

Transformando La Contratransferencia Amorfa En Una Forma Representable. Dos Puntos De Vista

Fred Busch

*“La contratransferencia es nuestro mejor
sirviente y el peor de los maestros”*

(Hanna Segal, 1993)

¹Si bien hay acuerdo en que nuestras reacciones contratransferenciales a menudo llevan a las regiones más profundas de la mente del analizando, el autor plantea preguntas sobre cómo utilizar mejor nuestra contratransferencia para que esta comunicación inconsciente sin forma pueda comenzar a ser representada por el paciente. Mientras que el método más conocido es el kleiniano, el autor presenta una perspectiva adicional basada en un creciente interés en pensar sobre el pensamiento, entre las múltiples culturas psicoanalíticas.

Una de las contribuciones más significativas de los últimos ochenta años fue descubrir la importancia de los pensamientos y sentimientos contratransferenciales como fuente crucial de información en el trabajo psicoanalítico. Comenzando con los trabajos pioneros de analistas como Racker (1953), logramos darnos cuenta de su importancia para comprender a cada paciente en algún punto de su análisis, y su valor en la comprensión de otros pacientes desde el momento en que entran a nuestro consultorio. Es una herramienta esencial para nuestro trabajo, y al mismo tiempo nos provee de datos que son difíciles de orga-

nizar y traducir. Tengo la impresión que aunque hay un conjunto grande de trabajos sobre interpretación, donde el analista usa su contratransferencia, falta desarrollar una teoría de la interpretación dentro de la contratransferencia.

Abordando una forma de trabajar *dentro* de la contratransferencia, pondré de relieve una importante adición al método psicoanalítico, aceptado desde distintas perspectivas teóricas, que yo llamo *pensar acerca del pensamiento* (Busch, 2013). Como señalara Ogden (2010) recientemente,

“Creo que el desplazamiento en el énfasis desde lo que el paciente piensa hacia la forma en que lo hace, ha cambiado significativamente la forma en que nosotros, analistas, abordamos nuestro trabajo clínico” (Ogden, p. 344)

En América Latina siempre hubo mucho interés en los trabajos de Bion (1962, 1965), y esto ha tenido influencia en toda la comunidad internacional. Aunque la mayoría de los analistas latinoamericanos consideraron la psicología del yo demasiado intelectual, uno de los primeros psicólogos del yo, David Rapaport, muy tempranamente puso de relieve la importancia de una teoría del pensamiento para el método psicoanalítico.

¹ Este artículo fue originalmente publicado por la Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA) Volumen XXXV N° 3, 2013.



“No hay que poner en duda la necesidad ni la viabilidad de la tarea: necesitamos *cristalizar la teoría del pensamiento en psicoanálisis* una parte indispensable de la psicología psicoanalítica del yo.” (Rapaport, 1950; p. 31. Bastardillas agregadas)

La importancia de comprender la forma del pensamiento se hizo evidente en los trabajos de la Escuela Psicósomática Francesa en los años 50 (Aisenstein y Smadja, 2010) y más recientemente in la obra de Andre Green (1974, 1975, 1998, 2000).

Recientemente Michael Feldman, (Feldman, 2007) uno de los kleinianos de Londres, parece estar corriendo su punto de vista desde un yo que consideraba primariamente un lugar de catexis de objeto abandonadas, a un yo más cercano al Modelo Estructural. En síntesis, hemos estado aprendiendo mucho acerca de la gravitación del modo de pensar de los pacientes y su importancia cuando consideramos nuestros métodos de interpretación. Como espero demostrar, el “pensar acerca del pensamiento” introduce ciertos cambios en la forma de interpretar, en lo que llamo interpretar dentro de la contratransferencia. En este modelo, el analista, luego de contener la contratransferencia en su mente, comienza el proceso de interpretación identificando lo que está ocurriendo *dentro* de la sesión que provocó su reacción contratransferencial. Por ejemplo, después de que el analista siente confusión, presta atención a ver si es la manera en que el analizando esta hablando lo que produce esta confusión. En una sesión analítica esto puede producirse de multitud de formas, por ejemplo, deteniéndose en medio de las frases, omitiendo modificantes o nombres de personas, etc. Este proceso le ayuda al paciente a ver lo que está ocurriendo dentro de la sesión, lo que, en última instancia, lleva a conocer la motivación inconsciente que motoriza este comportamiento. Continuaré elaborando este

punto en las siguientes secciones de este trabajo.

