" que no interfiera con los intereses del paciente y la cura.

Margaret Little en su libro "Relato de mi análisis con Winnicott" (1990), recuerda lo que había escrito en 1950. La contratransferencia consiste en:

...elementos reprimidos, hasta aquí sin analizar, en el analista en si mismo, vinculados al paciente del mismo modo en que el paciente transfiere al analista afectos, etc, que corresponden a sus padres o a los objetos de su infancia, es decir el analista ve al paciente (temporariamente y con variaciones) como el vio a sus propios padres... estos sentimientos son

infantiles, subjetivos, e irracionales, algunos placenteros y otros dolorosos...

(Little, 1990:80)

### **La técnica**

M. Little defenderá la necesidad, llegado el caso, de comunicar su contratransferencia al paciente. Se pregunta si la utilización de esta como herramienta no sería muy útil e incluso indispensable en el análisis.

Veamos con más detalle sus concepciones técnicas. Muchos pacientes son incapaces de hacer uso de las interpretaciones de transferencia antes de que no haya ocurrido algún cambio, que haga su yo accesible. De tal forma, según Little, la comunicación de la contratransferencia puede ayudar a producir ese cambio, presentando la realidad y rompiendo con una transferencia ilusoria, confrontando con lo que es verdad, como en el despertar de un sueño.

Las dificultades para hacer aceptar a pacientes las interpretaciones de transferencia, el surgimiento de las tensiones frecuentes e imprevisibles que a menudo conducen a un violento "acting out": eso, y otras muchas cosas han sido consideradas como resultando de una insuficiencia en el analista, análisis insuficiente, rechazo para admitir sus propias angustias, acting out de su parte.

Verbalización, comprensión e interpretación han sido consideradas como muy importantes. Pero la necesidad de una reelaboración o reelaboración, ha sido reconocida después de mucho tiempo como un proceso necesario en el análisis del paciente. Es importante comprender lo que pasa en el proceso y si se puede hacer alguna cosa para ayudarlo.

En los pacientes cuyo sentido de la realidad esta seriamente perturbado, que no pueden discernir ilusión o alucinación de la realidad, no es posible utilizar interpretaciones de transferencia, porque la transferencia misma es de naturaleza ilusoria. La interpretación de la transferencia precisa la utilización del pensamiento deductivo, de la simbolización, y la aceptación de sustitutos. Es imposible transferir lo que, no estando ahí, no puede serlo, y la experiencia infantil no ha permitido a estos pacientes poder construir lo que es necesario para ser transferido, o una imagen de alguien sobre quien la transferencia sea posible. Ellos viven aun el mundo primitivo de la primera infancia y sus necesidades hay que situarlas en este nivel, al nivel del narcisismo primario y de la ilusión.

Es preciso encontrar el medio de presentar la realidad a estos pacientes; la mayor parte de ellos son incapaces de utilizarla tal como ella se presenta en su vida cotidiana. La realidad que esta presente, segura, en todo análisis, es el propio analista, su función, su personalidad. Es él quien tiene que encontrar su propios medios y

utilizarlos para reencontrar las necesidades individuales de sus pacientes, encontrar lo que es factible, y definir sus propios límites para dominar las angustias de sus pacientes tanto como sea posible, determinando conscientemente lo que hará o no hará, pero estando seguro de actuar sobre las pulsiones y si llega el caso reaccionar. Es en un sentido, la aceptación de el mismo, tal y como es.

Nos es preciso reconocer en el análisis la misma paradoja que la que surge en otros dominios de la vida, la misma cosa puede ser a la vez buena o mala, lo que parece más seguro puede también ser peligroso o inútil. También es verdad que la interpretación de la transferencia puede ser el responder a las preguntas del paciente, expresar sus sentimientos, actuar sobre la tendencia, etc. Lo más importante es guardar una actitud flexible y confiada, la fuerza y la voluntad de utilizar todos los recursos disponibles. Dice Little:

No podemos obtener los resultados que buscamos y esperamos si no estamos dispuestos a considerar la actitud del analista con respecto a su paciente bajo un nuevo ángulo, y en admitir algunas de las cosas que han tenido lugar en el análisis, pero que a menudo desconocemos o no queremos admitir.

He desarrollado mi método de trabajo desde 1937, antes de llegar a ser didacta. Más tarde he intentado abandonar este método de trabajo que yo había ya escogido, para entregarme a una técnica más clásica menos inortodoxa, y he fracasado con pacientes que habría podido y habría debido curar. Lo que hago lo varío mucho de un paciente a otro. Es en si una expresión de la personalidad del paciente y la confirmación de que no le impongo algo que no le pertenece y que me pertenece a mí. Esta aproximación tiene ventajas pero también inconvenientes. Una medida cuantitativa no es posible en análisis, pero las pruebas usuales y los controles pueden aquí aplicarse como en la totalidad de nuestro trabajo.

(Little1957: 240-254)

La primera estimación de la enfermedad de un paciente puede ser evaluada a la luz de su respuesta a las interpretaciones de transferencia. Si tales interpretaciones son vividas por el paciente como desprovistas de sentido, aún cuando de hecho, muestren que alguna de sus partes significan, por lo menos, algo para él, o si por el contrario son aceptadas, pero sin cambiar su comportamiento o su manera de pensar, según Little: "consideraré tanto uno como el otro caso como patognomónico, siendo más importantes las defensas en el segundo caso que en el primero" (Little, 1957:240-254)

Eso significa que es preciso encontrar las formas de hacer el yo accesible a las interpretaciones de transferencia, sean las que sean, y será preciso someterlas a un examen minucioso.

Evaluando estas variaciones técnicas dice:

Las variaciones en la técnica, no son siempre claras, cuando lo son, el efecto es igual que el de una interpretación acertada. Producirán de entrada un rechazo, para ser aceptadas mas tarde, o serán inmediatamente aceptadas aunque no se produzca aparentemente ningún efecto inmediato y este aparezca mas tarde. (Little, 1957:240-254)

En el caso que la contratransferencia no sea comunicada o sea comunicada en el momento inapropiado, el efecto puede ser negativo. En el análisis de Frida las variaciones tuvieron éxito. No eran errores. Dice Little: "Pensé que no se trataban mas que de un golpe de suerte, pero ya poseo la experiencia consistente en aplicar métodos parecidos en otros muchos análisis, con resultados similares." (Little, 1957:240-254)

El fin de estas variaciones es como ya dijimos, el de "poner el yo del paciente accesible a las interpretaciones de transferencia rompiendo una transferencia ilusoria." (Little, 1957:240-254). La interpretación no tiene influencia sobre la ilusión. La única cosa que lo tiene es presentar la realidad de una manera comparable al despertar de un sueño, uno se apercibe que lo que creía ver no era así, y lo confronta a lo que es de verdad.

Este método no hace de la interpretación ordinaria una redundancia, no es su sustituto, no desmonta todas las resistencias. Estas variaciones son la única posibilidad de dar a la interpretación de la transferencia sentido y utilidad, porque es a partir de ellas por las que un ser humano puede ser conmovido por dichas interpretaciones.

Dice Little:

He intentado poner en evidencia ciertos elementos que, por un lado, considero como esenciales de la respuesta total del analista a las necesidades de sus pacientes, algunas vías posibles para utilizarlas directamente, y el género de efectos que he constatado usándolas. Pienso que, en todo análisis, hay elementos que en un determinado momento deben ser clarificados (Little, 1957:240-254)

Esos elementos aparecen de manera mas manifiesta en el análisis de pacientes muy perturbados, pero también aparecen en neuróticos. Ellos están ahí, implícitos o explícitos, en todo análisis bien llevado y exitoso y algunos también están en todo análisis no tan exitoso.



El odio total o el amor total del analista por su paciente, que dan fuerza e impulso a su respuesta total, comporta a la vez elementos de base, invariables, y de otros que no lo son. El análisis, depende en lo esencial de la calidad de los elementos de base invariables. Esta calidad, a su vez, depende de que el mundo donde vive el analista sea sano y cálido, es decir el punto en el que el analista puede negociar sus propias angustias paranoides y depresión, que son inseparables del trabajo que efectúa. Si él puede contar con estos elementos invariables, por consecuencia, los pacientes consideraran probablemente que él no tiene miedo de ser él mismo y progresivamente lo elaborarán. Este es el factor de base invariable que asegura la estabilidad del analista. Los elementos variables, las contratransferencias inconscientes, las variaciones en el día a día o, en el hora a hora, en las tensiones que carga en él, su salud, sus intereses exteriores, todo esto tiende a crear dificultades, sobre todo si el campo de variación es muy extenso.

Estos elementos forman también parte de la responsabilidad del analista. El debe vigilar para que su campo de variación no sea demasiado extenso, y que estas variaciones ni se fijen ni se modifiquen demasiado. Pero estos elementos, pueden muy bien ser más benéficos que dañinos. Forman parte de la vida del analista, constituyen el movimiento y la vida del análisis. Dice Little:

Porque el análisis es algo vivo, y como todo ser vivo esta en perpetuo estado de cambio. Incluso si el psicoanálisis dejara de existir en poco tiempo, nosotros podríamos ya constatar los numerosos cambios que han vivido, especialmente en el terreno de la técnica.

Hoy en día tratamos a pacientes que hace años se decían inanalizables, M. Klein nos ha recordado recientemente como el análisis de niños, y las interpretaciones de la transferencia estaban totalmente desaprobadas. No podemos prever en que se convertirá el psicoanálisis. No podemos más que saber que cambiará que contribuiremos a ello, y que los cambios que están a punto de producirse serán distintos a los que vendrán en el futuro.

La contratransferencia, en el sentido amplio, múltiple del término, es un fenómeno familiar. Al principio, como la transferencia, fue considerado peligroso, indeseable pero a pesar de todo inevitable. ¡En nuestros días es por lo menos, respetable!

Pero tengo el sentimiento de que debería serlo mucho más. No conocemos bastante lo que son nuestras respuestas a los pacientes, y hemos puesto, con toda sabiduría, mucha prudencia al hacer uso de ella. Pero, lo queramos o no, ella contiene una gran cantidad de energía psíquica, y si queremos aprovechar

esta energía, haremos bien en realizar la experiencia, incluso si tenemos que jugar con ciertos riesgos.

Estoy segura que una experimentación tal, conducida por analistas formados y competentes, es capital para la difusión y desarrollo del psicoanálisis, pero es indispensable que se apoye en un fondo de responsabilidad que implica saber reconocer la contratransferencia y aceptarla voluntariamente (Little 1957:240-254)

### **La interpretación de la contratransferencia**

Margaret Little (1951) y otros autores como Gitelson (1952) han planteado la conveniencia de comunicar al paciente los efectos que han sido producidos por la contratransferencia.

M. Little recomienda que ante algunos errores del analista (como los referidos al dinero, tiempo, o una interpretación) se mencione explícitamente su origen en la "contratransferencia inconsciente". El paciente tiene derecho a expresar su propia cólera y a recibir expresiones de arrepentimiento del analista. La explicación puede ser esencial para el progreso del análisis, reforzará la confianza del paciente en la honradez y buena voluntad del analista, que debe "mostrarse humano", admitiendo que comete errores. Disimular, solo podría causar daño.

Además examina la posibilidad de que el análisis de la contratransferencia pueda llevar el análisis a profundidades mayores, como lo hizo el análisis de la transferencia. De todos modos, según Little, hay que tener mucha cautela ante posibles acting-out o abusos (Little, 1961-62:144). Las interpretaciones de contratransferencia no deben ser soltadas de forma poco juiciosa o sin consideración sobre el paciente.

### **Concepto de contratransferencia**

M. Little, a través del análisis propio y el de sus pacientes, ha llegado a ciertas ideas que desarrolla en el artículo "La contratransferencia y la respuesta que ella aporta al paciente" (1951), ilustrando éstas ideas con el material del análisis de un único paciente. Según Little la mayoría de los pacientes que ella ha analizado entra en la categoría conocida bajo el nombre de "psicopatía" o "neurosis de carácter", algunos de éstos pacientes, seriamente enfermos y perturbados, habían presentado una gran angustia psicótica.

Detalla como los diferentes autores definen a la contratransferencia. Aclara que los autores toman todos estos sentidos o solamente alguno de ellos:

a) La actitud inconsciente del analista hacia su paciente.

b) Los elementos reprimidos no analizados en el analista mismo que este coloca en el paciente de manera idéntica a la que el paciente "transfiere" sobre su analista; son afectos experimentados hacia sus padres o los objetos de su infancia. El analista considera a su paciente como consideraba a sus propios padres.

c) Cualquier actitud o mecanismo específico por el cual el analista descubre la transferencia de su paciente.

d) La totalidad de las actitudes y comportamientos del analista hacia su paciente, aquí se incluyen todas las actitudes conscientes y las que no lo son.

En este artículo también hace referencia, como mencionamos anteriormente, a la dificultad de encontrar una palabra que no signifique cosas diferentes para las personas que la utilicen. Señalando que además de la posible confusión entre sus diversos significados, ocurre que el término "contratransferencia" está investido de una carga emocional que hace difícil la discusión. Evidentemente es imposible evitar la confusión o la carga emocional, pero para reducir ambas a un mínimo, introduce un símbolo "R" a fin de señalar aquello de lo que habla cuando lo define como siendo "la respuesta total del analista a las necesidades de su paciente, cualesquiera sean sus necesidades y cualquiera sea la respuesta". (Little, 1957)

"R", entonces, comprende todo lo que es consciente y todo lo que es inconsciente, lo que ha sido reprimido (normal o patológicamente) y lo que no ha sido jamás consciente. En otros términos, "R" comprende elementos que pertenecen a la vez al Yo, al Superyó y al Ello del analista. La "contratransferencia" no es entonces más que una parte de lo que M. Little ha denominado "R". La expresión "respuesta total", la utiliza para agrupar todo lo que un analista dice, hace, piensa, imagina o experimenta en el curso de un análisis en relación a su paciente.

Todo paciente que llega al análisis tiene ciertas necesidades y a ellas el analista responde de diversas maneras. La respuesta es inevitable y puede evaluarse. Ella es una parte indispensable del análisis que contribuye en mucho a su dinámica y resulta de un equilibrio, de una interacción y de una fusión entre el amor y el odio del analista hacia su paciente.

Se distingue a menudo lo que el analista dice de lo que hace en las curas de sus pacientes, ("interpretación" y "comportamiento") y la creencia habitual es que sólo la interpretación es de un real uso para el paciente. Tal distinción es en sí falsa, porque una interpretación es parte del comportamiento, lo mismo la forma que se le da o el momento elegido para hacerla, etc. Esto vale, también, para el apretón de manos que da o rechaza el analista, las condiciones que él define para el paciente y para él mismo, su silencio, su escucha, sus reacciones o su ausencia de reacción.

Todo esto es la expresión de sus sentimientos, conscientes o inconscientes. Si lo consciente es importante, lo que permanece inconsciente lo es aún más, y ejerce una presión más fuerte de la que imprime lo consciente.

### **Necesidades del análisis**

Siguiendo a M. Little, en todo análisis hay que tener en cuenta las distintas "necesidades" que se presentan. En todos los casos la necesidad más importante es la adquisición de un discernimiento y una evaluación acrecentada de la realidad. Pero numerosos pacientes gravemente enfermos tienen otras necesidades, que deben ser descubiertas en la marcha, sino el análisis se convierte en imposible. La más evidente entre ellas es la hospitalización, pero además el analista debe intervenir en muchas otras ocasiones: disposiciones que debe tomar con el médico de familia para los cuidados, control de sedantes, contactos con el medio y los amigos, control de los acting out ( a menudo necesario para la seguridad del enfermo) todo ello puede responder a necesidades ineludibles, fuera de la rutina habitual que fija las condiciones del análisis, tales como los acuerdos económicos, las horas de las sesiones, y la elección inicial del paciente. Sin estas precauciones, en la mayoría de los casos, ninguna comprensión, ninguna interpretación, tan justa y prudente como pueda serlo, permitirá conducir bien el análisis. Gracias a ellas, éste se hace posible, aunque puedan experimentarse por parte del analista y el paciente, como trabas o atrasos.

### **Responsabilidad del analista**

Otro punto importante es el de la "responsabilidad", el analista no tiene solamente una responsabilidad hacia su paciente, la tiene también hacia sí mismo, hacia el psicoanálisis y hacia la comunidad analítica. Las palabras, las ideas, los sentimientos, los actos, las reacciones del analista, sus decisiones, sus sueños, sus asociaciones, le pertenecen a él mismo, y debe asumir la responsabilidad sobre ellos aún si resultan de procesos inconscientes. Sin embargo, pueden delegarse o compartirse ciertas responsabilidades, según los diferentes pacientes y los momentos de su análisis.

Además, según Little, la responsabilidad del analista tiene sus límites. Nadie está obligado a hacer un trabajo analítico, se trata de una elección y nadie presiona al analista para asumir la carga de los pacientes más perturbados. El tiene el derecho de rechazar emprender una cura en las condiciones que considere como inadecuadas o imprudentes, y de rechazar la continuación si las condiciones cambian por cualquier razón después de comenzada la cura.

Plantea que los analistas mismos olvidan a menudo dos evidencias: la imposibilidad de tener una capacidad de comprensión y de interpretación en un cien por ciento, siendo que aún en un largo tratamiento, muchos elementos permanecen incomprendidos, tanto para el analista como para el paciente.