Dos Puntos De Vista Sobre La Interpretación Contratransferencial: Un Breve Resumen

- El método mas común de interpretación de las reacciones contratransferenciales es el Kleiniano, donde los sentimientos contratransferenciales son vistos como la proyección de fantasías inconscientes, e interpretadas como tales al paciente (por ejemplo, una reacción defensiva frente a los sentimientos que el paciente no puede tolerar), generalmente dentro de la transferencia.
- De acuerdo al primer punto de vista, la contratransferencia del analista es entendida como una reacción, en parte, a un intento del analizando de hacer algo al, o con, el analista. Hay tres diferencias desde una perspectiva Kleiniana.
- Lo que lleva con mas frecuencia a la reacción contratransferencial es el uso del paciente de lo que yo llamo lenguaje de acción, donde el lenguaje es usado como un intento inconsciente de hacer que algo ocurra en el otro. Por ejemplo, la asociación libre en un paciente puede parecer una comunicación preconscious, mientras que en otro paciente puede parecer un intento de embotarnos. Le doy el nombre de lenguaje de acción porque el analizando está hablando (es decir, asociando, contando un sueño, contándonos lo que ocurrió el inconsciente de hacer algo. Rizzuto (2002) ha llamado este fenómeno, “acto ilocucionario o acto de habla (speech acts)”
- Toda interpretación de una reacción contratransferencial comienza con la clarificación de la actuación del paciente en lenguaje de acción. Es decir, el proceso comunicativo es el vínculo más observa-



ble de la comunicación inconsciente, y por lo tanto el que tiene más probabilidad de ser comprendido por el paciente. Por ejemplo, podríamos comentar cómo un sueño es contado de modo aburrido y distante (que lleva al analista a perder el interés), antes de comentar sobre lo que pensamos que podría ser su significado o su efecto sobre nosotros.

En síntesis, para analizar una comunicación inconsciente expresada en lenguaje de acción, necesitamos comenzar por describirla de un modo que comience a cambiar lo que es amorfo de alguna “forma” que pueda ser comprendida por el preconscious del analizando.

- Muchas reacciones contratransferenciales comienzan con la contra-actuación del analista, que es reconocida solo después del hecho. Posiblemente esto se deba a que el analista registra primero la comunicación inconsciente en su propio inconsciente, y si esa determinada fantasía o sentimiento toca algo que no ha sido totalmente metabolizado por el analista, se vuelca a la acción como nos contó Freud en 1914.

Como la visión kleiniana de la contratransferencia es la más conocida para los psicoanalistas, voy a centrarme en el segundo método.

Interpretando Dentro De La Contratransferencia: Dándole Forma A Lo Amorfo

Cuando las experiencias del paciente están profundamente arraigadas en el inconsciente, ya sea por represión o por que nunca fueron pensables, van a ser comunicadas en términos “no-pensables”, amorfos. Es decir, van a ser comunicados en distintos niveles de “lenguaje de acción”, acción, estados afectivos no neutralizados, o síntomas somáticos. Por

lo tanto, es muy probable que el analista registre primero estas comunicaciones en un estado no-pensable, amorfo. Va a sentir algo... esto es, preocupación, enojo, ansiedad repentina, etc., que muchas veces va a llevar a reacciones espontáneas. Es nuestro momento de más vulnerabilidad para las actuaciones, y la razón de querer desprendernos de estas interferencias perturbadoras interiores, y el por qué de la necesidad del auto-análisis para contener y pensar sobre esos sentimientos.

El trabajo dentro de la contratransferencia necesita estar sintonizado empáticamente con las ansiedades y necesidades del paciente, así como también sintonizado empáticamente con lo que se le mueve en su interior. Más aun, y lo voy a resaltar en lo que sigue, es que antes de interpretar el sentido de lo que el analizando está tratando de hacer con su comunicación inconsciente, el analista usa su contratransferencia para poder clarificar, primero para si mismo, el modo de comunicación del paciente y el papel que juega en la contratransferencia del analista. Primordialmente, éste es el vínculo con el contenido de lo que se comunica.

Clarificación – Los Primeros Pasos

¿Cómo hacer conscientes las expresiones inconscientes del paciente, que producen la reacción contratransferencial del analista, respetando las defensas del paciente y permitiéndole proseguir protegiendo su necesidad de seguridad? Creo que el método poco utilizado de la clarificación es muy adecuado para este propósito. Bibring (1954) fue uno de los primeros que definió la clarificación como uno de los principios terapéuticos del psicoanálisis. La describió del siguiente modo:

“Frecuentemente muchos, si no todos, los pacientes son muy imprecisos acerca de ciertos sentimientos, actitudes, impulsos, pensamientos, comportamientos o patrones de reacción, percepciones, etc. No



pueden reconocer o diferenciar adecuadamente lo que los perturba, relacionan cosas que no están relacionadas, o dejan de relacionar las cosas que van juntas, o no perciben o evalúan la realidad de manera correcta, si no que lo hacen de forma distorsionada. En pocas palabras, hay una falta de conciencia (de reconocimiento) donde la conciencia es posible. La clarificación en la terapia apunta a esos factores imprecisos y oscuros (frecuentemente previos al nivel de verbalización) que son relevantes desde el punto de vista que ayudan al paciente a alcanzar un grado mayor de conciencia de sí mismo, de claridad y diferenciación de la auto-observación que hace posible una adecuada verbalización”.

Las ideas de Bibring sobre la clarificación nunca fueron aceptadas ya que limitó el uso de la clarificación a procesos conscientes y/o preconscientes” (p.755), excluyendo el material inconsciente. Sin embargo, cuando Bibring describe la necesidad de clarificar la relación del analizando con sus pensamientos como siendo “imprecisos acerca de ciertos sentimientos, actitudes, pensamientos” (p.755), o que “dejan de relacionar las cosas que van juntas, o no perciben o evalúan la realidad de manera correcta” (p.755), podemos - conscientemente motivado y/o contra el que está defendido en forma inconsciente. Lo mismo es cierto cuando Bibring entiende la clarificación como la “elaboración de sus patrones de comportamiento, demostrándole que reacciona de forma típica en situaciones típicas; o que algunas de sus actitudes que él no percibe relacionadas, están sin embargo relacionadas unas con otras, representando distintas manifestaciones del mismo género o que ciertos patrones de respuesta forman una secuencia característica, etc.” (p. 755). Creo que la mayoría de los analistas están de acuerdo que ahora veríamos esto como actuaciones

inconscientes que Freud (1914) describió en *Recordar, Repetir y Reelaborar* se comporta de esa manera frente al médico. No recuerda haberse quedado atascado, presa de desconcierto y de desamparo en su investigación sexual infantil, pero presenta una acumulación de sueños confusos, se lamenta que nada le sale bien y, proclama, es su destino, no acabar nunca ninguna empresa.” (p.152). Busch (1995, 2009) calificó este comportamiento como lenguaje de acción, y Rizzuto (2002) como *acto de habla*, con sus derivados en el inconsciente. Como hemos llegado a comprender, cuanto más cerca lleguemos a lo que es inconsciente, más probablemente los pacientes se expresen con una forma de lenguaje cercana a la acción. Cuanto más profundo penetremos en el inconsciente, y es útil pensar en niveles del inconsciente, más se equipara el pensamiento a la acción. Lo más inconsciente siempre es actuado. Loewald (1975) capturó la naturaleza ubicua de este tipo de acción en el tratamiento cuando dijo: “Esto se podría expresar diciendo que cada vez menos consideramos que el paciente habla solamente de sí mismo, de sus experiencias y recuerdos, y cada vez más que está simbolizando la acción en su discurso, como si hablase desde la profundidad de sus recuerdos, que vuelven a ser vitales y conmovedores por el vigor y el apremio de re-experimentarlos en la actualidad de la situación analítica”. (pp. 193-194)

Al clarificar lo que sucede en un modo concreto y observable, el analista le habla al paciente en un lenguaje que éste puede comprender, que provoca representaciones; hace que el contenido sea potencialmente preconsciente. Es en lo *concreto* del momento clínico que el paciente se comprende mejor. Analistas, desde distintas perspectivas clínicas y en distintos términos expresaron la importancia de la lo describe bellamente cuando dice:

“De este modo, el analista se presenta como una persona capaz de escuchar,



comprender, apoderarse y describir las emociones del campo, y como catalizador de más transformaciones – sobre la base que no hay un inconsciente que revelar, si no desarrollar la capacidad de pensar, y donde el desarrollo de la capacidad de pensar permite un contacto cada vez más cercano a regiones previamente no negociables”. (Ferro, 2005; p. 102)

En su abordaje clínico, Betty Joseph constantemente centra sus interpretaciones en la clarificación de lo que sucede en la inmediatez de la sesión. Joseph enfatiza la observación detallada del modo que usa el paciente para crear el tono y la atmósfera, a favor o en contra de la comprensión. Sostiene que solo es útil comenzar a abordar las razones o los motivos una vez que clarificado esto, a través de representaciones, que requieren frecuentemente demostraciones repetidas.