Todo paciente necesita, en uno u otro momento, ser informado de la responsabilidad asumida por el analista. Siguiendo a Little, asumir sus responsabilidades implica, de entrada, hacer una justa evaluación del paciente, tanto a niveles superficiales como profundo

### **Sentimientos del analista**

Con respecto a los sentimientos que surgen en análisis, ella considera que, los verdaderos sentimientos que el analista coloca sobre su paciente y su deseo de ayudar (es necesario que haya algún sentimiento que nosotros llamamos simpatía, compasión o interés para activar el inicio o la continuación del análisis) tienen que ser expresados clara y explícitamente, nombrados, cuando ellos son experimentados y pueden, por consecuencia, surgir con espontaneidad y sinceridad.

Los pacientes muy enfermos, y algunas veces los que lo son menos, son incapaces de hacer deducciones apropiadas, entonces es necesaria una expresión directa de los sentimientos, de cómo surgen y en el momento que surgen.

Del lado del analista, una absoluta represión de sentimientos no es realista, y puede provocar una gran demanda en referencia a ello. El mismo debe imponerse su propio límite, pero esto no es del mismo orden que reprimirse absolutamente. Es necesaria la expresión consciente de los sentimientos, ya sea deliberadamente determinada o por un impulso. En el caso de "reaccionar", en ciertos momentos, una reacción de tipo primitivo, no solamente no será negativa, sino que aportará una ayuda positiva.

Las reacciones del analista o la expresión de sus sentimientos no son sustitutos de la interpretación aunque ellas puedan en ciertos casos, tratarse como tales. Ellas abren la vía a la interpretación haciendo accesible al paciente, es decir, estableciendo un contacto en una atmósfera nueva, que hasta ahí no se había logrado. Pero más tarde será necesario agregarle interpretaciones en el momento en que ellas puedan ser útiles; de lo contrario, el único cambio consistirá en la apertura de una vía que, sin el apoyo de la interpretación, se volverá a cerrar y la resistencia se acrecentará.

Experimentar un verdadero odio por un paciente durante semanas, o estar a menudo rabioso es excesivamente penoso, porque ello se acompaña de culpabilidad; que esos sentimientos sean consecutivos a las proyecciones del paciente, o que sean objetivos y motivados por el comportamiento efectivo del paciente, es indiferente. Si ellos permanecen inconscientes, son susceptibles de provocar un verdadero daño, pero el

peligro es débil si se hacen conscientes. Sólo su reconocimiento aporta algún alivio y la posibilidad de expresarlos directa o indirectamente. Los sueños son a menudo útiles para poner al día el amor o el odio inconscientes que el paciente no quiere admitir.

La gama de los sentimientos que pueden surgir es bastante extensa. La rabia y el odio, pueden ser consecutivos a la equivocación o la confusión, a la incompreensión, al temor (de ser atacado, de que el paciente se suicide, del fracaso), a la culpabilidad. El amor, la excitación y el placer pueden ser también difíciles. Cuando un paciente acepta finalmente una interpretación y progresa verdaderamente, o aún cuando las partes de un odio violento, su humor y sus sentimientos, se transforman en algo más amistoso, aquí un signo de alivio puede ayudar a tomar conciencia de un cambio que de lo contrario habría sido negado o su conocimiento rechazado, y ayudará también a saber alguna cosa de lo que puede provocar en el otro que de otra forma no lo hubiera creído.

De la misma manera que la responsabilidad y el compromiso, los sentimientos hacia el paciente tienen un límite. Las reivindicaciones de otros pacientes, las exigencias de la vida personal del analista se imponen por sí mismas. El material cambia, los sentimientos también. A menos que esté "enamorado" de su paciente, no habrá ningún riesgo real de que los sentimientos del analista se fijen, él debe continuar expresándolos, lo que se debe temer es que algún sentimiento no haya sido expresado.

El paciente, temprano o tarde deberá enterarse de que nadie puede amar u odiar en su lugar, es necesario que experimente por su propia cuenta y asuma la responsabilidad. Será útil tener delante de sí al analista que experimenta sentimientos y existirá la posibilidad de identificarse con él. Esto sucede en dos tiempos: proyectándole en un principio el hecho de no poder experimentar por su cuenta (como mencionamos anteriormente) y luego introyectando al analista como persona. Cuando veamos el material clínico aparecerán ciertas intervenciones de Little que ejemplifican lo comentado.

### **Relaciones**

Entonces, la responsabilidad, el compromiso y los sentimientos tienen su límite que será evidentemente variable según los diferentes tipos de pacientes tratados y la personalidad del analista. Cada uno de estos elementos, responsabilidad, compromiso, sentimientos, etc. entrañan la manifestación o la afirmación del self del analista en cuanto persona, en tanto que es un ser humano viviente con el que es posible tener un contacto y una relación.

La idea de la pantalla impersonal o del espejo ha servido y sirve aún, a un propósito muy pertinente: aislar la transferencia en los pacientes neuróticos. Pero ella puede servir de defensa, a veces aún de una manera casi concreta, no simbólica, tanto para el paciente como para el analista.

Para los pacientes que sufren angustias psicóticas, y en particular para aquellos que sufren una psicosis real, un contacto más directo con el analista es necesario.

Simbolismo y pensamiento deductivo son indispensables cuando el contacto directo está restringido, y de ambos carecen tales pacientes. Su desarrollo está alterado ya que las realidades de la infancia del paciente coinciden con los fantasmas de los que él tiene necesidad para la perlaboración. En este caso la proyección no es sólo inútil sino de hecho imposible (Little, 1957: 240-254)

Según Little, todo paciente prueba constantemente a su analista para encontrar sus puntos de debilidad y sus límites. El debe descubrir que aquello que es verdad para su analista lo es también para él, es decir que hay una inadecuación entre la fuerza del Yo y la tensión instintiva. Si el paciente puede probar que su analista no es capaz de soportar la angustia, la locura y la desesperación, pensará que lo que experimenta es verdadero. El mundo se destruirá cuando él descargue su tensión, ya que él y su analista son uno e indivisibles.

Esto es así porque el analista es para el paciente de importancia vital para descubrir no sólo que el analista puede soportar la tensión y su descarga, sino también para asumir el hecho de que el analista no puede soportar todo. La diferencia entre la angustia y el pánico, y la diferencia entre su propia angustia y el miedo a la angustia de su paciente, serán claras si el analista es capaz de caer, de levantarse y de proseguir. Es aquí que el reconocimiento de la contratransferencia, es de la mayor importancia. Puede ser necesario que ella sea reconocida a la vez por el paciente y el analista; su negación por éste, aún cuando el paciente la haya percibido, pueda tener serias consecuencias. Es suficiente con admitirla simplemente, los detalles conciernen al analista, pero que una contratransferencia afecte al análisis, concierne al paciente, y él tiene el derecho de saber.

Cada analista, seguramente, tiene sus propias dificultades para dejar venir los hechos vinculados a la misma. Ello nos acerca al problema del control, pero transgredirlo puede ser esencial para ciertos pacientes, ver a sus analistas reaccionar o tratarlos impulsivamente. Conociendo el origen biológico de las reacciones y las pulsiones instintivas al estímulo, y sabiendo que la actividad del Yo no es inmediata y enteramente consciente, Little piensa que es erróneo considerar unas y otras como indeseables o peligrosas aún en un trabajo analítico. En todos los casos, cuando un

análisis evoluciona rápido y las ideas se suceden rápidamente, o los mecanismos cambian, es imposible estar siempre un paso más adelante que el paciente o pensar siempre antes de hablar o hacer. Nos encontramos con que se ha dicho alguna cosa. Si el contacto inconsciente con el paciente es bueno, lo que se ha dicho en general será un logro. Pero la contratransferencia inconsciente es lo más indicado para precipitar una mala respuesta, y la única garantía en este sentido, es que el analista se analice continuamente (Little, 1957)

### **El análisis de Frida**

M. Little presenta algunos ejemplos para fundamentar, lo que ella considera intervenciones en las cuales comunica su contratransferencia, entre ellos encontramos el relato del análisis de Frida (Little, 1957)

En éste caso se trata de seis episodios de un único análisis. Esto sucedió en diez años de análisis. Ésta condensación de diez años, es de hecho apropiada ya que la paciente, Frida, se mostró desorientada en el tiempo a lo largo de todo su análisis, ella utilizaba el tiempo de una manera muy personal, y que no puede ser inmediatamente comprendida. Esta desorientación fue el rasgo principal de su regresión. No hizo síntomas regresivos y tuvo pocas manifestaciones regresivas durante el análisis.

Había sido derivada por cleptomanía, aunque ella no lo mencionó durante más de un año. En su lugar, ella hablaba de sus dificultades con su marido y con sus niños. Sufría de una urticaria en el rostro, la vulva y la cara interna de los muslos. Además de su marido y Little, una sola de sus relaciones estaba al corriente de su cleptomanía, una asistente social en psiquiatría que había encontrado cuando un policía la había interrogado. Esta mujer al verla con el policía se las había arreglado para que los efectos robados fueran restituidos y que Frida encontrara una ayuda psiquiátrica.

En Alemania, la infancia de Frida había sido extremadamente traumática. Sus padres eran judíos. Su padre, un hombre muy brillante, era sin embargo vanidoso, egocéntrico y megalómano. Su creencia mágica de que ningún mal podría alcanzarle lo condujo a quedarse en el lugar mientras que toda su familia emigraba, y encontrar así la muerte en un campo de concentración. Su madre muy posesiva, mala, orgullosa e hipócrita aún estaba viva. Ella estaba en querrela con su familia desde hacía 30 años. Una vez se peleó con su marido, rompiendo entonces toda su vajilla. También lo insultaba delante de los hijos y decía que el matrimonio siempre había sido desgraciado. Adoraba las disputas por el gusto de las reconciliaciones sentimentales.

Los dos padres explotaron a sus hijos. Frida sentía que estaba al servicio de su padre, forzada a cumplir lo que ella habría hecho por sí misma aunque no hubiera recibido la

orden, pues ella lo amaba mucho. Su padre la castigaba con latigazos, cada vez que se rebelaba o fallaba, sobre todo cuando ella rechazaba obstinadamente excusarse frente a su madre por haberla desobedecido. Su madre la castigaba pegándole y arrastrándola de sus largos cabellos por la escalera, encerrándola en un oscuro armario para escobas. Cuando ella tenía cuatro años, fue "curada" de la masturbación por una serie de baños fríos de un cuarto de hora. Aún veinte años más tarde su madre intenta siempre explotar emocionalmente a Frida. Este retrato de los padres emergió lentamente. Fueron descriptos, en principio, como gente ordinaria, amantes, y fue con una gran sorpresa que Frida descubrió que había enterrado esta otra imagen. Frida era la mayor. Fue una decepción para sus padres que deseaban un hijo, que ellos habrían llamado Riedl, como el padre. Ella no había sido amamantada más que algunos días, la leche se había "cortado" después que el padre bromeara a su mujer diciéndole que la niña se parecía más a uno de sus amigos que a él mismo.

En la escuela era desgraciada, la mayor parte del tiempo ensimismada, atormentada y soñadora. Un día debió soportar una reprimenda por parte de un profesor delante de todo el personal y los alumnos, por haber llevado unos pedazos de pan y haberlos comido bajo su pupitre. Después del colegio tuvo numerosas aventuras sexuales, se casa finalmente con un ruso y viene a instalarse en Inglaterra.

Sus amigos la encuentran capaz, dotada, cultivada, generosa. Ella es todo eso, pero detrás de esta fachada se esconde una niña profundamente desgraciada, con una impetuosidad salvaje que no soporta la tensión ni la separación. Sus hijos son la prolongación de su propio cuerpo, como ella lo ha sido para su madre, y son inconscientemente explotados, como lo ha sido ella misma.

La cleptomanía apareció progresivamente, como elemento de un conjunto de comportamientos impulsivos que la pusieron en peligro de múltiples maneras. Las acciones impulsivas se producían bajo el golpe de cualquier tensión.

El análisis se desarrolló según las vías ordinarias, en los límites de la técnica analítica reconocida. Las interpretaciones transferenciales, para ella, estaban enteramente desprovistas de sentido, excepto el hecho de que a menudo, ella daba a sus amigos y conocidos, comentarios o consejos fundados sobre lo que en el análisis se le hubiera podido decir. Ellos no tenían, sin embargo, significación personal, y los cambios eran mínimos. Era cierto que su estado mejoraba; robaba menos, y sus relaciones con los otros eran en general más fáciles. En el momento de terminar el análisis, las dificultades esenciales permanecían. Su apego emocional a su madre permanecía sin cambios, y jamás había llegado a hacer el duelo por su padre.

Ella contó esta historia: una niña había penetrado en una habitación prohibida y vigilada no por Barba Azul, sino por la virgen María. Los dedos de la niña se habían

cubierto de oro que ella había encontrado allí y había sido castigada. Las interpretaciones que hizo Little sobre ésta fantasía, no tenían ningún sentido para ella. Un día llega fuera de sí, afligida, toda vestida de negro, el rostro cubierto de lágrimas, verdaderamente en una agonía, Isle ha muerto súbitamente, después de una operación, en Alemania. Little le había oído hablar de Isle como de otras muchas amigas, sin embargo nada la distinguía. La analista descubre entonces que la parte esencial de la transferencia había estado colocada sobre ella y guardada en secreto, sin duda a causa de la culpabilidad que le provocaban los sentimientos homosexuales dirigidos a ella. Isle pertenecía a la generación de los padres de Frida de los que había sido amiga, y había transferido esta amistad sobre Frida desde que la niña tenía seis años.

Durante cinco semanas ese estado de malestar agudo persistió inmodificado. Ya no podía comer ni dormir, no hablaba más que de Isle a la que idealizaba, y sus fotos invadían toda la casa. Veía a Isle en todas partes, en el bus, en la calle, en las tiendas, corría detrás de ella, para advertir finalmente que se trataba de cualquier otra. Little le hizo las siguientes interpretaciones: que ella esperaba que Little resucitara mágicamente a Isle, que ella quería castigar a la analista y castigar a su entorno por su desgracia. Frida no podía tumbarse en el diván. Ensayaba algunos minutos, después se levantaba y daba vueltas por el despacho, llorando y retorciéndose las manos. Su vida estaba en peligro, bien por riesgo de suicidio o por "desfondamiento". De una manera u otra era necesario poner término a esta situación. Finalmente Little le dice lo doloroso que era su desamparo, no solo para ella y su familia sino también para ella misma. En palabras de M. Little: "Le dije que pensaba que nadie que la viera en ese estado podría dejar de sentirse profundamente afectado, que yo sentía pena, con ella y por ella, en la pérdida que ella había soportado". (Little, 1957)

El efecto fue instantáneo y masivo. En la hora que siguió ella se calmó y no lloró más. Entonces Frida, vuelve a ocuparse de los suyos y algunos meses mas tarde encuentra por fin el apartamento más amplio, que su familia necesitaba desde hacia años y que ella había declarado hasta entonces imposible de encontrar. Descubre al instalarse en este apartamento y arreglarlo una dicha que jamás había tenido y que después persistió y aumentó. Desarrolló sus impulsos reparadores de una manera completamente nueva.

Little a menudo le había hablado acerca de sentimientos respecto a Frida, pero nunca esto tuvo sentido para ella. Sólo los sentimientos verdaderamente experimentados y manifestados significaban algo. Ella sólo recuerda, en este sentido, el haber dicho a su madre, no sin ironía, que ella la amaba, que estaba desolada de lo que le había hecho, y eso por no comentar además, la forma tan ostentadora con la



que su madre expresaba su amor por su padre, amor que a ella, por cierto, le fue negado.

Little ya había expresado sus sentimientos en otras dos ocasiones. La primera vez cuando, escuchando por centésima vez la serie interminable de las quejas de Frida contra la madre a propósito del dinero y habiendo luchado por permanecer despierta, se aburría soberanamente y como de costumbre ninguna interpretación le llegaba, bien que concernieran al contenido de su discurso, sus mecanismos, transferencias o deseos inconscientes. Así que esta vez le dijo que sabía que la esencia de su discurso tenía poca importancia, que se trataba de una defensa y añadió que no valía la pena mantenerse despierta mientras que sus repeticiones fueran tan aburridas. Después de un silencio impresionante, horrible, tuvo una explosión de cólera triste y Frida dijo que estaba contenta de que se lo hubiera dicho. Desde entonces el número de riñas disminuyó y ella se excusaba pero sus significados permanecían oscuros. Little supo entonces que era el padre (muerto) a quien ella habría podido decir lo mala que era su madre. También Little era Isle, la cual la habría acompañado en todas sus dificultades. Pero si hubiera hecho esta interpretación, no habría encontrado más eco que con las otras interpretaciones de la transferencia.

La segunda vez que Little expresó sus sentimientos fue cuando había efectuado algunos arreglos en la decoración y Frida pretendía saber como se tenían que haber hecho las cosas. A menudo daba consejos muy paternalistas, interpretados por Little como una voluntad de gobernarla y de poseer la casa. Ese día, las cosas con sus pacientes no habían ido bien, la noche llegó, ella estaba cansada y en lugar de hacer una interpretación, sin pensar en lo que decía expresó con humor: "Me río totalmente de lo que usted piensa" (Little, 1957). Una vez más al silencio chocante le sigue el furor, después las excusas, totalmente sinceras. Poco después ella reconoció que la mayoría de los consejos que ella daba a los amigos o a personas que ella se encontraba en ocasiones en la calle o en las tiendas, podían ser ofensivos, y que en su angustia por querer controlar el mundo era arrogante y provocativa.

Cuando Little le comunicó sus sentimientos a raíz de la muerte de Isle, se lo asoció con esos dos momentos, y ella confió que por primera vez desde que había comenzado el análisis, la analista había llegado a ser, para ella, una verdadera persona, completamente diferente de su madre. Había tenido el sentimiento, cada vez que Little hacía comentarios sobre lo que ella hacía, que era su madre y que le decía como siempre: "Eres execrable" y todo sentido de esta interpretación era negado.

Pudo establecer una conexión entre el manual y las revistas para mujeres que leía su madre y pudo controlar la mayoría de sus manías. Los sentimientos de la analista, visiblemente auténticos, diferían de los sentimientos hipócritas de sus padres. Ellos no

le daban a ella y a sus proyectos valor, valor que sus cosas jamás habían tenido excepto para Isle. En otros términos en el momento en el que Little expresó sus sentimientos se transformó en Isle.

A partir de ese momento, las interpretaciones de la transferencia comenzaron a tener sentido para Frida. Poco después, por primera vez, un modelo de relación comienza a dibujarse a propósito del robo y otras acciones impulsivas, que no sobrevienen ahora, excepto cuando su madre la visita. Sin embargo cada vez son más peligrosas. Un día ella choca con un coche y es seriamente herida cuando iba a su casa después de la sesión. Otra vez uno de los vecinos de Little le dice que Frida se precipita fuera de su casa y atraviesa la calle sin mirar, siendo esto un verdadero peligro. Otro día, Little ve a Frida atravesar 20 metros del paso peatonal, andando locamente entre los coches poniendo en peligro a cada uno y a ella misma. Entonces Little le demuestra la relación entre estos hechos y las visitas de su madre y su carácter suicida y sangriento, ella rechazó esta idea como rechazó la idea de poder caer enferma o como había rechazado antes todas las interpretaciones de transferencia.

Algunas semanas más tarde de que su madre estuviese en su casa, la encuentran viajando sin billete, tenía prisa y no tenían cambio, lo que significó tener que comparecer en el tribunal. Little le hizo un informe diciendo que estaba en tratamiento por su comportamiento impulsivo, pero que no era por ello una persona menos honesta y recomendable. Esto, al igual que la expresión de sus sentimientos, le causaron una gran impresión, pues decía exactamente lo contrario que decían sus padres cuando la trataban de mentirosa y ladrona. Su padre había llegado a amenazarla con matarla si se enteraba de que era una ladrona. Comenzó entonces a reconocer sus peligrosos acting out y se asustó por ello, pero sin embargo, estos persistieron.

Así cuando su madre vuelve, ella roba todavía. Ante esto Little le dice que se está preguntando si no debe rehusar el asumir hacerse cargo y tomar la responsabilidad de continuar el análisis si ella persiste en recibir todavía a su madre. Le dijo que no ha creído ni en el peligro, ni en la realidad de su enfermedad, ni en la veracidad de sus palabras. Le aseguró que decía la verdad, que si Frida recibía a su madre, Little no podría asumir la responsabilidad de cuidarla y por tanto interrumpiría el análisis.

En esta época, Frida habló durante varias sesiones del mal comportamiento de un niño que ella recibía en su casa. Había hablado antes de la desobediencia de su hija y la analista le preguntó porque ella no podía ser firme e impedir que los niños cometiesen siempre las mismas tonterías. Era común en ella el ser incapaz de hacerse obedecer por sus hijos sin entrar en una rabia violenta que les aterrorice. Les deja hacer lo que quieren, racionalizando esta actitud al declararla "moderna" o

"avanzada", así ellos llegaban tarde por la noche, faltaban a la escuela etc. sin que ella ni su marido fueran capaces de oponerse. De hecho "inconscientemente" ellos los animaban.

En aquel momento, Little preguntó que pasaría si se rehusara a dejarla continuar con ese rollo, que estaba tan cansada como puede estarlo ella de la actitud de esos niños. Le dijo: "Yo la he prevenido: yo no la escucharé mas" (Little, 1957:240-254). Frida le dijo lo magnífico que era oír algo como eso, que nadie nunca le había hablado así y que de esta manera le había mostrado como hacer ver a los niños que no aceptaba lo que hacían. Desde este momento Frida fue capaz de aceptar el no para ella misma y para los demás.

Cuando Little la amenazó con interrumpir el análisis si ella autoriza a su madre a volver, le recuerda que aquel día ella encontró su actitud magnífica. Los tres días que siguieron a esta sesión estuvieron llenos de pánico y confusión. Una vez calmada pasaba el tiempo de la sesión imaginando como podría negarse a recibir a su madre. Pudo mantenerla a distancia durante algunas semanas, después se hizo la misma pregunta. ¿Le diría lo que debe decirle? , ¿Podría ella dejar venir a su madre si ella se iba a dormir a casa de unos amigos?

Little señala que lo que propone no es la solución, que le es preciso encontrar su propia manera de arreglar la situación. Después de recuperarse del pánico y del furor, ella le dijo a su madre que estaba en análisis y que la analista había prohibido su visita. La madre vuelve a decirle "Tú eres execrable". Al día siguiente ella experimenta la tentación de robar manzanas en el jardín del vecino, pero en el momento de irse con el cesto, se para, y un poco mas tarde envía a uno de sus hijos a pedir manzanas. Se queda encantada y a la vez de sorprendida pues el vecino le da las manzanas.

Little señala que mientras Frida se relacionaba con su madre, la desafiaba ostensiblemente aunque la obedecía y que la alternancia de su actitud en el asunto de las manzanas reflejaba el hecho de que ella había podido aceptar un no de su parte y decir un "no" a su madre. Frida se había tomado en serio lo que su analista le había dicho sobre el "no". Incluso si hubiera sido preciso interrumpir el análisis, no se habría enfadado por ello. Ella terminó creyendo las verdades que antes tanto había negado. A partir de ese momento sus sentimientos hacia el análisis cambiaron radicalmente. Había comenzado a sufrir verdaderamente, sobre todo los fines de semana. Una hora de sesión no era suficiente, quería todo el tiempo, y esto realizando su trabajo más eficazmente y viviendo su vida de manera diferente; ella vive, así, metida en su análisis, todo el día.

Al fin la transferencia llega a ser realidad para ella, le cuesta trabajo plegar la manta del diván después de la sesión o el decidir si hace falta o no que entre las botellas de

leche que ella encuentra en la puerta de su analista. Son antiguas dificultades. Ella se da cuenta de que desea hacer todo lo contrario. Ahí la analista pudo hacerle palpable la cantidad de sentimientos que había depositado sobre esos objetos. Frida comenta que se encuentra separada (escindida, según su propia expresión) y separando una mano de otra ella muestra como sus partes están dispersas. Little le recuerda que en un momento de su vida, una parte de su persona estaba allí, mientras que la otra se había quedado en Alemania, en Isle. Descubre, entonces, que ella quería mirarla "a escondidas", y que ha tenido, dos creencias, una que la analista era su madre, otra que era Isle. Ella había conservado a las dos, con la fuerza de la ilusión y con una calidad alucinatoria que ella pudo después empezar a disipar verificando conscientemente la realidad. El robo entra así directamente en la transferencia y ella se sorprende viajando sin pagar cuando va a sesión.

En esta época comienza a sentir que el odio que Little sentía por ella, de una manera más íntima que antes, significaba algo auténtico para ella. Un día se encuentran por casualidad en el concierto, y para su sorpresa encontró a Little en los camerinos de los músicos."Ignoraba que usted conociese a X", dijo furiosa. Al día siguiente ella descubrió que hubiera querido decir:" ¡Que derecho tenía usted de estar ahí!"(Little, 1957: 240-254).Entonces la analista le señala, como ella intentaba controlarla mágicamente y tenerla siempre con ella. La mayor parte de sus salidas al concierto significaban ir con Little, encontrarse allí había estropeado su fantasía. Le señaló también lo que había significado para Frida encontrarla allí a menudo, tener una lucha contra su posesividad, pues con la idea que ella se hacía de ella misma, expresada en su actitud y en sus últimas palabras, no se apropiaba solo de la persona sino del concierto entero, artistas y compositores incluidos.

El reconocimiento de su fantasía de omnipotencia la llevó a darse cuenta de que había esperado de su análisis algo inaccesible y mágico. Había creído que el análisis le devolvería a su marido, sus hijos, su madre, sus hermanos y su hermana durante su infancia, y volvería a la vida a su padre y a Isle. Sus miradas "a escondidas" le permitían realmente por primera vez ver a la analista como persona; Dice:

He descubierto algo, es muy penoso y soy feliz. He descubierto que no sabía nada de usted. ¡Que idiota he sido por hacer tantos esfuerzos para hacer de usted lo que usted no es! ¡Las cosas que he podido pensar que sabía de usted, que lucha que he tenido para comprender...leyendo a Freud y Melanie Klein..., y era verdaderamente inútil! Me siento estúpida. He intentado violentarla. Estoy verdaderamente desolada. (Little, 1957: 240-254)

Little le dijo que no tenía por que estarlo, ella la fulminó con su mirada y estalló diciendo: "Lo estaré si quiero". Más tarde ella la hace partícipe de su juego secreto de asociaciones: pensó en un perfume, en un inmueble, en un libro etc. Ahora sus miradas "a escondidas" le enseñan también como todo esto fue de irreal.

Al día siguiente Little había tomado frío y Frida no quiso hablar por temor a afectar a Little, reconociendo que quería dos cosas contradictorias estar ahí e irse, proteger a Little y destruirla. Frida sabe que en ningún caso el análisis podría hacer esto posible. Little le habla del mundo interior de su imaginación, y de la realidad exterior, es sólo en su mundo interno donde puede ser así y aunque su mundo interno y el de ella pudieran encontrarse, nunca serían el mismo. Se queda silenciosa y por lo que se puede ver casi adormecida. Se oculta bajo la manta. Cuando emerge dice que ha hecho el intento, que ha pensado: "Si estoy calmada puedo estar aquí y no estar. ¡Y usted duerma, querida, si es lo que quiere!" (Little, 1957: 240-254) Se siente aliviada y completa, pues esto ha funcionado Little le dice que ha reunido el mundo exterior con el mundo interior, autorizándose a poseer el propio y a la analista el suyo. Ella ha sido una persona completa y separada de Little.

Al día siguiente, Frida constata que ha podido hacer una cosa de imprevisto e improvisada, y hacerla bien. Antes esto nunca le pareció posible. Ha descubierto una nueva clase de sentimiento que no comprende, ha sentido la gratitud hacia alguien que no ama y ha podido ayudar a los otros de una forma nueva. Se está sintiendo diferente tanto a la mirada de los otros como ante si misma. Antes era arrogante, ahora puede ser amigable y amarse a si misma. Little señala que ha descubierto que puede amar y detestar a la misma persona y que no tiene la necesidad de cortarla en dos para evocar una parte.

Relata entonces un incidente que le ocurrió a los 4 años. Había salido con su padre y tenía en la mano un pequeño bastón de la talla de un pene. El lo agarró, lo arrojó en un torrente y se lo enseñó flotando bajo el puente. Le dijo que era su mal carácter. Frida no pensaba que eso pudiese tener la menor relación con ella, pues no le sentó mal en aquel momento. Actualmente piensa que había creído que era el pene de su padre y estaba irritada y decepcionada de que él no lo recogiese. Ahora sabe que es verdad, que ella no ha podido hacer el duelo por su padre, pues su muerte no tiene "ninguna relación con ella", ella "no ha provocado su cólera", aunque creía haberlo hecho.

En este punto, se pudo ver mucho más claramente que, en la primera parte de su análisis, muchas dificultades habían surgido por su ineptitud en simbolizar. Por ejemplo había luchado contra si misma para decidir si debía o no meter las botellas de leche que encontraba en la puerta. Le había sido absolutamente imposible decidirse a

hacerlo, y era inútil interpretarlo o decirle que no tenía importancia hacerlo o no. Ahora se podía ver que para ella las botellas de leche no solamente representaban a la analista (como ella le había dicho) sino que "eran, la analista", y cómo ella, había deseado arrojarlas de una patada, igual que había sido arrojada por sus padres y por un coche que la había atropellado. Pero, en su ilusión eso quería realmente decir con arrojar. La manta había tenido la misma significación. Ahora ella está libre de esto y cualquier otro puede doblar la manta y subir la leche. Ella no es más la responsable. Su ambivalencia comienza a ser más clara, "Os odio por que os quiero tanto" dice; y también "Sed condenados, rotos, benditos, de que yo os amo tanto". (Little, 1957:240-254)

La separación es pues aceptada. La fusión y la pérdida de identidad no son ya dificultades. Frida siente hacia Little amor y odio, ambos sentimientos relacionados con las identificaciones de Little con Isle y con su madre. Describe que se siente "como en el interior de una cápsula" (Little, 1957: 240-254), de donde ella trata de salir pero al mismo tiempo, perdida cuando sale de allí. La cápsula es transparente, incluso invisible. Este recuerdo viene de cuando tenía 10 años, había pintado con el pie un círculo sobre la arena, creyéndose sola se puso a bailar en el interior de este y se quedó completamente absorta cuando alguien dijo delante de ella como se veía haciéndolo. La misma temática se producirá varios años después en la escuela cuando coma trozos de pan sin saber que podía ser vista. Aquí, en fin, se diluye, según sus propias palabras, la ilusión sobre la cual ella ha vivido y que ha constituido su verdadera defensa contra el análisis.

Little se lo asocia con una observación que la misma Little le había hecho tiempo atrás, donde le dijo que impedida por alguna pantalla para verla directamente, había sido testigo de una escena primitiva en un espejo. Little le había hablado de la dificultad para una niña en comprender el espejo, si alguien no está ahí para enseñar su imagen reflejada y por tanto, donde no hay un objeto familiar e identificable para que ella se pudiese ver a la vez en el espejo y fuera de él. Frida dice:

Vd. me ha hablado ya de esta visión de mis padres en el espejo y yo no la he creído nunca. No me acuerdo de eso pero sé de que lado está mi cuna, ella está a la derecha y yo "lo sé". Veo un cuarto cuyos muebles me son desconocidos, no reconozco ninguno (Little 1957: 240-254)

Después Frida se acuerda de haber oído decir que cuando tenía dos años, su padre había encontrado un nuevo empleo y la familia vivía en un hotel durante un breve período de tiempo. Por mucho que ella se acordara era la única vez que había dormido en el cuarto de sus padres y el recuerdo había sido negado.

La "cápsula" entre otras cosas representa su identificación con el padre, ese padre mágico al que nada puede alcanzar. Representa también el pene invisible y mágico gracias al que ella podía ser una con su madre y con Isle. Ella había guardado a Isle invisible hasta que su muerte, rompe la cápsula y la revela. La identificación de la analista con Frida, con su pena y en su pérdida, restaura la cápsula pero con Little en el interior en lugar de Isle. Esto es lo que hizo posible el duelo por su padre y por Isle a través del análisis de la transferencia, cosa que había sido hasta ese momento imposible. Para ella romper "la cápsula", disipar sus ilusiones, había significado ser aniquilada, a la vez por separación y fusión. Solo alguien con sentimientos auténticos y movilizándolo sus propios sentimientos como el analista, podría romper la cápsula desde el exterior sin provocar daños y entonces Frida podría salir de la cápsula como una persona viva y con sentimientos. Cada cosa debía quedar fijada mágicamente y de manera invisible fuera del alcance de los impulsos amor, odio primitivos y destructivos. Ahora, ella está sentada sobre las ruinas del mundo que ha destruido y busca los medios para reconstruirlo, no procurando volver a la vida a su padre, a Isle o hacer felices a sus padres, como hace 40 años, sino reconstruyéndolos imaginariamente a través de nuevas actividades creativas, en su trabajo, en fin, lo que llamamos sublimación.

Ella es, en este momento, más feliz que nunca y más desgraciada a la vez. Su luto no ha terminado, pero ella está sobre el buen camino. Su casa es un lugar más sólido para su marido e hijos, pues puede afirmar una cosa y sostenerla, puede tener una diferencia con su marido sin hacer escenas furiosas delante de los chicos como hacía antes, permitiendo a cada uno ser un individuo particular, separado.

Su vida sexual estaba antes perturbada, ahora puede tener placer, y tener un orgasmo genital. Las erupciones epidémicas son raras y el mundo en el que vive llega a ser sano y normal en lugar de ser hostil, antisemita y loco. Ella sabe que es gracias a la muerte de Isle que ella se siente mejor. Ha aceptado haber sentido placer con la muerte de Isle, ha aceptado su odio, su amor destructor y su tristeza.

Su capacidad para desarrollar el sentido de la realidad ha tenido que ser reconstruida en profundidad. Simbolización y deducción han reemplazado al pensamiento concreto. Antes ella era incapaz de discriminar las impresiones visuales y auditivas reales de las alucinaciones o de la realidad y la ilusión.

Del estallido de su yo, cuando este no era todavía más que un yo corporal había resultado una incapacidad permanente en separar percepciones y deducciones exactas de las que ella había imaginado. En consecuencia todas sus transferencias eran ilusorias y todas sus relaciones estaban fundadas sobre estas.

Fue preciso atravesar estas capas sucesivas de estallido y negación y así alcanzar el nivel de una dependencia sin esperanza y de una no separación a nivel de su ilusión paranoide. Como todas las otras ilusiones, esta no era susceptible de una interpretación de transferencia. Ella debía ser atravesada lo más directamente posible. Es decir por el analista en tanto que persona en la realidad. (Little, 1957)

### **Balance sobre el papel de la contratransferencia**

Veamos ahora las ocasiones en las cuales M. Little expresa sus sentimientos a Frida, utilizando estas intervenciones para ejemplificar lo que según ella sería el efecto que produce la comunicación de la contratransferencia a la paciente.