El supuesto de Joseph es que “que es más probable que el verdadero cambio psíquico se fomente describiendo detalladamente el modo en que el paciente hace uso del analista, de sus interpretaciones, o de su mente en una sesión dada, y solo entonces se debe encarar la forma en que la historia del paciente y las fantasías inconscientes se expresan en la inmediatez de los procesos y las interacciones de la sesión” (Feldman, 2004, p. 28)

Gray (1982,1986,1994), psicólogo del yo norteamericano, basó todo su método en la clarificación. Éste es un ejemplo prototípico de Gray (1986),

“Una paciente relata un episodio durante el cual observó comportamientos inapropiados, ‘locos’, de su hermano. Con este material surgió un tono de amargo resentimiento. Aunque este recuerdo produjo un grado de vitalidad, interrumpió el flujo del relato en forma defensiva – esencialmente una formación reactiva, que consistió en interrumpir la descrip-

ción del comportamiento provocador de su hermano y pasar rápidamente a recordar la culpa que sintió el hermano por su conducta. El analista intervino para señalar cómo los sentimientos compasivos que estaba sintiendo –aunque eran parte de su relación con su hermano– interrumpieron el recuerdo del comportamiento que describió como ‘loco’. Señaló cómo los sentimientos de resentimiento habían desaparecido”. (pp.255-256)

En este ejemplo, el analista ha dirigido la atención de la paciente hacia un conflicto que acababa de suceder en la sesión, y por lo tanto potencialmente disponible para el conocimiento preconscious. Clarificando lo sucedido, la paciente tiene mejor chance de atrapar el conflicto en el aquí y el ahora, posiblemente con resultados de largo alcance, mucho más fácilmente sentido que la conjetura del analista de algo oculto que sucede. Hay numerosas ocasiones en cualquier análisis donde algo que sucede en el aquí y ahora, por muchas de razones, puede escapar la conciencia del paciente, y que pueden traerse de vuelta a la sesión con comentarios tales como, “Me pregunto si se dio cuenta que...”. Esto puede suceder con actos fallidos, cambios en el humor, dificultades con una palabra y muchas otras posibilidades que reflejan un cambio en el estado psíquico.

La finalidad de la clarificación es, en última instancia, la construcción de una representación. De hecho, en la mayor parte del mundo psicoanalítico, ha habido cambios basados en la creciente comprensión de la importancia en transformar lo insuficientemente representado en algo potencialmente representable, o representado en una forma más compleja. Lo representado extiende la construcción de estructura y aumenta la habilidad de contención. Esto produce lo que Green (1975) llamó “enhebrar lo naciente” (p. 9) y contenerlo, y de este modo se le da un



continente a los contenidos del paciente y “un contenido a su continente” (p.7) Grotstein (en Brown, 2009) usando un lenguaje diferente, habla acerca del analista que se pone a disponibilidad para que el paciente maneje sus emociones.

Más aun, en todo análisis, en lo posible, tratamos de introducir una nueva idea a través de lo que es potencialmente más observable para nuestro paciente. Así comunicamos que la comprensión surge de escucharnos a nosotros mismos. En mi opinión, esto es básico para una actitud de auto-análisis. Dentro de lo posible evitamos decirle explícitamente a nuestro paciente: “Quizá usted esté pensando esto, pero lo que realmente está pensando es...”. De hecho, uno de los mayores cambios en el método psicoanalítico a lo largo de los últimos 40 años supone trabajar más cerca de lo que es más accesible para el analizando en el momento clínico, en lugar de lo que le es menos accesible. Hemos aprendido, tarde y no siempre en forma consistente (Busch, 2006) que no se puede interpretar lo que es inconsciente sin una preparación que lo haga accesible al pensamiento preconscious.

En un párrafo crucial Green (1974) capturó dos elementos significativos para el método psicoanalítico del pensamiento preconscious... es decir, los niveles psíquicos en los que escuchamos y les respondemos a nuestros pacientes.

“El análisis del preconscious y en particular el uso del material clínico del paciente (en sus propias palabras) ha sido descuidado desde Freud. La razón de ello parece simple, ya que al poder alcanzar el preconscious desde el consciente, la importancia del preconscious es insignificante y el lenguaje es superficial. *Para mi, sin embargo, este punto de vista es a su vez superficial. Como hemos visto, el preconscious es un espacio privilegiado donde el analista y el paciente pueden encontrarse para compartir parte de la transferencia y continuar avanzando juntos. No tiene sentido que*

el analista corra como una liebre si el paciente se mueve como una tortuga.” (p. 241; bastardillas agregadas)

Analistas, trabajando en muy distintas culturas psicoanalíticas, han llegado a conclusiones similares.

- Anteriormente, aludí a mi contribución para crear una atmósfera tranquila – pero ¿qué quiere decir eso exactamente? ¿Debe el analista pretender estar de acuerdo con todo, o pretender que no ha sucedido nada? Yo contestaría enfáticamente que no a las dos preguntas, y tampoco puede el analista ser visto como alguien que simplemente testea la temperatura y la distancia de las interpretaciones. Creo, sin embargo, que es esencial respetar el umbral de tolerancia del paciente a las interpretaciones, y reconocer que un sentimiento persecutorio en la sesión es un signo indudable de insistencia excesiva. (Ferro, 2003; pp. 189-190)
- La interpretación surge cuando el analista considera que ha comprendido el punto de urgencia y resuelto como hacerlo accesible, al menos en parte, a la comprensión del paciente. (Baranger, 1993; p. 23)
- Ninguna interpretación debe considerarse mera interpretación o explicación, si no que debe resonar en el paciente de un modo específico para él y su manera de funcionar. (Joseph, 1985; p. 446)
- La interpretación tiene que referirse a algo que ya existe en la psiquis del paciente y no debe llevar allí algo nuevo, como un nuevo punto de vista... (Ikonen, 2003; p. 5)
- La tarea interpretativa debe apreciar con sensibilidad la habilidad del paciente de comprender, para así plantear una formulación ni demasiado superficial, ni que estimule más defensas reactivas (Gray, 1986; p. 253).