- a) Durante varias semanas la paciente presenta un estado de malestar agudo debido a la muerte de una amiga de sus padres, a quien conocía desde los seis años y en quien según Little había colocado una parte esencial de la transferencia. Margaret considera que la vida de la paciente se encontraba en peligro por riesgo a suicidio o por desfondamiento y cree necesario poner término a ésta situación, decide entonces comunicarle que comparte el dolor de su desamparo. La expresión de sentimientos de Little produce según ella un efecto instantáneo y masivo que fue positivo y Frida mejoró notablemente.
- b) Después de escuchar repetidas veces las quejas de la paciente contra su madre, Little le dice que no valía la pena escuchar sus repeticiones aburridas.
- c) Little después de un día difícil, llegó cansada y expresó a la paciente sin pensar lo que decía: "me río totalmente de lo que usted piensa".
- d) Frida le cuenta repetidas veces que es incapaz de hacerse obedecer por los niños, Little cansada de que sus interpretaciones no surtieran efecto, le dice que no la escuchará más.

Si comparamos la definición que nos presenta Little sobre la contratransferencia, (elementos reprimidos del analista que se hayan sin analizar) con los ejemplos de análisis de Frida que ella utiliza para mostrar el efecto de la contratransferencia en la paciente, observamos que Little expresa sus sentimientos a Frida pero se dificulta ver si se trata de lo reprimido del analista.

Además Little en su teoría diferencia sentimientos objetivos de subjetivos, planteando que la contratransferencia es la expresión de sentimientos subjetivos de la analista, pero en los casos que ella menciona se parecen más a lo que ella define como sentimientos objetivos, ya que pueden ser motivados por el comportamiento efectivo del paciente.

Little también nos habla de cómo los sentimientos auténticos de la analista al diferir de los sentimientos hipócritas de los padres (caso Frida) ejercen una notable influencia en



la cura. Nos muestra como a través de la expresión de los sentimientos de la analista puede confrontarse al paciente con lo que es verdad y poner a su yo accesible a las interpretaciones de la transferencia.

Little nos presenta de alguna manera una variación de la técnica psicoanalítica

## CAPITULO IV

### WINNICOTT, DONALD

#### Biografía

Donald Winnicott nació el 7 de abril de 1896 en Inglaterra

En 1916 ingresa al Jesus College en Cambridge donde estudia biología, y comienza su formación médica a fines de ese año en el St. Bartholomew's Hospital. Winnicott disfrutaba de la lectura de los escritos de Darwin, y en sus propios escritos se ve la influencia de este evolucionista en la importancia que Winnicott le da al *medio ambiente*.

Corrían tiempos de la Primera Guerra. Para ese entonces todas las escuelas médicas de Cambridge se convirtieron en hospitales temporarios. Winnicott como médico en formación fue exento del servicio militar para que pudiera concluir sus estudios, pero siguió ocupándose de las víctimas de guerra en dichos hospitales temporarios.

Poco después de acabada la guerra, Winnicott regresó a sus estudios médicos en el St. Bartholomew's Hospital Medical College.

Su formación en el hospital se vio influida por el Dr. Horder quien hacia hincapié en la relación entre paciente y médico. Se supone que este docente despertó el interés en el joven Winnicott para que entrara en el campo del psicoanálisis y no en el de la investigación de la bacteriología o microbiología. Mientras cursó su carrera médica tuvo la oportunidad de encontrarse con un trabajo de S.Freud, *La interpretación de los sueños* que le provocó especial curiosidad ya que Winnicott hasta antes de la Primera Guerra solía recordar bien sus sueños, capacidad que luego perdió, tema que lo preocupó mucho.

Durante el comienzo de los años 20 continuó su interés por el psicoanálisis pero Winnicott sabía que para alcanzar su formación antes debía instalar su consultorio médico. Se licenció en esta especialidad en 1920 y permaneció en el St. Bartholomew's durante un tiempo como medico interno para ejercer autorizado por la General Medical Council. Eligió especializarse en pediatría. Se destacó en esta especialidad.

Más tarde fue médico durante 40 años en el Paddington Green Hospital del que se retiró en 1963. Este sitio se convirtió en un centro de experiencia clínica.

Winnicott publicó en sus primeros tiempos, trabajos médicos y tenía la virtud de explorar los aspectos emocionales de las enfermedades infantiles. Según fueron pasando los años, fue ocupándose menos de la clínica pediátrica y más de la psiquiatría psicoanalítica de niños, pero su mirada de pediatra no la perdió nunca e

incluso frente a casos de sintomatología corporal convocaba a una interconsulta a médicos más jóvenes y actualizados. Se autodefinió como "un psiquiatra aferrado a la pediatría."

Paralelamente a su ingreso a ambos hospitales, se casó con Alice Buxton Taylor y la relación duró 25 años. Ella trabajaba como ceramista, sufriendo a lo largo de su vida de problemas psíquicos.

### **Análisis personal**

El principal referente en su formación, fue Ernest Jones. Por recomendaciones del mismo, Winnicott se embarcó en un análisis personal con J.Strachey en 1924 y duró aproximadamente 10 años. En 1924 abrió su primer consultorio privado.

En 1927 se inscribió en el Instituto Psicoanalítico de Londres siendo, años más tarde el primer analista de niños del Reino Unido.

Años más tarde Winnicott presentó un trabajo en la Asociación para la Investigación Psicosomática, en que habló explícitamente de la vinculación entre enfermedad cardíaca, impotencia y frigidez. Durante aproximadamente 2 o 3 décadas Winnicott era como un fenómeno aislado en tanto era pediatra y psicoanalista a la vez. En un principio de esta práctica compartida solía darle alguna medicina a sus pequeños pacientes de psicología, cuestión que fue dejando poco a poco.

El tratamiento con J.Strachey parece haberle resultado útil en varios aspectos: concretó su evolución de la pediatría a la psiquiatría psicodinámica hasta ser analista. Winnicott hizo referencia sobre su final de análisis como un "vasto trabajo sobre sueños de curación". No cabe duda que Strachey estuvo muy cerca en momentos vitales y trascendentes de la vida de Winnicott: en los primeros años de matrimonio; durante el desarrollo y formación como psiquiatra y analista de niños, la condecoración del padre y sobre todo, en la muerte de la madre, que murió trágicamente en 1925 después de una enfermedad pulmonar que duró 17 días. Posteriormente tuvo una experiencia con Joan Rivière, que comentaremos más adelante

### **Su relación con M.Klein**

M.Klein (1882-1960) se había formado en Hungría y Alemania, después de entusiasmarse con los escritos de S.Freud. Fue pionera en el campo infantil alentada por S.Ferenczi y K.Abraham. Fue convocada por Jones después de una conferencia dada en Londres en 1925, (en la que tuvo mucho éxito) a emigrar a Inglaterra.

Winnicott se vinculó con la obra de M.Klein después que Alix Starchey hiciera una traducción de: *Del psicoanálisis infantil*, en 1932 Encontró este trabajo muy atractivo y le solicitó fuera su supervisora en los casos de niños.

El trabajo de supervisión permitió que Winnicott comprendiera mejor los primeros años de vida de los niños. M.Klein ponía el acento sobre la relación infantil con el pecho de la madre. Estas ideas lo ayudaron a aumentar su comprensión acerca de los terrores y preocupaciones más primitivas del niño. Winnicott prefirió utilizar las teorías kleinianas para descubrir ciertas *ansiedades pre-edípicas* mucho *más primitivas* que el temor a la castración anunciado por S.Freud. Así fue que verificó ansiedades maternas y también del pequeño: vivencias de *desintegración*, *ansiedades impensables* y *terror al derrumbe*. (Concepto que se encuentra publicado en *Babies and their mothers* 1987). Winnicott fue desarrollando distintas teorías a partir de su observación empírica en el análisis con niños, de los modos de vinculación de los bebés con sus madres. Supervisó alrededor de 6 años con Klein.

Winnicott se vio influido por distintos autores pero desarrolló sus propias teorías. Comenzó a ejercer poco a poco psiquiatría, para tratar "la hipocondría de los padres", como él decía. Su pensamiento está sesgado por las teorías de Darwin, Freud y M. Klein. A partir de Darwin, y su teoría de la selección natural vinculada con la supervivencia en un medio hostil, anuncia que el bebé no puede adaptarse solo al entorno, necesitando de un "*ambiente facilitador*" provisto por la madre. Respecto de Freud, reconoce y admira sus ideas, pero no enfatiza la figura del padre sino que Winnicott, *lo propone como sostén de la madre, protector de la díada madre-bebé y proveedor de un espacio para que la madre pueda desarrollar su tarea*. El Complejo de Edipo, por otra parte, no le resulta suficiente para explicar las dificultades de desarrollo emocional de la infancia. También, cuestiona las formulaciones freudianas y kleinianas sobre el instinto de muerte. Para entonces las peleas internas en la comunidad psicoanalítica Británica eran incesantes.

No se puede negar la influencia de M.Klein en el pensamiento de Winnicott. Sobre todo, en lo relativo a la importancia asignada a la edad temprana del niño, su mundo interno y el poder de la fantasía. Winnicott y M.Klein trataron los aspectos preedípicos de la personalidad del niño. M.Klein destacó los aspectos de la envidia, agresividad, voracidad, y de las experiencias psicóticas, mientras que Winnicott resaltó la importancia de la relación real del niño y su madre, los aspectos saludables, la capacidad de reconocerse necesitados, el deseo de ser amados.

De ella también toma el papel del juego y el uso de juguetes como medio para ingresar al mundo infantil, lo persecutorio de los objetos internos, las defensas primitivas y la depresión reactiva. Sin embargo, al retomar el concepto de *reparación*, le da una vuelta más y habla de *preocupación por el otro* y de la posibilidad de aportar algo a la relación en base a la *confianza en el ambiente*. Esto produce una *actitud de madurez afectiva* que hace posible mantener la relación de objeto y preservar a los objetos



amados de la propia agresividad. Winnicott, además, hace un desarrollo propio y muy novedoso de su *teoría del juego*.

Desde un comienzo M.Klein estudió el mundo de fantasías inconscientes de los niños (mundo interno). Winnicott reconocía sin duda el valor de dichas ideas pero eligió estudiar cómo el mundo externo del ambiente familiar facilitaba o inhibía el desarrollo madurativo de los niños. Los primeros kleinianos se sintieron muy amenazados por el supuesto desvío de la atención hacia el mundo externo.

En 1931 Winnicott publica *Clinical Notes on Disorder of Childhood*, su primer libro. En 1934 se gradúa como psicoanalista de adultos y de niños. Ingresa en la con su Sociedad Psicoanalítica Británica trabajo *The maniac defense*. Deseoso de conocer y experimentar directamente la teoría y clínica kleiniana Winnicott comenzó un análisis con J.Rivière por sugerencia de Klein, en 1933.

Este análisis fue controvertido ya que Winnicott decía que no podía decir que estuvo en análisis con J.Rivière. J.Bowlby, comentaba que si bien J.Rivière puede que reconociera las investigaciones de D Winnicott, no las consideraba psicoanalíticas. El malestar del grupo kleiniano fue de tal, por las nuevas ideas de Winnicott que a fines de los años 60 se prohibía la lectura de sus escritos en la Clínica Tavistock de Londres.

Entre 1941 y 1945 la Sociedad Psicoanalítica Británica fue sede de reuniones científicas para discutir los puntos de vista diferentes de las dos escuelas rivales, de Ana Freud y M.Klein. Winnicott tuvo un papel poco importante en aquellas discusiones controversiales.

Hacia el final de la Segunda Guerra mundial, Winnicott y otros analistas con ideas similares (Little, Bowlby), se unieron para formar el llamado Middle Group.

### **La formación psicoanalítica de D.Winnicott**

La obra de S.Freud fue la influencia inicial más importante en el pensamiento de Winnicott. Cuando empezó a estudiar psicoanálisis muchos de los escritos de Freud todavía no habían sido traducidos al inglés.

En 1934 Winnicott recibió el título de psicoanalista de adultos y en 1935 el de psicoanalista infantil. En 1940 es nombrado analista didacta. M.Klein en su momento lo llamó "analista didacta kleiniano".

Winnicott publicó una guía pediátrica importante e innovadora: *Apuntes clínicos sobre los trastornos de la infancia* (1940) en la que incluyó breves conceptos de M.Klein, Jones, Freud e incluso alguno de su primer analista.

Uno de los temas que allí abordaba es el *odio* hacia los bebés recién nacidos y el daño psicológico que provoca; también estudió el tema de la hostilidad que a veces se

encuentra en el trato entre los profesionales y los pacientes. Mas adelante hizo un desarrollo psicoanalítico sobre el tema en *El odio en la contratransferencia* (1947).

Poco después de que Gran Bretaña se viera envuelta en la Segunda Guerra, aceptó el nombramiento de Psiquiatra Especialista, trabajando para la evacuación de niños en Oxfordshire. Se hizo responsable de aproximadamente 285 niños en cinco albergues distintos. Estos niños habían sido evacuados de sus casas para protegerlos de los bombardeos de Londres y otras grandes ciudades. Visitaba a estos niños cada semana, trabajando también con el personal a cargo. Mantuvo este puesto desde 1939 hasta 1946. Ese trabajo le dio a Winnicott la oportunidad de aprender sobre la importancia del tratamiento intensivo y del tratamiento psicológico en dichas residencias.

A medida que Winnicott fue ganando experiencia con niños evacuados empezó a descubrir la verdad de sus predicciones clínicas, encontrando síntomas tan perturbadores como enuresis, irritaciones cutáneas, golpes en la cabeza, y otros síntomas graves. Muchos de los niños evacuados en los albergues, ya habían experimentado trastornos emocionales antes de que se desatara la guerra; ellos mostraron luego conductas delictivas extremas, conductas antisociales además de reacciones abiertamente psicóticas.

En 1951 se casa por segunda vez, con Clare Britton a quien conoció cuando trabajaban evacuando niños. Ambos trabajaron duramente para supervisar los albergues psiquiátricos. Publicaron juntos el artículo *Los problemas de los niños sin hogar* (1944), y *La organización en las instituciones como tratamiento para niños difíciles* (1947). Clare llegó a ser Psicoanalista en 1961. Su primer analista fue Clifford Scott, (analista también de Alice), y después siguió con M.Klein, en una relación bastante tortuosa. Juntos Clare y Winnicott llegaron a documentar los efectos devastadores en niños sin los padres durante el tratamiento hospitalario.

Hacia finales de los 60 Winnicott comenzó a disminuir sus horas de trabajo. Para entonces había sufrido varios ataques cardíacos. Sin embargo, aunque fue retirado del servicio nacional de salud siguió trabajando con interés en varios casos clínicos, escribiendo proyectos y realizando tareas administrativas. Incluso continuó con un seminario abierto, en su consultorio para colegas jóvenes estudiantes de psicoterapia de la Tavistock, del curso de formación de analistas infantiles y de la Clínica Hamstead de terapia infantil. Pocas veces Winnicott preparaba o seguía una agenda formal. Solía presentar un caso clínico suyo y luego trabajaba con material de sus alumnos.

Los problemas de corazón aparecieron en sus últimas dos décadas; posteriormente tuvo un infarto muy doloroso que casi le cuesta su vida. A pesar de su frágil salud viajó a USA donde sufrió ataques y hostilidades respecto a su obra: *El Uso del Objeto*. Esto

reagravó su salud y al volver al hotel tuvo dicho ataque masivo. A su regreso a Londres decidió reescribir ese artículo. En él desarrolló un concepto más interactivo de la relación del paciente con su analista, en la que éste puede hacer uso del terapeuta, del vínculo y del espacio analítico.

Con Mashud Kahn trabajó intensamente en la revisión de varias de sus obras especialmente en "Realidad y Juego" (1971). Winnicott asignará gran importancia al *juego*. Este no es sólo descarga pulsional: comienza como movimiento de separación de la madre en un espacio potencial entre ésta y el bebé. Se trata de una experiencia real donde está involucrado el yo con sus capacidades, pudiendo la excesiva excitación arruinar o detener el juego.

En sus últimos meses de vida trabajó intensamente en varias obras una de ellas su autobiografía "Not less than Everything" (Nada menos que Todo, 1971) pero no pudo concluirla. Falleció el 25 de enero de 1971 en la madrugada de ese lunes, sin saber que su libro "Realidad y Juego", estaba listo para ser editado.

Podríamos llamar a Winnicott el hombre de las paradojas. Desde este lugar tan particular abrió a los psicoanalistas a nuevos modos de pensar a veces sobre lo ya pensado. Este autor, desarrolló una concepción sobre el proceso de maduración y la tarea de la madre, dando cuenta de un espacio intermedio entre los mundo interno y externo y planteando, así, una nueva mirada sobre la estructuración del psiquismo infantil y la clínica, extensible también a la comprensión de los fenómenos culturales. Desde allí desarrolla el concepto de creatividad y juego.

### **Panorama general de la teoría de Donald Winnicott**

Una forma de pensar la obra de Winnicott según lo expone André Green (2008) es la siguiente:

- a) **La teoría de la situación analítica** cuando hace alusión al setting. Aquí Winnicott alude con una metáfora a la simbolización de la relación madre-hijo y lo hace extensivo al espacio analítico. Lo considera un dispositivo de observación privilegiado. El concepto de *holding* se traslada al marco terapéutico; la problemática adentro-afuera es esencial en esta teoría. El consultorio es un espacio ambiguo. Winnicott pone en evidencia que las carencias que se juegan en la situación analítica repiten el medio materno. Desde el lugar del analista desde luego existen (y muchas veces se ocultan tras imperativos técnicos desconociendo la realidad psíquica del paciente) lo que Winnicott llama sin tapujos las *necesidades*. Un ítem dentro del desarrollo de esta teoría es el *odio en la contratransferencia* como un afecto utilizable.