- El analista debe determinar desde el material del paciente el por qué de su producción (una teoría de comprensión) y cuál debe ser la interpretación correcta (Bion, 1962; p. 87).
- Con demasiada frecuencia confundimos nuestra habilidad de leer el inconsciente con la capacidad del paciente de comprenderlo. Muchas veces no tenemos muy en claro la diferencia entre una comunicación inconsciente y nuestra capacidad de comunicarnos con el inconsciente del paciente. Lo que el paciente puede escuchar, comprender y utilizar efectivamente –ni qué hablar de los beneficios de considerar ese abordaje– raramente ocupa un primer plano en nuestras discusiones clínicas (Busch, 1993).

Volviendo al trabajo dentro de la contratransferencia, creo que podemos suponer correctamente que si un estado mental se presenta como lenguaje de acción, está enterrado más profundamente en el inconsciente que las asociaciones verbales. Podemos también suponer que lo que está más profundo en el inconsciente ha sido intensamente reprimido, o nunca tuvo representación en palabras o pensamientos. Por estas razones, es probable que no sea útil hablar de lo que es profundamente inconsciente. Está ferozmente defendido, o de algún modo en que no va a responder a interpretaciones verbales.

Cuando se reconoce una reacción contratransferencial, y se reflexiona acerca de ella, ya está traducida en la acción... es decir, representada en la mente del analista. Desde este punto, el analista puede transformar el lenguaje de acción en palabras, como paso necesario que ayude a los pacientes a encontrar un nivel creciente de libertad de pensar y sentir. O sea, después de reflexionar acerca de nuestros sentimientos contratransferenciales, tratamos de comprender lo que el paciente está haciendo con sus palabras, tono, expresión de

la frase, e ideas expresadas. La comprensión en conjunto con el paciente, de lo que está haciendo dentro de la sesión suele ser el primer paso interpretativo importante que libera a los pacientes de esas repeticiones de acción, al volverlas representables.

Implicaciones para el Tratamiento

Hay un espectro en el uso del lenguaje de acción y las reacciones contratransferenciales resultantes que dependen de la severidad de la patología. Algún momento del análisis del paciente con una organización neurótica probablemente esté dominado por lenguaje de acción, pero en su mayor parte la contratransferencia del analista va a tener lugar en el campo de lo simbólico. Con los trastornos de carácter narcisista severos y pacientes fronterizos, el lenguaje de acción está presente desde el comienzo del tratamiento, y nuestras reacciones contratransferenciales son más intensas y perturbadoras, ya que nos sacuden afectos y deseos más primitivos. Todos hemos tenido la experiencia del encuentro con un paciente nuevo, y sentirnos atrapados, dentro de los primeros minutos, en una vorágine de emociones confusas, en reacciones negativas o positivas.

Eliot

Voy a comenzar con un ejemplo típico de la dinámica transferencia-contratransferencia con un paciente que usaba una combinación de lenguaje de acción y asociaciones representadas, para expresar la dinámica transferencial inconsciente. El paciente, Eliot, tenía unos cuarenta años, muy inteligente, pero rindiendo crónicamente por debajo de su potencial. Desde su graduación de un colegio prestigioso trabajó siempre por debajo de sus habilidades. Casado, culpaba al comportamiento dependiente de su mujer el no aprovechar las oportunidades que habrían hecho avanzar su carrera. No tenían hijos y se negaba a compla-



cer los ruegos de su mujer de buscar respuestas y remedios para esto.

Se dice que Eliot tuvo un desarrollo normal hasta que su madre volvió a trabajar cuando Eliot tenía dos años, y que en ese momento reaccionó con una importante regresión en su lenguaje y control de esfínteres. Al parecer la madre de Eliot se deprimió en forma creciente, lo que llevó a varias hospitalizaciones cuando Eliot estaba en la latencia. Aunque tenía una hermana y un hermano, ambos mayores, por un tiempo pensé que era hijo único, ya que en mucho de lo que contaba de su niñez parecía haber estado solo. Además de la depresión, la madre sufría de alcoholismo, con explosiones enojosas y aparentemente irracionales. Al comienzo del tratamiento, devaluaba a su padre, un exitoso asesor de inversiones, aunque resultó ser la presencia maternal más consistente en ese hogar.