- b) **La teoría de las pulsiones** cuando desarrolla su nuevo concepto de *agresión (destruictividad sin cólera)*.
- c) **La teoría del Objeto** desarrolla los conceptos de *Objeto subjetivo*, *Objeto objetivamente percibido* y *Objeto transicional*: el objeto esta listo para ser creado y a la vez, encontrado por el bebé. El momento crucial "es la pérdida de la omnipotencia, la vivencia de la agresividad ligada a la exterioridad y de independencia del objeto". Surgen sentimientos de destructividad a la misma vez que se crea el objeto objetivo. El Objeto transicional es la aptitud del niño para crear, imaginar, hacer surgir un objeto. Muestra así su capacidad de simbolizar.
- d) **La teoría del Self** es original y distingue entre Verdadero y Falso Self. Winnicott ha dado al concepto de regresión una nueva vuelta, no es regresar en busca de una satisfacción pasada, sino *se regresa a una situación de carencia* que ha dado origen a la creación de un *falso self*. Para él todos tenemos un falso self, la educación nos obliga a desarrollar uno. El *falso self* puede ser protector, permite así al *verdadero* que se manifieste en algunas ocasiones libremente. El *verdadero self* ampara *lo que está vivo del sujeto*. Existe también un *falso self patológico*, es aquel donde predomina la escisión, el clivaje y no hay lugar para que surja el *verdadero*, por lo tanto el ser humano queda privado de satisfacción y expresión, *vivenciando una amputación del sentimiento de vivir*.
- e) **La teoría de los Espacios** El *área intermedia* conocido como *espacio transicional y potencial*, es un espacio lacunario, de reunión metafórica, fuente de sublimación. Inaugura un espacio de separación, de *experiencia cultural por vía del juego, arte, etc.*
- f) **La teoría de comunicación y la no-comunicación**. En 1963 en su artículo donde desarrolla estos conceptos plantea una vez más su pensamiento paradójal. D Winnicott observó que cuando el objeto es subjetivo, no es necesario ser explícito para comunicarse con el objeto. La no-comunicación puede tener mas de un sentido 1) es una comunicación silenciosa e implícita 2) es un fenómeno reactivo, no pasivo. *Con la inconsistencia materna cae la omnipotencia y se abre el acceso al objeto objetivo. Cuando el objeto se vuelve objetivamente percibido la comunicación es explícita o muda.*
- g) **La teoría del desarrollo** en la que el hallazgo de Winnicott es señalar la importancia del *medio circundante facilitador*, y el concepto de evolución de *la dependencia a la independencia*

Por nuestra parte apuntaremos a lo siguiente: el primer valor a destacar en la obra de Winnicott es que desarrolla conceptos novedosos en psicoanálisis de niños e inaugura el concepto de *juego como espacio fundante de la cura psicoanalítica*. A

partir de que Winnicott empieza a desarrollar sus propias aportaciones psicoanalíticas, describe la "madre suficientemente buena" y la díada madre-hijo, como modelo de tratamiento psicoanalítico en aquellos pacientes que han sufrido en los comienzos de la vida una deprivación ambiental. Otorga a la madre una capacidad especial para hacer lo adecuado, ya que sabe exactamente como se siente su hijo. Define a la "preocupación maternal primaria" como un estado de profunda sensibilidad durante el embarazo y los meses siguientes después del parto. Explica:

Sólo si la madre se halla sensibilizada tal como acabamos de exponer, podrá ponerse en el lugar del pequeño y, de este modo, satisfacer sus necesidades. Éstas, al principio son corporales, pero paulatinamente pasan a ser necesidades del yo, a medida que la psicología va naciendo de la elaboración imaginativa de la experiencia física. (Winnicott, 1956:212).

Trasladándolo al trabajo psicoanalítico:

En nuestra labor terapéutica son incontables las veces en que nos encontramos ligados a un paciente; pasamos por una fase en la que somos vulnerables (como lo es la madre) debido a esa participación nuestra; nos identificamos con el niño que depende temporariamente de nosotros en grado alarmante; observamos cómo el niño se va desprendiendo de su falso self; presenciamos el comienzo de un verdadero self, un self verdadero con un yo que es fuerte porque, tal como lo hace la madre con su bebé, hemos podido proporcionar apoyo yoico. Si todo sale bien, tal vez descubriremos que un niño ha surgido, un niño cuyo yo puede organizar sus propias defensas contra las ansiedades inherentes a los impulsos y las experiencias del ello. Un "nuevo ser" está naciendo, merced a nuestro trabajo, un verdadero ser humano capaz de tener una vida independiente (Winnicott, 1960:151).

Por lo tanto, Winnicott propone la siguiente tesis:

... lo que hacemos en la terapia equivale a un intento de imitar el proceso natural que caracteriza la conducta de cualquier madre con respecto a su propio bebé. Si estoy en lo cierto, la pareja madre-bebé es la que puede proporcionarnos los principios básicos para fundamentar nuestra labor terapéutica, cuando tratamos con niños cuyo temprano contacto con la madre fue deficiente o se vio interrumpido. (Winnicott, 1960:152).

Desde esta perspectiva cabe introducir el concepto de "Holding" tan importante en la clínica winnicoteana. La traducción desde el idioma inglés ha de hacerse a partir del verbo *to hold*. Este nos lleva a definiciones referidas a:

- Tener, asir.

- Contener.
- Ocupar.
- Durar.
- Mantener, persistir en.
- Creer.
- Celebrar.
- Gozar de.
- Retener, conservar.

De esta lista, la más comúnmente usada es aquella referida a la tenencia, que no lleva a la idea de posesión. En las traducciones al español de Winnicott siempre se ha traducido *holding* por "sostener", lo que hace pensar por lo menos en dos ideas:

1. Sostener como una especie de mantenimiento, de acogimiento al modo de la alimentación.
2. O sostener por la vía del apuntalamiento, Es la que permite pensar el *holding* como una manera de consolidación y afirmación del sujeto en el mundo, más allá del elemento afectivo implicado en la relación madre hijo.

Winnicott señala tres 3 momentos en el desarrollo de maduración emocional del niño:

- Dependencia absoluta
- Dependencia relativa
- Apertura del camino a la independencia

Ciertas situaciones del análisis tienen que ver con pacientes que muestran transferencialmente haber atravesado alguna dificultad en su pasaje por la dependencia absoluta. Así ubica Winnicott la cuestión por un lado, de la *privación* ligada mas bien a la locura y a la psicosis. Por otro lado la cuestión de la *deprivación* vinculadas a aquellas situaciones analíticas en que aparece el acting out y la cuestión de la neurosis.

### **La transferencia para Winnicott**

En "Variedades clínicas de la transferencia" (1955), Winnicott comienza abordando el tema de la transferencia, refiriéndose a la influencia que sobre la práctica analítica ejerce la nueva comprensión de la crianza de infantes, la cual, a su vez, proviene de la teoría analítica. En su artículo "La contratransferencia" Winnicott nos dice:

La transferencia no es sólo una cuestión de buena comunicación o relación. Tiene que ver con el modo como un fenómeno altamente subjetivo surge repetidamente en el análisis. El psicoanálisis consiste en gran medida en la preparación de las condiciones para el desarrollo de esos fenómenos, y en su interpretación en el momento oportuno. (Winnicott, 1959:19)

Posteriormente aclara que la interpretación relaciona el fenómeno transferencial específico con una porción de la realidad psíquica del paciente, y esto —dice— significa relacionarla al mismo tiempo con una porción de su vida pasada. En este sentido se va a referir a las etapas más precoces del desarrollo emocional del individuo, etapas claves en el desarrollo de su teoría, donde también va a hacer hincapié en la terapia. Entonces, tomando a las teorías del desarrollo, va a hacer un análisis minucioso, señalando el retraso de la aplicación de la metapsicología. Opina que Freud formuló una teoría en un momento en que ésta se aplicaba solamente al tratamiento de casos neuróticos bien escogidos (Período de 1905 a 1914 en la obra freudiana.), y donde dicha teoría referente a los procesos primarios, identificación primaria y represión primaria, fue aceptada por los analistas posteriores sólo por una cuestión de respeto a los fenómenos del sueño y la realidad psíquica. También sostiene que los casos de pacientes eran escogidos como "adecuados" para el análisis si en la historia personal precoz del sujeto había habido un cuidado infantil suficiente. Esta adaptación suficiente a la necesidad, al principio había permitido al yo del individuo empezar a existir; con el resultado de que el analista podía dar por sentadas las fases anteriores a la instauración del yo. Aclara que, de esta manera a los analistas les era posible hablar y escribir como si la primera experiencia del pequeño humano hubiese sido la primera nutrición, y como si la relación objetal entre la madre y el pequeño que ello entrañaba fuese la primera relación significativa y comenta:

Esto resultaba satisfactorio para el analista en ejercicio pero no podía satisfacer al observador directo de niños que se hallan al cuidado de sus madres. (Winnicott, 1959:253).

En este sentido, la teoría andaba a ciegas en busca de mayor insight en este tema de la relación de la madre con su pequeño:

Cuando pensamos en una madre que lleva consigo un pequeño recién nacido, o uno que no ha nacido aún, sabemos al mismo tiempo que hay otro punto de vista: el del pequeño si éste estuviera ahí. Y desde este punto de vista, el pequeño o bien no se ha diferenciado o el proceso de diferenciación ha comenzado y existe una dependencia absoluta con respecto al medio inmediato y a su comportamiento. Para nosotros es posible estudiar y utilizar esta parte vital de la vieja teoría de una manera nueva y práctica en la labor analítica, ya sea con los casos límite o con los casos o momentos psicóticos que se presentan en el transcurso del análisis de pacientes neuróticos o de personas normales. (Winnicott 1956 392).

De esta manera, Winnicott complejiza el concepto de transferencia y explica:

... en el momento del análisis de estas fases, el yo del paciente no puede suponerse como entidad instaurada, y no puede haber una neurosis de transferencia, porque ésta requiere, sin duda, la presencia de un yo, un yo intacto, a decir verdad, un yo capaz de mantener defensas contra la angustia que proviene del instinto, cuya responsabilidad se acepta. (Winnicott 1956:392)

Teniendo en cuenta de que en los tiempos de la identificación primaria el sujeto se halla la dependencia absoluta, sostiene que de esto se derivan dos posibles resultados:

- En uno la adaptación ambiental a la necesidad es suficiente, de manera que empieza a existir un yo que, con el tiempo, podrá experimentar impulsos del ello.
- En el otro, la adaptación ambiental no es suficiente, por lo que no hay una verdadera instauración del yo, y en su lugar se desarrolla un pseudo self constituido por la agrupación de innumerables reacciones ante una sucesión de fracasos de adaptación.

Respecto a estos dos puntos, retomando el concepto de adaptación al medio "suficientemente bueno", Winnicott va a manifestar que:

Cuando quiera que el medio ambiente fracase en su tarea de adaptación activa, este fracaso se registra automáticamente cómo un ataque, algo que interrumpe la continuidad existencial, que es aquello que, de no haberse interrumpido, habría formado el yo del ser humano en vías de diferenciación. (Winnicott.1956:393)

### **Self y Falso Self**

Postulando estas ideas, Winnicott va a desarrollar los conceptos de "verdadero self" y "falso self" centrándose en este último concepto, definido como una relación primaria madre- bebé insatisfactoria, en la cual dicha madre no puede atender a sus necesidades o no puede ir dosificando las frustraciones de su niño (frustraciones óptimas). El paciente posteriormente vive situaciones en las cuales advierte un pesado sentido de "inutilidad subjetiva", sensación de no existencia. Al respecto Winnicott explica:

Puede haber casos extremos en los que no haya más que una colección de reacciones ante los fracasos de adaptación del medio en la fase crítica de salida de la identificación primaria. Estoy seguro de que esta condición es compatible con la vida y con la salud física. En los casos en que se basa mi trabajo ha habido lo que yo denomino un «verdadero self oculto», protegido

por un falso self. Este falso self es, sin duda, un aspecto del self verdadero, al que esconde y protege, al mismo tiempo que reacciona frente a los fracasos de adaptación y crea un patrón correspondiente al patrón del fracaso ambiental. De esta manera el self verdadero no se ve envuelto en la reacción y conserva su continuidad existencial. Sin embargo, este self verdadero y oculto sufre un empobrecimiento derivado de la falta de experiencia. El self falso puede lograr una falsa integridad que resulta engañosa, es decir, una falsa fuerza del yo recogida del patrón ambiental y de un medio bueno y digno de confianza, pues en modo alguno hay que deducir que el fracaso materno precoz conduzca necesariamente a un fracaso general del cuidado infantil. Sin embargo, el self falso no puede experimentar vida o sentirse real. (Winnicott 1956:393).

En caso favorable, el falso self desarrolla una actitud maternal fija con respecto al verdadero self y se halla permanentemente en estado de sostener el self verdadero del mismo modo que una madre sostiene a su bebé en el propio principio de la diferenciación y de la salida de la identificación primaria.

### **Dos actitudes del psicoanalista**

Retomando la labor del analista, Winnicott manifiesta que sigue el principio básico del psicoanálisis: "*que el inconsciente del paciente dirija la marcha*" (Winnicott, 1956), y sólo debe seguir al inconsciente. Mas adelante, al enfrentarse a una tendencia regresiva, el analista debe estar preparado para seguir el proceso inconsciente del paciente si no quiere marcar una directriz saliendo así de su papel de analista. Al respecto Winnicott explica como debe ser su labor:

He comprobado que, en este tipo de casos, al igual que en el análisis de la neurosis, no es necesario salirse del papel del analista, que se limita a seguir la pista inconsciente dada por el paciente. Sin embargo, hay diferencias en los dos tipos de labor. Allí donde hay un yo intacto y el analista puede dar por sentados estos detalles precoces del cuidado infantil, entonces el marco del análisis carece de importancia en relación con la labor interpretativa. (Al decir «marco» me refiero a la suma de todos los detalles del control.) Aun así, hay una dosis básica de control en el análisis ordinario que es más o menos aceptada por todos los analistas. (Winnicott 1956 394)

El comportamiento del analista, representado por lo que Winnicott llamó «el marco» por ser suficiente en lo que hace a la adaptación a la necesidad, es percibido gradualmente por el paciente como algo que da pie a una esperanza de que el

“verdadero self” pueda por fin correr los riesgos propios y empezar a experimentar la vida.

Explica que a la larga, el self falso se entrega al analista. Éste es un momento de gran dependencia y de verdadero riesgo, por hallarse el paciente en un profundo estado de regresión a los procesos precoces de desarrollo. Este estado es también sumamente penoso debido a que el paciente es consciente de los riesgos que ello comporta, mientras que no lo es el pequeño en la situación original. En algunos casos es tanta la necesidad de la personalidad del paciente que éste debe recibir cuidados extraordinarios en esta fase. No obstante, los procesos se estudian mejor en aquellos casos donde estas cuestiones se hallan confinadas, más o menos, al momento de las sesiones analíticas.

Mientras que en la neurosis de transferencia el pasado penetra en el consultorio, en esta tarea es más acertado decir que el presente se remonta o retrocede al pasado y es el pasado. Así, el analista se enfrenta con el proceso primario del paciente en el marco en el que tuvo su validez originaria. En ese sentido, una de las características de la transferencia en esta fase es la forma en que, según refiere Winnicott, se debe tener en cuenta la presencia del pasado del paciente.

La adaptación suficiente por parte del analista produce un resultado que concuerda exactamente con lo que se pretende: el cambio del centro principal de operaciones del paciente, que pasará del self falso al verdadero. Por primera vez en la vida del paciente hay ahora una oportunidad para el desarrollo del yo, así como también así es capaz de experimentar los impulsos del ello y de sentirse real al hacerlo. Y a partir de aquí por fin puede hacerse un análisis ordinario de las defensas del yo contra la angustia.

En el paciente se desarrolla la capacidad de utilizar los limitados éxitos del analista en el trabajo con el paciente, de tal modo que éste queda capacitado para empezar a recordar los fracasos originarios, todos los cuales se hallaban registrados, dispuestos. Estos fracasos tuvieron un efecto disruptivo en su momento y el tratamiento del tipo que estamos describiendo habrá avanzado cuando el paciente sea capaz de formarse un ejemplo del fracaso originario y sentir ira al respecto. Sólo cuando el paciente alcance este punto, no obstante, podrá darse el principio de una puesta a prueba de la realidad. Parece ser que algo parecido a la represión primaria atrapa a estos traumas una vez que los mismos han sido utilizados en el tratamiento.

La forma en que se produce este cambio de la experiencia de la ira que fue interrumpida en el pasado a la experimentación de ira en el tratamiento, es una cuestión que le interesa especialmente a Winnicott, ya que es en este aspecto de su trabajo donde hace hincapié. El paciente hace uso de los fracasos del analista. Los

fracasos son necesarios y de hecho no hay ningún intento de dar una adaptación perfecta; Winnicott dice que es menos perjudicial, equivocarse con estos pacientes que con los neuróticos.

Veamos la cita siguiente:

Otros se sentirán sorprendidos, como me sentí yo, al comprobar que una falta grande puede ocasionar un perjuicio muy pequeño mientras que un leve error de juicio puede producir un gran efecto. La clave reside en que el fracaso del analista se utiliza y debe ser tratado como fracaso pasado, un fracaso que el paciente es capaz de percibir y encuadrar y sentir ira sobre él. El analista necesita poder utilizar sus fracasos en términos de lo que significan para el paciente y si es posible, debe explicar cada uno de ellos aunque esto signifique el estudio de su contratransferencia inconsciente. (Winnicott 1956:395)

Y es aquí donde marca un giro al diferenciar el rol del analista: en su artículo "El odio en la contratransferencia", basado en un escrito leído ante la Sociedad Psicoanalítica Británica, el 5 de febrero de 1947. Va un paso más allá de los desarrollos teóricos conocidos y señala el aspecto esencial de la contratransferencia en el trabajo con pacientes psicóticos.