Lo que voy a relatar sucedió dos semanas antes que yo tuviese que operarme, esto iba a significar una interrupción de alrededor de 4 a 6 semanas. Yo no estaba bajo ningún peligro inminente, pero la necesidad de la cirugía surgió repentinamente. Cuando le conté a Eliot, dijo algunas palabras formales de simpatía en su forma característica. E inmediatamente comenzó a hablar acerca de lo que había sucedido el fin de semana anterior, lo que tomó gran parte de la sesión. Ésta era su forma habitual de tratar las ausencias, pero me sorprendió su no-reacción a lo que recién le había dicho.

Después de un rato me di cuenta que me sentía irritado y fuera de contacto con lo que Eliot me estaba diciendo. Me pregunté sobre la identificación proyectiva cuando pensando que Eliot estaba tratando de desprenderse de su enojo sobre la falta de sesiones. Sin embargo, también me di cuenta que en ese momento yo me sentía narcisísticamente vulnerable, de manera que no estaba claro quién contribuía a mi reacción contratransferencial. Ya le

había transmitido a varios de mis pacientes acerca de mi cirugía e inminente ausencia, cuando se lo dije a Eliot. Mientras que algunos tuvieron reacciones similares a Eliot, mis sentimientos acerca de sus reacciones no fueron similares a las que tuve con Eliot, de manera que pensé que había algo más que mi propio frágil narcisismo alimentando mi reacción. Sin embargo, tenía que considerar si había razones por las que tuve esta reacción con Eliot más que con los otros pacientes. Lo que me vino a la mente fue sorprendente. Con anterioridad en el tratamiento, Eliot objetó mi práctica de cobrarle las sesiones cuando no venía, ya que él “sabía” que era más rico que la mayoría de mis pacientes y por lo tanto podía tomarse más vacaciones, y de esta forma yo lo penalizaba. Había poco espacio para trabajar en ese momento con la imagen grandiosa que Eliot tenía de sí mismo como una “excepción”, y acordamos una solución de compromiso. Aparentemente sin darme cuenta, yo continuaba irritado por su “privarme” de mis honorarios, y esto pareció reactivarse cuando Eliot reaccionó tan poco frente a mi inminente cirugía. Sin embargo, pronto me di cuenta que este sentimiento estaba incrementado por mi vulnerabilidad, y un renacimiento de viejos sentimientos donde otros privilegiaban sus propios sentimientos sobre los míos. Sin embargo, me era poco claro qué es lo que le estaba pasando en la mente a Eliot.

Cuando volví a escuchar las palabras y la música de la narrativa de Eliot me di cuenta de dos cosas. La primera fue una cadencia distinta en su voz. Generalmente Eliot hablaba sin parar y sus asociaciones eran muchas veces muy animadas. Esta carga libidinal en sus pensamientos y en su mente fue lo que me dio la esperanza de un buen resultado analítico, a pesar de sus fracasos en la vida en los últimos veinte años. En esta sesión me di cuenta que había pausas inusuales, y yo sentía que perdía la conexión entre donde comenzaban y donde terminaban una serie de pensamientos. Fue



esa pérdida de conexión a través de la cadencia de sus frases que me llamaron la atención como un posible factor en mi desconexión contratransferencial. Mientras lo que me vino a la mente era la obvia interpretación de contenido de ser ahora yo el 'perdido', como una proyección de los sentimientos disociados de pérdida de Eliot. Sin embargo me di cuenta que Eliot podría aceptar esto a un nivel intelectual, pero solo sería a ese nivel. Lo que le señalé fue lo que pensé que estaba sucediendo en su lenguaje de acción y que pensé que iba a poder captarlo.

FB: Me di cuenta que hoy tiene una manera diferente de hablar. Hay más pausas, y me encuentro perdiendo las conexiones. Me pregunto si esto también le parece a usted.

Hay un número de elementos en esta clarificación que están basados en los principios que he propuesto. Primero trato de clarificar lo que está pasando en el lenguaje de acción... las pausas. En segunda instancia, no le estoy diciendo que me está causando confusión, porque aunque lo fuese, no está cerca de nada de lo que él pueda darse cuenta. En tercera instancia, no le digo lo que está pasando, sino más bien le ofrezco la oportunidad de ver o no si concuerda con su experiencia. Si es demasiado peligroso para que él lo vea, o simplemente equivocado, le trato de dar la oportunidad para que me lo diga.

Eliot: no me había dado cuenta, pero ahora que usted lo dice lo puedo ver. Me sentí perdiendo el hilo de mi pensamiento mientras hablaba. Lo que me viene a la mente es una reunión en la que estuve donde me di cuenta que estaba muy alerta de lo que los otros estaban pensando de mí. Me preguntaba si hablaba demasiado fuerte, si era demasiado atrevido, o si me exponía demasiado. Tenía mucho para decir, y tenía un orden del día para la reunión que esperaba impulsar, pero después empecé a preocuparme.

Mientras Eliot elaboraba su historia, me encontré pensando en cómo su madre lo lla-

maba "mi pequeña papa". Para Eliot esto representaba que su madre quería que él "creciese silenciosamente" fuera de la vista, sin causar problemas, excepto cuando ella lo necesitaba para que la entretenga. Mi reacción contratransferencial, las asociaciones de Eliot con la reunión y mis propias asociaciones me llevaron a decir lo siguiente:

FB: Luego que los dos nos dimos cuenta de perder la conexión de lo que usted estaba diciendo, sus pensamientos fueron a una reunión donde le preocupaba que estuviese llamando demasiado la atención. ¿Me pregunto si esto es parecido a la preocupación que tuvo cuando le dije lo de mi cirugía?

Eliot: Me sentía egoísta. Usted era el que iba a ser operado y mis pensamientos deberían ser más acerca de usted. Pero me asusté. Esto malo estaba sucediendo y ¿que haría yo? Después me dije que usted estaría bien y me calmé.

FB: Entonces el reasegurarse a sí mismo que yo estaría bien tapó sus sentimientos de estar asustado, que lo preocuparon porque sintió que no estaba suficientemente preocupado por mi.

Eliot: (con lágrimas) Me vino otro pensamiento. Cuando lo vi hoy parecía estar sosteniendo su brazo en una posición incómoda, como si tuviese dolor. Cuando pensé eso sentí algo de dolor en el pecho.

FB: Quizá podemos decir que hasta hubiera querido sentir mi dolor.

Eliot: recuerdo, cerca del fin de la vida de mi madre, que yo me sentía mal del estómago todo el tiempo. (Su madre murió de cáncer del estómago) Pero sentía que tenía que estar contento y de buen ánimo, pretendiendo que no sabía que el final estaba cerca. Eliot comenzó a llorar por varios minutos. No sé por qué sigo pensando en eso. (Cuenta después una historia muy elaborada de un viaje muy caro que está planeando para el cumpleaños de su mujer aún cuando este no es un buen momento para él).



FB: Del mismo modo que sintió que tenía que sacrificar sus propias preocupaciones para cuidarme, usted hace lo mismo con Robyn (su mujer).

Eliot: Cuando dice eso me empiezo a poner nervioso. Se que Robyn no siente que necesite este tipo de vacación extravagante, y es el peor tiempo posible para mí. Sin embargo siento como que tengo que hacerlo.

Lo que quiero discutir es mi método de trabajo, no el contenido. Una vez que clarifico lo que está ocurriendo en el lenguaje de acción, Eliot pasa a su habilidad de asociar libremente. Al seguir sus asociaciones en detalle me puede contar más de lo que pasaba por su cabeza en el momento que le dije de mi operación. Al mostrarle como se vinculan sus asociaciones, traté de traer sentido preconscious a sus pensamientos preconscious. El pensamiento preconscious no es lo mismo que el sentido preconscious. Requiere mucho trabajo analítico para que el analizando piense en sus asociaciones como trabajo mental. Si permanecemos cerca de una superficie trabajable... es decir, disponible para el yo preconscious, ayudamos a que el paciente entienda que el comprenderse a sí mismo se alcanza mejor escuchando lo que uno tiene en mente.

Seguimiento

Eliot volvió al análisis 4 semanas más tarde. Parecía contento de verme y después de unas pocas palabras de simpatía por haber pasado por la operación, dijo que estaba contento de estar de vuelta. Sus pensamientos se dirigieron inmediatamente a distintas situaciones donde sintió que si decía lo que estaba en su cabeza los otros iban a criticarlo o a tomar retaliación contra él. Por ejemplo, por su productividad en el trabajo estaba en la espera de un aumento de salario importante. Sin embargo, estaba seguro que si le dijese esto a

la jefa de sección, esta mujer lo menospreciaría. Así que nuevamente el miedo de Eliot era que el expresar sus propias necesidades o deseos llevaría a que los otros lo rechacen o tomen represalias.