### **Transferencia, repliegue y regresión**

Para finalizar el desarrollo sobre transferencia es necesario hacer mención sobre los conceptos de replegamiento y regresión. Winnicott marca las diferencias sobre dichos conceptos en un escrito para un seminario en diciembre de 1965 diciendo: "En la regresión hay dependencia, y en el repliegue, una independencia patológica" (Winnicott, 1955).

En "Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico" (1954), Winnicott enuncia su tesis sobre la regresión: la enfermedad psicótica está relacionada con un fracaso ambiental en una etapa temprana del desarrollo emocional del individuo. El sentimiento de futilidad corresponde al desarrollo de un falso Self que protege al verdadero Self. El marco psicoanalítico reproduce los primeros contactos maternos invitando al paciente a confiar en una regresión. Winnicott llama regresión a una especie de establecimiento de una confianza determinada por un encuadre que permite que el analista trabaje. El paciente puede volver confiado a una etapa de dependencia. En cambio el replegamiento es una independencia forzosa, casi loca que el paciente tiene justamente por la dificultad de instalar el vínculo que le permita la regresión. El concepto de replegamiento lo toma del concepto freudiano de "replegamiento narcisista". Winnicott establece un concepto

dinámico que va del replegamiento a la regresión, y lo crucial está en intentar ganar esta especie de independencia que se logra vía retraimiento para lo que es el curso del análisis. Esta ganancia exige siempre construcción.

Winnicott postula que el replegamiento puede concluir si la ira se instala. Porque la ira aparece como una reacción tardía anacrónica, fuera de tiempo, ante un fracaso ambiental histórico, que pide entrar en transferencia. En estos casos no hay que interpretar sino que hay que dar espacio a una repetición que posteriormente puede ser experiencia. Después de esto se puede haber lugar para la interpretación. Entonces será posible el recuerdo. Hasta que esto no ocurra esto se va a presentar insistiendo de manera reiterativa.

Podemos decir que entre regresión y retraimiento, la diferencia está en el manejo que haga el analista de eso. Se pasa del replegamiento a la regresión en la medida en que se instale de nuevo la confianza que se establece en un principio. Cuando algo se presenta ahí rompiendo la escena del análisis, hay que dejarlo que se presente, porque es algo que pide tener estatuto de experiencia. Esta regresión es un retorno organizado a la temprana dependencia en donde el paciente y el marco se fusionan en una situación de narcisismo primario. En otras palabras Winnicott nos enseña que, si el analista tiene capacidad de "holding", y esto es, no se defiende, no responde, no interpreta, no toma ninguna iniciativa, se va a instalar una confianza tal que el paciente pueda desplegar lo que ha quedado enquistado. Para Winnicott esto quiere decir que hay transferencia.

### **Contratransferencia**

Winnicott fue discípulo de Ferenczi y, partiendo de sus conceptos sobre contratransferencia, desarrolló estas ideas a su manera. Él también va a preocuparse por la cuestión de las emociones del analista. Se va a ocupar de este tema a la luz del abordaje de niños antisociales y lo va a llevar a plantearse interrogantes en torno al manejo específico de los sentimientos y las emociones que despiertan en él mismo en estos análisis.

Como analista Winnicott postula que los fenómenos de la contratransferencia le dan a la situación analítica la cualidad de situación ENTRE, es decir, lo transicional.

El analista dirige la cura, descentrándose de la relación intersubjetiva, y al dirigirla se puede descubrir implicado de una manera o de otra. En sus definiciones sobre la contratransferencia, Winnicott se destacó por escribir dos artículos bastante controvertidos:

- 1- "Odio en la contratransferencia"(1947)

- 2- "La contratransferencia" trabajo presentado en un simposio sobre la contratransferencia, Londres, en 1959.

Tomando primeramente el concepto de contratransferencia, declara: "Lo que deseo decir puede enunciarse brevemente. Creo que a la palabra "contratransferencia" ahora debería restituirse su uso original." (1959), Se refiere al significado que Freud le dio. Asimismo Winnicott define tres tipos diferentes de actitud del analista en relación a la contratransferencia, a saber:

1. Los sentimientos contratransferenciales deben entenderse como una indicación de que el analista necesita más análisis. Este primer punto, nos lleva a un callejón con una sola salida, en la que el analista se encuentra con sus puntos ciegos y la única opción es la continuación de su análisis personal. En este sentido explica que: contratransferencia designaría la anormalidad en los sentimientos contratransferenciales, y relaciones e identificaciones fijas reprimidas en el analista. (Winnicott, 1959:256).

Sin embargo sostiene que el significado de la palabra contratransferencia puede ampliarse, presentando las ideas que a continuación se detallan...

2. Las identificaciones y tendencias que corresponden a la experiencia y al desarrollo personal del analista y que le proporcionan el marco positivo para su trabajo. Dicho argumento nos habla de la "actitud profesional" y técnica del analista, en la que sus identificaciones y tendencias personales, definen su propio estilo de trabajo. En este sentido aclara:

Deseo dejar establecido que el trabajo del analista es un estado especial, es decir, que su actitud es profesional. El trabajo se realiza con un encuadre profesional. En este encuadre damos por sentado que el analista no está sometido a trastornos de la personalidad y el carácter de un tipo o grado tal que impidan mantener la relación profesional, o que para mantenerla obliguen a pagar el alto costo que suponen las defensas excesivas. La actitud profesional se parece al simbolismo, en cuanto supone una distancia entre el analista y el paciente. El símbolo está en una brecha entre el objeto subjetivo y el objeto percibido objetivamente (Winnicott ,1959:252).

Con respecto al rol del analista dice:

Yo preferiría ser recordado como alguien que sostiene que entre el paciente y el analista está la actitud profesional del analista, su técnica, el trabajo que realiza con su mente (Winnicott ,1959:254).

Posteriormente aclara:

Las ideas y los sentimientos acuden a la mente, pero antes de formular una interpretación los examino y escudriño. Esto no significa que los sentimientos

no participen. Por un lado, puedo sentir dolor de estómago, pero habitualmente ello no afecta mis interpretaciones; por otra parte, tal vez una idea del paciente me ha estimulado erótica o agresivamente, pero tampoco este hecho afecta por lo común mi trabajo interpretativo, lo que diga, el modo o el momento en que lo diga. Durante la sesión el analista es objetivo y congruente, y no es un salvador, un maestro, un aliado ni un moralista. El efecto importante del propio análisis del analista en relación con esto consiste en que ha fortalecido su yo de modo tal que puede seguir profesionalmente involucrado y hacerlo sin demasiada tensión. (Winnicott, 1959:255).

Entonces sin bien designa la contratransferencia como los rasgos neuróticos susceptibles de malograr la actitud profesional y perturbar el curso del proceso analítico, podríamos señalar en esta segunda idea la "aceptación" de sentimientos por parte del analista suscitados por el paciente.

3. También distingue la **contratransferencia verdaderamente objetiva**, es decir el amor y el odio del analista como reacción a la personalidad y a la conducta reales del paciente, basados en una observación objetiva. Aquí nos menciona la flexibilidad del terapeuta, adaptándose a las necesidades del paciente, dependiendo del diagnóstico. En otras palabras, el rol del analista debe variar según el diagnóstico del paciente:

Por lo tanto, ahora hablo desde una posición diferente, y el cambio se origina en el hecho de que me refiero al manejo y tratamiento de casos fronterizos para los cuales la palabra psicótico es más apropiada que la palabra neurótico. (Winnicott, 1959:257)

Es, en este sentido, donde empieza a desprenderse de la teoría freudiana, al aludir a una variación del rol del analista, cuando se trabaja con casos fronterizos, concretamente con pacientes antisociales y con pacientes que necesitan una regresión. Explica:

El primero, el paciente con una tendencia más o menos antisocial, está reaccionando permanentemente a una privación. Su enfermedad, o el aspecto esperanzado que hay en ella, obliga al terapeuta a corregir y a continuar corrigiendo las fallas del yo auxiliar que alteró el curso de la vida del paciente. Lo único que el terapeuta puede hacer, aparte de quedar atrapado, es aprovechar lo que sucede para llegar a un enunciado preciso de la privación o las privaciones originales, tal como las percibió y sintió el paciente en su niñez. Esto supone trabajar o no con el inconsciente del paciente. Un terapeuta completamente comprometido en el trabajo con



pacientes que presentan una tendencia antisocial no estaría en una buena posición para comprender la técnica psicoanalítica, la operación de la transferencia o la interpretación de la neurosis de transferencia". (Winnicott, 1959:258). "En el otro tipo de paciente al que estoy refiriéndome, puede ser necesaria una regresión. Para generar un cambio significativo, el paciente tendrá que atravesar una fase de dependencia infantil. Tampoco en este caso puede enseñarse psicoanálisis, aunque sí practicarlo en una forma modificada. La dificultad consiste aquí en el diagnóstico, en la localización de la falsedad de la personalidad falsa que oculta al self verdadero inmaduro. Para que en este caso el self verdadero oculto se haga reconocer, el derrumbe del paciente formará parte del tratamiento, y el analista tendrá que ser capaz de interpretar el rol de la madre para el infante del paciente. Esto significa brindar un yo auxiliar en gran escala. El analista tendrá que seguir orientado hacia la realidad externa, mientras de hecho se identifica con el paciente, incluso se fusiona con él. El paciente debe volverse sumamente dependiente, incluso absolutamente dependiente, y esto vale aunque exista una parte sana de la personalidad que mientras tanto actúe como aliado del analista y de hecho le diga cómo debe comportarse. (Winnicott, 1959:261)

Con esta nueva aportación, en la que compara terapeuta-madre y paciente-bebé puntualiza que, por un lado, el bebé depende absolutamente del medio o de una "madre suficientemente buena" que le permita continuar su desarrollo y seguir existiendo, con un sostén adecuado. Por otro lado, renueva los paradigmas clásicos que consideraban al niño como relativamente independiente del medio. Mantiene su acuerdo con Freud, en el trabajo de pacientes psiconeuróticos que tienen un desarrollo emocional satisfactorio, trabajándose el complejo de Edipo, etapas de la sexualidad infantil, etc. Pero enriquece el abordaje clásico con determinados pacientes que no han tenido el cuidado necesario para la instauración de un Yo integrado. Entre ellos se encuentran pacientes psicóticos, borderlines y esquizofrénicos y fases determinadas que se dan a lo largo del análisis en pacientes neuróticos y personas normales

Winnicott piensa que el analista que trata psicóticos o antisociales debe ser capaz de ser tan plenamente consciente de la contratransferencia como para separar y estudiar sus reacciones objetivas ante el paciente; dentro de dichas reacciones se halla incluido el odio. Es, de esta manera como introduce una modificación con relación a los fenómenos de la contratransferencia. Nos dice que muchas veces revestirán importancia en el análisis.

Winnicott explica que sentir odio, cuando el paciente lo ha proyectado en el terapeuta, es parte de la capacidad de respuesta del analista. Cuando el paciente busca el odio

del terapeuta, el terapeuta debe ser capaz de hacer contacto con eso, y poder "contener" lo que es proyectado, de lo contrario el análisis falla. Esto es, siguiendo con el símil de la pareja de crianza -madre y bebé- alude a la imprescindible consciencia del odio objetivo. Entonces, el analista bajo estos parámetros, debe estar preparado para adaptarse a las necesidades especiales de estos pacientes, siendo imprescindible para que el análisis pueda llevarse a cabo, que su odio sea consciente y bien delimitado, considerando esto imprescindible cuando el paciente lo busca, ya que es necesario para que algunos pacientes, puedan adaptarse a la realidad y pueda el análisis darse por terminado. Afirma:

En el análisis de psicóticos el analista pasa mayores apuros para hacer que su odio siga siendo latente, cosa que únicamente logrará siendo plenamente consciente de ello. Quiero añadir que en ciertas etapas de ciertos análisis el paciente llega efectivamente a buscar el odio del analista, y lo que entonces se necesita es un odio objetivo. Si el paciente busca odio objetivo o justificado, debe ser capaz de encontrarlo, de lo contrario es imposible que se crea capaz de encontrar amor objetivo. (Winnicott, 1947:269).

Winnicott advierte sobre lo "molesto" del análisis con estos pacientes, por ser personas que movilizan mucho emocionalmente, al respecto señala:

El analista debe estar preparado para soportar la tensión sin esperar que el paciente sepa lo que está haciendo, tal vez durante un tiempo bastante largo. Para esto el analista debe serle fácil asumir sus propios temores y odios. Se halla en la situación de la madre de un nonato o de un recién nacido. A la larga, debe ser capaz de decirle al paciente lo que él, el analista, ha experimentado en si mismo, aunque puede que el analista no llegue tan lejos. (Winnicott, 1947:268)

Sin embargo, ese odio objetivo no debe ser interpretado ni comunicado hasta tanto el paciente esté preparado para ello. Advierte lo peligroso que puede ser la interpretación del odio objetivo, sino se lleva a cabo con sumo cuidado en un momento dado, y sabiendo muy bien lo que se está haciendo:

...seguimos con la necesidad de discutir la cuestión de la interpretación del odio del analista para con el paciente. Se trata, evidentemente, de una cuestión preñada de peligros y a la que debe dedicarse una sincronización de lo más cuidadosa. Pero creo el análisis es incompleto, si incluso cerca de su final, el analista no le ha sido posible decirle al paciente lo que él, el analista, hacia a escondidas del paciente mientras éste estaba enfermo, durante las primeras etapas. En tanto no se haga esta interpretación el paciente es

mantenido en cierta forma en la posición de un pequeño, de un pequeño incapaz de comprender lo que debe a su madre (Winnicott, 1947:268)

En este sentido habla del paciente psicótico, quién gradualmente atraviesa barreras delimitadas por el analista, Winnicott a esto llamó **técnica del analista y actitud profesional**. Aclara que primitivamente el paciente se halla en un estado de fusión y la separación se hace de un modo "gradual y ordenado" (Winnicott, 1959)

Si el analista se defiende a sí mismo, el paciente perderá la oportunidad de mostrarse airado acerca de un fracaso pasado justamente allí donde por primera vez la ira se estaba haciendo posible. Contener esa ira como una "madre suficientemente buena", sin defenderse. He aquí un gran contraste entre este trabajo y el análisis de pacientes neuróticos con el yo intacto. Explica Winnicott

El psicótico, se halla en un estado de coincidencia entre amor y odio y está profundamente convencido de que también el analista sólo es capaz de ese mismo estado mental ¿No habría que deducir, pues, que si un psicótico se halla en un estado donde «coinciden el odio y el amor» en los sentimientos, entonces experimenta una profunda convicción de que el analista también es solamente capaz del mismo estado, brutal y peligroso, de coincidencia del amor y del odio? (Winnicott, 1947:265)

Dicha coincidencia implica que:

...en la historia del paciente se produjo un fallo ambiental en el momento en que aparecieron los primeros impulsos instintivos en busca de objeto.

Si al analista se le van a imputar una serie de sentimientos en bruto, entonces lo mejor es prevenirle para que se disponga a ello, ya que debe tolerar que se le coloque en aquella posición. Ante todo, no debe negar un odio que realmente existe en él mismo. El odio que está justificado en el marco existente debe ser separado y mantenido en reserva, disponible para una eventual interpretación. (Winnicott; 1947:265)

En resumen, se trata para Winnicott de mantener la objetividad ante todo lo que le presente el paciente, y un caso especial de esto es la necesidad del analista de poder odiar objetivamente al paciente. Y es en este sentido que hace una distinción con pacientes neuróticos en donde el analista no tiene ninguna dificultad en controlar su propio odio, que permanece latente. Comenta:

Lo principal, por supuesto, es que a través de su propio análisis se haya librado de las vastas reservas de odio inconsciente perteneciente al pasado y a conflictos internos. (Winnicott, 1947:266)

Explica que en el análisis de psicóticos el analista pasa mayores apuros para hacer que su odio siga siendo latente, cosa que únicamente logrará siendo plenamente

consciente de ello. Y añade que en ciertas etapas de ciertos análisis el paciente llega efectivamente a buscar el odio del analista, y lo que entonces se necesita es un odio objetivo: "Si el paciente busca odio objetivo o justificado, debe ser capaz de encontrarlo, de lo contrario es imposible que se crea capaz de encontrar amor objetivo". (Winnicott, 1947).

Si el psicótico le atribuirá al analista sentimientos elementales es mejor que éste lo sepa y esté preparado para tolerar esta situación. El analista no debe negar el odio que realmente existe en él y que es necesario aislar y mantener a mano para una interpretación eventual.

Winnicott sugiere que la madre odia al bebé antes de que éste odie a la madre, (sabiendo que este odio es inconsciente) y antes de que el bebé pueda saber que su madre lo odia. Da muchas razones para justificar esta idea. Entre ellas:

- El bebé no es su propia concepción (mental).
- La relación de amor no se produce mágicamente.
- Constituye un peligro para su cuerpo durante el embarazo y el parto.
- Trata de lastimarla, periódicamente la muerde y siempre por amor.
- La excita pero la frustra: la madre no debe comerlo ni tener contacto sexual con él.

Winnicott, en su teoría sostiene que existe una fase teóricamente anterior en la cual el niño hace daño pero no lo hace por odio, no lo puede sentir porque para sentirlo su yo tiene que estar integrado, tendría que haber un yo y un no-yo para que el pequeño pudiera odiar. A esta fase Winnicott la llama: "amor cruel". A medida que el pequeño va siendo capaz de percibirse en tanto que persona completa, se va desarrollando el significado de la palabra "odio" a modo de descripción de cierto grupo de sus sentimientos. Al respecto concluye con respecto a éstos pacientes:

Cuando su regresión es profunda, el paciente no puede identificarse con el analista ni apreciar su punto de vista más de lo que el feto o el recién nacido pueden simpatizar con la madre. Una madre debe ser capaz de tolerar el odio que su bebé le inspira sin hacer nada al respecto.... Lo más notable acerca de una madre estriba en su capacidad para recibir tanto daño del pequeño y para odiar tanto sin pagarle a él con la misma moneda. (Winnicott, 1947:)

En el análisis de psicóticos y en las etapas finales del análisis, incluso de personas normales, el analista se encuentra en una posición similar a la de la madre de un recién nacido. En la regresión profunda, el paciente no puede apreciar el punto de vista de su analista tal como un recién nacido no puede tener una actitud comprensiva con respecto a su madre.

Ya en "Desarrollo emocional primitivo" (1945), Winnicott distingue tres categorías de pacientes:

1. Los clásicos neuróticos descritos por Freud, pacientes capaces de relacionarse con las personas como objetos totales, con dificultades en las relaciones interpersonales y ligadas al complejo de Edipo.

2. Los pacientes preocupados por su mundo interno y su organización interior. Son los pacientes estudiados por Klein en sus trabajos sobre duelo, donde la depresión y la hipocondría ocupan el lugar más importante (pacientes con mecanismos esquizoides). La estructura de estos pacientes es distinta de la de la primera categoría pero la técnica psicoanalítica sigue siendo la misma.

3. algo muy distinto son los pacientes de esta categoría tercera, pues las relaciones de objeto son preedípicas, anteriores a lo que Winnicott llama de "concern" (posición depresiva de Klein) y la técnica clásica necesita modificaciones. Hay una falla en el desarrollo emocional primitivo y su estructura es básicamente psicótica. Estos pacientes necesitan hacer una regresión a la dependencia en la situación analítica.

Retomando la necesidad de discutir la cuestión de la **interpretación del odio del analista** para con el paciente, recordemos que Winnicott sostiene que un análisis es incompleto si, cerca del final, al analista no le ha sido posible hablar del odio que sentía, durante las primeras etapas. Repetimos con palabras de Winnicott lo que enunciamos antes:

En tanto no se haga esta interpretación el paciente es mantenido en cierta forma en la posición de un pequeño, de un pequeño incapaz de comprender lo que debe a su madre. (Winnicott, 1947:265)

Estos pacientes, no pueden revivir sus primeras experiencias satisfactorias de la infancia, ya que nunca tuvieron lugar, siendo el analista la primera persona que se las puede aportar. Winnicott sostiene que en estos casos el analista no representa a la madre, "es la madre" (Winnicott, 1947: 267).

De esta manera la técnica psicoanalítica se tiene que "acomodar" para poder dar respuesta a sus necesidades especiales. Esto se relaciona con que tiene diferente significado para un neurótico y un psicótico lo que el analista ofrece. Explica:

Para el neurótico, el sofá, la habitación caldeada, la comodidad pueden simbolizar el amor materno para el psicótico sería mejor decir que estas cosas constituyen la expresión física del amor del analista. El sofá es el regazo o el vientre del analista, la temperatura de la habitación es el calor vivo del cuerpo del analista y así sucesivamente. (Winnicott 1947:269)

Tomando en cuenta su teoría con respecto a la relación madre-bebé, Winnicott nos aclara que el analista debe desplegar toda la paciencia, tolerancia y confianza de una madre dedicada a su pequeño; debe reconocer como **necesidades** los **deseos** del paciente; debe estar disponible puntualmente y ser objetivo; y debe dar muestras de querer dar lo que concierne a las necesidades del paciente. En éste sentido puntualiza:

Cabe que exista un largo período inicial en el cual sea imposible que el paciente (incluso inconscientemente) aprecie el punto de vista del analista. No se puede esperar reconocimiento debido a que, en la raíz primitiva del paciente, no hay capacidad para la identificación con el analista; y ciertamente el paciente no puede ver que el odio del analista frecuentemente es engendrado precisamente por las cosas que el paciente hace en su cruda manera de amar. (Winnicott, 1959: )

Entonces es menester que el analista posea "sensibilidad" respecto de las necesidades del paciente así como el de proveerle de un marco que satisfaga tales necesidades.

Asimismo el trabajo resulta exigente debido a la necesidad de que el analista busque sus propios fracasos cuando quiera que aparezcan resistencias. Y con todo, es sólo mediante el empleo de sus propias equivocaciones que el analista podrá llevar a cabo la parte más importante del tratamiento en estas fases, la parte que permite al paciente enfadarse por primera vez por los detalles del fracaso de adaptación que (en el momento en que ocurrió) produjo la disrupción. Es esta parte del trabajo la que libera al paciente de su dependencia del analista.

De esta manera la transferencia negativa del análisis «neurótico» es reemplazada por la ira objetiva acerca de los fracasos del analista, por lo que una vez más tenemos una importante diferencia entre los fenómenos de la transferencia en los dos tipos de labor. No debemos buscar la conciencia de nuestros éxitos de adaptación, ya que los mismos no son percibidos a un nivel tan profundo.

### **Conclusión**

La psicología de Winnicott continúa primeramente considerando la contratransferencia como una interferencia neurótica. Dicha interferencia alteraría la calma de un espacio dedicado a la escucha empática y a la atención flotante.

El déficit ambiental tiene un papel crucial en relación a la contratransferencia. Le da un papel prioritario en la cura. Entonces, en el trabajo con pacientes psicóticos la contratransferencia es esencial. Plantea que ahí donde se trata de niños deprivados, niños donde la falla ambiental primera fue severa, la confianza en el analista funciona como restitutiva de lo que han experimentado o no respecto de la madre. En estos casos

Winnicott se plantea que la dependencia en la transferencia es máxima y moviliza al analista a actuar en consecuencia, dice al respecto que "someten la integridad del terapeuta a una gran tensión por cuanto necesitan realmente el contacto humano y la manifestación de sentimientos reales"( Winnicott 1954). Esa máxima dependencia y esa confianza que necesitan va a estar permanentemente puesta a prueba ya que se tiende a repetir transferencialmente la pérdida de la confianza. Es decir, transferencialmente se manifiesta una necesidad de volver a recuperar o restituir una confianza perdida o que nunca se tuvo en el otro, pero que al mismo tiempo es permanentemente puesta a prueba. Eso lo lleva a decir que la exigencia que plantean estos casos es máxima, que estas situaciones analíticas someten a la integridad del terapeuta a una gran tensión, a una verdadera prueba. Entonces Winnicott con el postulado del odio en la contratransferencia va a hacer un cuestionamiento de la abstinencia como neutralidad, y a criticar cierta frialdad y distancia que asumía la practica analítica. Winnicott, a través de su experiencia personal en el tratamiento de pacientes psicóticos, busca abrir un espacio seguro, un contexto de contención donde validar el odio en el terapeuta. El autor no solo dice que se puede odiar al paciente, sino que es normal que en ciertos momentos eso suceda. El dilema es transformar esa información afectiva en algo útil para el paciente y no destructivo para el terapeuta.

Se diría que hace una especie de "evolución" del concepto. El concepto de contratransferencia mantiene su condición de obstáculo, pero queda claro que sólo lo es en la medida en que no pueda ser instrumentada adecuadamente por el analista. Transforma así en uso el abuso de la contratransferencia, y hace de él una herramienta útil. Trabajar de una manera flexible y "usar" la contratransferencia, adaptándose al diagnóstico del paciente.

## CAPÍTULO IV

### CONCLUSIONES FINALES

En las conclusiones de este trabajo de investigación consideramos oportuno elegir algunos puntos desarrollados por Winnicott, Heinmann y Little para comparar sus ideas, coincidencias y divergencias en relación al tema que nos ocupa.

La conclusión más básica y general es que los tres autores coinciden en la posibilidad de utilizar la contratransferencia como instrumento en el análisis, pero difieren en la forma y uso que recomiendan darle.

El detalle de las conclusiones lo desarrollamos en base a 6 preguntas que van de lo general a lo particular y que contestaremos a continuación.

#### 1. ¿Qué es la situación analítica para estos autores?

Heinmann hace hincapié en que la situación analítica, conlleva una relación entre dos personas. Lo que distingue esta relación de otras, son los sentimientos experimentados por el analista y el uso que se haga de ellos.

Para Winnicott el trabajo se realiza con un encuadre profesional. En este encuadre damos por sentado que el analista no está sometido a trastornos de la personalidad ó del carácter de un tipo o grado tal que impidan mantener la relación profesional, o que para mantenerla obliguen a pagar el alto costo que suponen las defensas excesivas. Postula que entre el terapeuta y el paciente hay un "espacio transicional" un punto de encuentro, una brecha entre el objeto subjetivo y el objeto percibido objetivamente, una tercera zona. Dicha zona es un lugar de potencial desarrollo psíquico y se basa en la confianza desencadenada por la autenticidad y la confianza entre terapeuta y paciente.

Pero para determinados pacientes, entre ellos los psicóticos, no hay dicho espacio transicional ni lugar para el simbolismo, el analista no representa sino que "es" la madre. Aquí no hay representaciones inconscientes sino que hay que ir instalándolas en la relación terapéutica. Entonces, la técnica psicoanalítica, al no poder trabajar plenamente con representaciones inconscientes, sufre modificaciones para poder dar respuesta a sus necesidades especiales. Winnicott describe la "madre suficientemente buena" y la díada madre-hijo. Esta pareja entonces, es la que puede proporcionar los principios básicos para fundamentar la labor terapéutica, sólo cuando se trata de personas cuyo temprano contacto con la madre fue deficiente o se vio interrumpido.

Margaret Little retoma la idea de Winnicott de la psicosis como una "enfermedad de deficiencia ambiental", de modo que su terapéutica requiere la regresión a la época en la que la adecuación o la deficiencia del medio era esencial. El analizado revive y reconstituye sucesos de esa época y el analista provee dicho ambiente. La regresión a la dependencia en los casos de pacientes con psicosis, es un 'proceso curativo'. Su "verdadero self" aún puede tener esperanzas de revertir la falla original al hallar en el analista la adaptación necesaria para sus necesidades. En ocasiones en lugar de interpretación verbal se requiere un comportamiento y manejo intuitivos.

En su artículo de 1957 "Respuesta total del analista a las necesidades de su paciente" Little nombra un compromiso y una implicación del analista que serían necesarios para el éxito del análisis, requeridos por la propia lógica del análisis, y en su relato del caso Frida, hace oír su preocupación por la responsabilidad del analista.

En síntesis, todos coinciden que la situación analítica se trata de una relación entre dos personas. La diferencia es que Winnicott también agrega que existe un espacio transicional, lugar potencial de desarrollo psíquico; Heimann sostiene que la diferencia con cualquier otra relación está en el análisis de los sentimientos del terapeuta mientras que Little hace hincapié en el "compromiso e implicación del analista"

## **2. ¿Qué función cumple el analista?**

Heimann sostiene que al analista la técnica de atención flotante le capacita para escuchar simultáneamente en muchos niveles. Necesita sensibilidad para poder seguir los movimientos emocionales y las fantasías inconscientes del paciente. La premisa básica es que el inconsciente del analista entiende al de su paciente.

Según la concepción de Little, todo análisis supone un analizado y un analista, y en cierto modo son inseparables. Además el analista tiene una actitud hacia la contratransferencia, que como ya mencionamos, se presenta en ciertas ocasiones como dificultad o bien puede ser útil en la cura. Comparte muchas concepciones con Winnicott: para este la relación con el analista es una relación de pares más que una relación jerárquica; a diferencia del pensamiento kleiniano, reconoce la dependencia mutua entre analista y paciente; y además legitima los aspectos terapéuticos (positivos) de la contratransferencia. Todas estas ideas van a ser compartidas y utilizadas por Little quien, al igual que Winnicott, sostiene que todo analizado es sensible a lo que le sucede a su analista

Ella rescata también las enseñanzas de Winnicott en su tratamiento con él, se deben tener en cuenta las exigencias del paciente dependiendo de su patología y el analista debe estar dispuesto a atenderlas. Brindar la suficiente contención para hacer sentir

seguro al paciente, incrementar la capacidad de autovaloración y estima, con el objeto de ayudar a liberar su verdadero self.

Winnicott, en concordancia con Heinmann y Little, nos habla de la "actitud profesional" y técnica del analista, en la que sus identificaciones y tendencias personales, aportan el marco adecuado para su labor analítica y definen su propio estilo de trabajo. Dentro de la técnica del analista incluye la contratransferencia verdaderamente objetiva, es decir el amor y el odio del analista como reacción a la personalidad y a la conducta reales del paciente, basados en una observación objetiva. Aquí podemos ver la flexibilidad del terapeuta, adaptándose a las necesidades del paciente, dependiendo del diagnóstico. En otras palabras, el rol del analista debe variar según el diagnóstico del paciente.

Esta variación del rol del analista se da cuando se trabaja con casos fronterizos, concretamente con pacientes antisociales y con pacientes que necesitan una regresión. En este sentido, Winnicott empieza a desprenderse de la teoría Freudiana: en ciertos casos se debe decidir si se trabaja o no con el inconsciente del paciente. Explica que un terapeuta completamente comprometido en el trabajo con pacientes que presentan una tendencia antisocial no estaría en una buena posición para aplicar la técnica psicoanalítica, la operación de la transferencia o la interpretación de la neurosis de transferencia. De acuerdo a Freud, en el trabajo con pacientes psiconeuróticos, sigue la clásica técnica psicoanalítica. Pero enriquece el abordaje clásico con esos pacientes descriptos que no han tenido el cuidado necesario para la instauración de un Yo integrado. Entre ellos se encuentran pacientes psicóticos, borderlines, esquizofrénicos y fases determinadas que se dan a lo largo del análisis en pacientes neuróticos. El analista que trata psicóticos o antisociales debe ser capaz de ser tan plenamente consciente de la contratransferencia como para separar y estudiar sus reacciones objetivas ante el paciente; dentro de dichas reacciones se halla incluido el odio. Entonces, es menester que el analista posea "sensibilidad" respecto de las necesidades del paciente así como el de proveerle de un marco que satisfaga tales necesidades.

### **3. ¿Qué es la contratransferencia para cada uno de ellos?**

Para los tres autores la contratransferencia se la podría entender por un lado, como un obstáculo en la terapia, algo que interfiere con la objetividad; por otro lado, como un instrumento de la cura, cada uno desde su propio enfoque. Hacen también referencia a aspectos conscientes e inconscientes de la contratransferencia, centrándose en estos últimos.

Margareth Little define a la contratransferencia como elementos reprimidos no analizados en el analista, que este coloca en el paciente de manera idéntica a la que el paciente "transfiere" sobre su analista afectos experimentados hacia sus padres o los objetos de su infancia. Para ella, la contratransferencia, es solo una parte de lo que denomina Respuesta Total del analista ("R"). Dice también que existen dificultades para definirla porque la "contratransferencia inconsciente" se observa únicamente en sus efectos. Es difícil tener conocimiento (si es que se puede) de lo que es inconsciente, y tratar de observar e interpretar algo inconsciente en sí mismo. Pero, ella cree que la utilización de la contratransferencia como herramienta sería muy útil e incluso indispensable.

En cambio Paula Heinmann a diferencia de Little, utiliza el término para designar la totalidad de los sentimientos que el analista vivencia hacia su paciente. La respuesta emocional del analista es un instrumento de investigación dirigido hacia el inconsciente del paciente. Según ella, si bien una distinción conceptual entre transferencia y contratransferencia es posible, en la experiencia real ambos componentes están fusionados, difíciles de delimitar. Además, dice que las estructuras profundas del paciente aparecen en la superficie en forma de sentimientos, a los que el analista responde en su contratransferencia. Considera válida la idea de Freud, que la contratransferencia debe ser reconocida y superada, pero contrariamente a él, sostiene dicho concepto como una importante herramienta en la terapia.

Winnicott abarca un concepto amplio de contratransferencia que incluye los conflictos no resueltos del analista, sus experiencias y su personalidad y además sus reacciones racionales y objetivas. Este autor sostiene que, en condiciones del tratamiento de pacientes psiconeuróticos, la misma designaría la anormalidad en los sentimientos, relaciones e identificaciones fijas reprimidas en el analista. Además distingue la contratransferencia verdaderamente objetiva, es decir el amor y el odio del analista como reacción a la personalidad y a la conducta "reales" del paciente, sentimientos basados en una observación objetiva de contratransferencia como respuesta del analista. Es así entonces que hace una especie de "división" entre las respuestas del analista ante pacientes que tuvieron un aporte ambiental adecuado y los que no. Para los primeros, los sentimientos contratransferenciales serían aquellos residuos neuróticos que malogran la actitud y objetividad profesionales; para los segundos, la contratransferencia sería algo muy importante a tener en cuenta. En este caso la nombra "contratransferencia verdaderamente objetiva". (Winnicott, 1947)

En conclusión: mientras que Little sostiene que la contratransferencia es sólo un aspecto dentro de lo que se llama "Respuesta total del analista a las necesidades de su paciente", Heinmann la define como la "totalidad de los sentimientos del analista".

Por otro lado, Winnicott sólo toma el término "contratransferencia verdaderamente objetiva" para hacer uso de la misma en pacientes psicóticos, antisociales y neurosis graves.

#### **4. ¿Los residuos neuróticos del analista forman parte de la contratransferencia?**

La psicología de Winnicott considera en parte a la contratransferencia como una interferencia neurótica. Dicha interferencia alteraría la calma de un espacio dedicado a la escucha empática y a la atención flotante. Winnicott abarca un concepto de contratransferencia que incluye los conflictos no resueltos del analista, sus experiencias y su personalidad y además sus reacciones racionales y objetivas.

Para Heimann, cuando el paciente aporta un material muy próximo a situaciones propias del analista que aún no ha comprendido, se produce una perturbación en él, que le será devuelta al paciente. Es importante considerar tres factores: la perturbación emocional del analista, la parte del paciente que ha puesto en marcha esa situación y el modo de actuar del analista sobre él. A pesar del análisis propio, ningún analista es completa y perfectamente analizado, quedando siempre residuos neuróticos. El mismo analista siente la tendencia a salir de la situación analítica hacia una situación de relación interpersonal común. Ése sería el signo para reconocer los residuos neuróticos.

Mientras tanto, Little habla de residuos neuróticos en la contratransferencia inconsciente diciendo que el analista debe ser sometido a análisis continuo porque en ocasiones puede precipitar una mala respuesta.

Los tres autores coinciden en un aspecto positivo y otro negativo de la contratransferencia. Este último abarca los contenidos de la contratransferencia se deben a residuos neuróticos inconscientes, por lo tanto, el analista los debe someter a análisis. Dentro del aspecto positivo van a desarrollar el valor instrumental de la misma en terapia, donde cada uno va a hacer uso de ella de acuerdo a su propia perspectiva.

#### **5. -¿Cómo usan la contratransferencia?**

Para que el analista no se encuentre ante sus pacientes sin recursos, sostiene Winnicott que debe reconocer su contratransferencia y saber diferenciar sus reacciones también objetivas frente al paciente.

Hemos consignado que para este autor, se debe realizar una línea demarcatoria entre psicosis y neurosis: mientras que para la neurosis los sentimientos no deben afectar la objetividad del analista, en el tratamiento con psicóticos o antisociales debe ser capaz

de ser tan plenamente consciente de la contratransferencia como para separar y estudiar sus reacciones objetivas ante el paciente, por ser personas que movilizan mucho emocionalmente. El terapeuta debe poder hacer contacto con esas emociones, especialmente el odio, y contener lo que es proyectado. Por lo tanto, alude a la "imprescindible consciencia" (Winnicott, 1947) y delimitación del odio objetivo. Es, de esta manera, como introduce una modificación con relación a los fenómenos de la contratransferencia. El reconocimiento de los fenómenos de contratransferencia para Winnicott, es fundamental para poder sostener al paciente desde la dependencia absoluta hasta que sea el momento de interpretar.

Recordemos que Paula Heinmann pone énfasis en el valor positivo de la contratransferencia, como "instrumento de investigación psicoanalítico" además de diagnóstico. Reconoce que es causada por la perturbación de los sentimientos del analista, debidos a un retraso temporal de la comprensión consciente con respecto a la inconsciente y agrega que las estructuras profundas del paciente aparecen en la superficie en forma de sentimientos, a los que el analista responde en su contratransferencia. En la comparación de sentimientos despertados en él mismo con las asociaciones de su paciente y su comportamiento, el analista posee el máspreciado indicador de "si ha entendido o no a su paciente". Las emociones violentas de cualquier clase (amor u odio, ayuda o ira) borran la capacidad de pensar claramente e impulsan hacia la actuación y si la respuesta emocional del analista es demasiado intensa, fallará en su objetivo. Es en este sentido, Heinmann y Winnicott ponen especial atención en las "emociones masivas" que despiertan algunos pacientes, sin embargo, cada uno de ellos las utiliza de distinta manera tal como describiremos más adelante.

Heinmann nos dice que en el momento en que el analista entiende a su paciente, entiende también sus propios sentimientos y la perturbación emocional desaparece pudiendo verbalizar el proceso crucial del paciente en una forma que éste pueda entender. La respuesta emocional inmediata del analista hacia su paciente es un significativo indicador de los procesos inconscientes del paciente y guía al analista hacia la completa comprensión. Ayuda a este a focalizar la atención en los elementos más importantes de las asociaciones del paciente y sirve como criterio útil de selección de las interpretaciones. Heinmann coincide con Little y Winnicott, en rescatar el lugar de la contratransferencia como instrumento importante en la clínica, aunque en algunos casos puede ser también una peligrosa herramienta.

Por su parte, Little nos dice que los resultados positivos en la cura de los pacientes, se producirán si se utiliza la contratransferencia y si se puede descubrir como servirnos de ella. Apela al igual que Heinmann, al aspecto experimental de la

contratransferencia en relación a los pacientes. Little opina que todo paciente que llega al análisis tiene ciertas necesidades y a ellas el analista responde de diversas maneras. La respuesta del analista es una parte indispensable del análisis que contribuye en mucho a su dinámica, y resulta de un equilibrio, de una interacción y de una fusión entre el amor y el odio del analista hacia su paciente. Todo esto es la expresión de sus sentimientos, conscientes o inconscientes. Remarca la importancia de la presión que ejerce lo inconsciente y la necesidad de que la contratransferencia sea reconocida por el analista y no negada. La "contratransferencia inconsciente" puede a veces precipitar una mala respuesta siendo necesario que el analista se analice continuamente. El desarrollo relacional se hace posible, con la necesidad de soportar la fusión y la separación, y riesgo de provocar sentimientos en otra persona, o de experimentarlos por alguien.

Por lo tanto, cuando la capacidad del paciente para ser objetivo ha alcanzado un grado suficiente, es particularmente necesario que el analista esté atento a las manifestaciones de la contratransferencia y a las ocasiones que se presentan de interpretarla directa o indirectamente, es decir cuando el paciente se las revele. Sin esto, dice Little, el paciente no reconocerá la mayor parte de los comportamientos parentales irracionales que han sido un factor tan poderoso en el desarrollo de su neurosis. Que el analista se identifique con las figuras parentales, aunque de forma más benigna, ayuda a alcanzar una mayor comprensión en el análisis.

Conclusión: Winnicott utiliza la contratransferencia básicamente en casos de psicóticos y antisociales y habla de "odio objetivo" que siente el analista como una parte importante en la terapia. Heimann la utiliza como un instrumento de investigación básicamente y Little como una parte "importante e indispensable" dentro de lo que se llama "Respuesta total del analista a las necesidades de su paciente".

#### **6. ¿La contratransferencia debe ser comunicada al paciente? ¿Cómo y cuándo debe realizarse dicha comunicación?**

Recordemos que Winnicott se ocupó de pensar la cuestión de las emociones del analista a la luz del abordaje de niños antisociales. Esto lo llevó a plantearse interrogantes en torno al manejo específico de los sentimientos y las emociones que despiertan en él mismo estos análisis.

Según Winnicott, el analista debe ser capaz de decirle al paciente, lo que ha experimentado en sí mismo en el momento dado, cuando el paciente esté preparado para ello. Señala lo peligroso que puede ser la interpretación del odio objetivo, si no se lleva a cabo con sumo cuidado en un momento justo y sabiendo muy bien lo que se está haciendo. Pero, si al final del análisis el analista no ha podido comunicar sus

sentimientos al paciente, el análisis sería incompleto, porque es una forma de mantener al paciente en la posición de un pequeño incapaz de comprender lo que debe a su madre.

También en un sentido más abarcativo, Margaret Little ha planteado la conveniencia de comunicar al paciente los efectos que han sido producidos por la contratransferencia. Ella recomienda que ante errores del analista, se mencione explícitamente si éstos tienen su origen en la "contratransferencia inconsciente". El paciente tiene derecho a expresar su propia cólera y a recibir expresiones de arrepentimiento del analista. La explicación puede ser esencial para el progreso del análisis, reforzará la confianza del paciente en la honradez y buena voluntad del analista, que debe "mostrarse humano", admitiendo que comete errores. Disimular, solo podría causar daño. Además examina la posibilidad de que el análisis de la contratransferencia pueda llevar a profundidades mayores, como en el análisis de la transferencia. De todos modos, según Little, las interpretaciones de contratransferencia deben darse de forma cuidadosa.

Con respecto a los sentimientos que surgen en análisis, Little considera que los verdaderos sentimientos que el analista coloca sobre su paciente y su deseo de ayudarlo tienen que ser expresados clara y explícitamente, cuando ellos son experimentados y pueden, por consecuencia, surgir con espontaneidad y sinceridad. Para Little los pacientes muy enfermos, son incapaces de hacer deducciones apropiadas, entonces es necesaria una expresión directa de los sentimientos, de cómo surgen y en el momento que surgen. Esta idea parece ser diferente a lo que opina Winnicott ya que dicho autor explica que hay que tener "especial cautela" en comunicar en estos casos los sentimientos. Según Little, es necesaria la expresión consciente de los sentimientos, ya sea deliberadamente predeterminada o que fuese un impulso. Y agrega que, en ciertas ocasiones, una reacción de tipo primitivo, no solamente no será negativa, sino que aportará una ayuda positiva. Al comunicar sus sentimientos, le permite al paciente la posibilidad de introyectar e identificarse con analista, en tanto que un ser humano viviente con el que es posible tener un contacto y una relación.

Para Heinmann lo que distingue a la relación analítica de otras, no es la presencia de sentimientos sólo en una parte, el paciente, y la ausencia en la otra, el analista, sino por encima de todo, el grado de sentimientos experimentados por el analista y el uso que se haga de ellos. La respuesta emocional del analista hacia su paciente en la situación analítica representa una de las más importantes herramientas para su trabajo.

Paula Heimann, en contraposición a Winnicott y Little, no considera correcto que el analista comunique sus sentimientos a su paciente. Tal honestidad estaría en la línea de una confesión y sería una carga para éste. Las emociones despertadas en el analista serán de gran valor para el paciente si son usadas como una fuente más de insight dentro de los conflictos inconscientes y defensas del paciente y cuando ellas son interpretadas y elaboradas. Los cambios resultantes en el Yo del paciente incluyen la consolidación de su sentido de realidad para que vea a su analista como un ser humano, y dicha relación "humana" en la situación analítica continúe.

Desde este punto de vista, la finalidad del análisis personal del analista, no es transformarlo en un cerebro mecánico que pueda producir interpretaciones sobre la base de un procedimiento puramente intelectual, sino capacitarlo para sustentar los sentimientos que son movilizados en él, en oposición a la descarga de ellos (como lo hace el paciente), con el fin de subordinarlos a la tarea analítica, en la cual funciona como el reflejo del paciente en un espejo. Las dificultades en la situación analítica, se presentarán cuando el analista no registre sus sentimientos como algo a considerar.

Aquí entonces hay diferencias entre los tres autores: Mientras que Winnicott argumenta que deber ser comunicada al final del análisis, Little dice que hay que comunicarla clara y explícitamente en el momento en que se siente. Heimann, por otro lado, sostiene que no debe ser comunicada en ningún momento.

## BIBLIOGRAFIA

- BERT, Kahr; WINNICOTT, Donald Woods. *Retrato y biografía*. Ed APM, 1999
- De "El Gesto espontáneo". *Carta a Violet* Pag. 45
- CARPINTERO, Enrique, *La subjetividad del analista: cuerpo y contratransferencia* Revista Topía (1998)
- FERNÁNDEZ, E. ( compiladora) *Temas introductorios de la clínica psicoanalítica*
- FRENDRICK, Silvia *Desventuras del Psicoanálisis* Ed. Ariel 1993
- FREUD, Sigmund (1910) *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica* Amorrortu Ed., T XI, Buenos Aires.
- FREUD, Sigmund (1912) *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* Amorrortu Ed., T XII, Buenos Aires.
- FREUD, Sigmund (1914) *Introducción del narcisismo* Amorrortu Ed., T XIV, Buenos Aires.
- FREUD, Sigmund. (1895) - *Estudios sobre la histeria* Obras completas. Volumen II. Amorrortu editores
- FREUD, Sigmund (1919) *Nuevos caminos de la Terapia Psicoanalítica* Amorrortu Ed., T XVII, Buenos Aires.
- GREEN, ANDRÉ (2008) *Jugar con Winnicott* Ed. Amorrortu. Buenos Aires
- HEINMANN, Paula (1950) *Acerca de la contratransferencia* Revista Uruguaya de Psicoanálisis , tomo IV Nº 1 , Publicación de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, Montevideo 1961-62
- HEIMANN, Paula (1954) *Problemas del análisis didáctico*
- HEIMANN, Paula (1956) *Dinámica de las interpretaciones transferenciales*
- HEINMANN, Paula (1960) *Contratransferencia* Revista Uruguaya de Psicoanálisis , tomo IV Nº 1 , Cap. Contratransferencia, Publicación de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, Montevideo 1961-62
- HEIMANN, Paula (1968) *La evaluación de los candidatos para la formación analítica – Las metas de la educación psicoanalítica y los criterios para la evaluación de los candidatos.*
- HEIMANN, Paula (1977) *Nuevas observaciones sobre el proceso cognoscitivo del analista*
- KING, Pearl. (1989). *La búsqueda de Paula Heimann de su propia identidad como psicoanalista: un recuerdo introductorio.*

[www.psicoterapiarelacional.es/Documentación/AutoresDestacados/PaulaHeimann/Biografía](http://www.psicoterapiarelacional.es/Documentación/AutoresDestacados/PaulaHeimann/Biografía)

- KLEIN, Melanie, HEIMANN, Paula, ISAACS Susan. (1942) *Desarrollos en psicoanálisis*
- KLEIN, Melanie (1955) *Envidia primaria*. [www.psicomundo.org/Klein](http://www.psicomundo.org/Klein)
- LACAN, J. (1962-63) El seminario, Libro X, *La Angustia*, Ed. Paidós, 2006.
- LAPLANCHE JEAN Y PONTALIS JEAN BERTRAND (1993) *Diccionario de Psicoanálisis*. Ed Labor, S.A.
- LAURENT, E. *Estabilizaciones en la Psicosis*, Ed. Manantial, Bs.As. 1969
- LITTLE, Margareth (1951) *La contratransferencia y la respuesta del paciente*. "Countertransference and the patient's response to it" *International Journal of Psycho-Analysis*, 32: 32-40, 1951
- LITTLE, Margareth (1957). 'R' *La respuesta Total del analista a las necesidades de su paciente*. 'R' the Analyst's Total Response to his Patient's Needs. *Int. J. Psycho-Anal.*, 38:240-254. Traducción castellana: A. Gasparino. y J. Castelo; Mayo - Junio 1997
- LITTLE, Margareth (1990) *Relato de mi análisis con Winnicott*, Buenos Aires, Ed. Lugar 1995
- MARTINEZ, Horacio; *Donald Winnicott en el movimiento psicoanalítico* Editorial Eudem 2008
- MONEY KYRLE, R. E. (1956). *Contratransferencia normal y algunas de sus desviaciones* *Revista uruguaya de psicoanálisis*. Tomo IV N° 1 1961-62
- PEÑA, S. K. (1998). *El pensamiento de Winnicott. Reflexiones del relato del análisis de Margaret Little con Winnicott*.
- RODMAN, Robert *El gesto espontáneo. Cartas escogidas*. Paidós 1990
- WINNICOTT, D., GREEN, A., MANNONI, O., PONTALIS, J. y otros: *Donald W. Winnicott*. Ed Trieb
- WINNICOTT, Donald (1945) *Desarrollo emocional primitivo* en *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Laia, Barcelona, 1981.
- WINNICOTT, Donald (1947) *El odio en la contratransferencia* en *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Laia, Barcelona, 1981.
- WINNICOTT, Donald (1954) *Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico* en *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Laia, Barcelona, 1981.
- WINNICOTT, Donald (1955) *Varietades Clínicas de la Transferencia Leído ante el XIX Congreso Psicoanalítico Internacional, Ginebra. Publicado en el Int. J. Psycho-Anal.*, vol. XXXVII, 1956.

- WINNICOTT, Donald (1959), *La contratransferencia* Trabajo presentado en la segunda parte de un simposio sobre la Contratransferencia, organizado por la Sección Médica de la British Psychological Society, Londres, y publicado originalmente en el British Journal of Medical Psychology.
- WINNICOTT, Donald (1967) *Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño en Realidad y juego*, Granica, Buenos Aires, 1972.
- WINNICOTT, Donald (1974) *El temor al derrumbe*, *Psicoanálisis*, revista de APDEBA, IV, 2, 1982.
- WINNICOTT, Donald *La familia y el desarrollo del individuo*. Ediciones Hormé. Vol IX. Paidós. "Escritos de pediatría y psicoanálisis (Tercera parte. La agresión en relación con el desarrollo emocional) Paidós. Barcelona 1979.
- [www.aperturas.org/12zirlinger.html](http://www.aperturas.org/12zirlinger.html)
- [www.aperturas.org/25soler.html](http://www.aperturas.org/25soler.html) Revista de Psicoanálisis Abril 2007 No. 25
- [www.psicoei.net/Articulo Contratransferencia de Patito Feo a Cisne](http://www.psicoei.net/Articulo_Contratransferencia_de_Patito_Feo_a_Cisne)
- [www.psicomundo.org/winnicott/textos/pena7b.htm](http://www.psicomundo.org/winnicott/textos/pena7b.htm)
- [www.tuanalista.com/Donald-Winnicott/9362/La-contratransferencia-pag.2.htm](http://www.tuanalista.com/Donald-Winnicott/9362/La-contratransferencia-pag.2.htm)
- [www.winnicott.com.ar/biografia.htm](http://www.winnicott.com.ar/biografia.htm)
- Zirlinger, S. (2002) *Sobre la cura. Una visión sintética sobre los aportes de D. Winnicott a la idea de la cura*. Revista Aperturas Psicoanalíticas, Noviembre 2002, 12