Después de un rato Eliot se preguntó si estaba evitando pensar acerca de lo que era estar de vuelta en el análisis. Sus primeros pensamientos fueron acerca de lo ocupado que estuvo durante el último mes y que estuvo contento de tener el tiempo. Después describió una reunión que organizó para sus colegas para alertarles de la nueva legislación que iba a afectar la forma en que hacían sus negocios. Se enojó con la gente que no estaba allí, y con aquellos que se fueron en medio de la reunión. Después Eliot remarco nuevamente que estaba contento de estar de vuelta, tantas cosas habían sucedido. Estuvo pensando acerca del hecho que yo había perdido un mes de ingresos, y pensó que iba a pagarme igual por el mes. Pienso que Eliot está diciendo que no tenía necesidad de mí cuando no estuve (es decir, estuvo tan ocupado), pero estaba enojado con la otra gente que no estuvo allí. Este sentimiento dispara ansiedad inconsciente, ya que probablemente esté demasiado cerca de cómo se siente por de mi ausencia, y Eliot nuevamente se imagina que tiene que cuidarme pagándome por el tiempo que me perdí. Entonces le digo:

FB: Después de describir situaciones en el trabajo donde se imagina disminuido por desear algo (un aumento de sueldo), y enojado con las personas que no aparecen para usted, su pensamiento se dirige a cuidarme pagándome. Me pregunto si nos está diciendo que si se hubiese enojado de que yo no estuve para usted, eso lo haría sentir intranquilo, y entonces siente que me tiene que cuidar.

Los pensamientos de Eliot se dirigieron al fin de semana anterior donde hizo planes para el sábado a la noche con otra pareja. Aunque todos parecían estar pasándolo bien, estaba preocupado de haber “arrastrado” a todos a



hacer algo que él había querido hacer. No podía concentrarse en lo que la gente estaba diciendo.

FB: Es decir que satisfacer sus necesidades le hace temer lo que le está haciendo al otro.

Eliot: Tenía dificultad para seguirlo. Lo mismo pasó cuando mencionó mi enojo. Como el sábado a la noche, perdí mi concentración.

Cuando Eliot vuelve a su análisis, vemos una repetición de su relacionarse conmigo como si yo fuese su “madre muerta”. Teme que sus propias necesidades vayan a traer como consecuencia la desaprobación o la represalia, de modo que se vuelve una “papa”, y solo puede decir cómo es el volver, pero no lo que fue para él que yo no estuviera. De hecho de lo único que es consciente es de lo conveniente que fue que yo no estuviese. Cuando se aproxima a los sentimientos de enojo por el abandono, inmediatamente se siente angustiado y enseguida necesita cuidarme pensando que pagará por el tiempo en que yo no estuve. Por lo tanto cualquier necesidad de cuidarse a sí mismo o deseo de ser cuidado debe ser obliterada, reemplazada por la necesidad de cuidar al otro.

La Atracción del Inconsciente

Las semillas para la interpretación directa de lo que es inconsciente fueron primero sembradas en la ambivalencia de Freud por las implicaciones clínicas del Modelo Estructural, y llevó a técnicas inspiradas en el Modelo Topográfico (Paniagua, 2001) que predominaron a lo largo de los años. Este punto de vista fue consolidado por el influyente trabajo de Strachey (1934) sobre la “interpretación mutativa”. En este trabajo, Strachey enfatizó la importancia de la experiencia que tiene el paciente de su inconsciente, mitigado por el analista como un superyó auxiliar, benigno. Como planteó Strachey (1934),

“Cada interpretación mutativa debe ser ‘inmediata’ emocionalmente; el enfermo debe experimentarla como algo real. Este requerimiento, que las interpretaciones deben ser inmediatas, puede expresarse de otra forma diciendo que hay que dirigirlas siempre al ‘punto de urgencia’. En algún momento se encontrará en actividad un determinado impulso del ello: éste es el impulso que en ese momento es posible de interpretación mutativa.”

Es esta experiencia del inconsciente, especialmente lo que Strachey llamó “impulsos del ello”, la base de muchas perspectivas teóricas. En contraste, Sterba (1934), escribiendo al mismo tiempo, y usando enfoques del Modelo Estructural de Freud, consideró los logros del psicoanálisis como resultado de un aumento de la capacidad del yo para tolerar pensamientos. Esta última perspectiva promovió la importancia de trabajar con las resistencias inconscientes, y al trabajo más cercano al pre-consciente. Sin embargo, el punto de vista de Sterba sobre la necesidad de ampliar el yo no prendió en ese momento. Tratando de comprender esto, creo que es importante considerar el inconsciente del analista, al que me voy a referir a continuación.

Observando el método de interpretación en la comunidad psicoanalítica internacional, muestra un uso extendido de interpretaciones directas acerca de lo que es inconsciente. Casi parece, a veces, que hay una atracción visceral para hacer esas interpretaciones. Es especialmente cierto cuando los analizandos están usando lenguaje de acción... es decir, cuando el analizando está hablando (por ejemplo, asociando libremente o contando un sueño), e inconscientemente está haciendo algo al o con el analista mientras habla. Como generalmente el uso de lenguaje de acción es inconsciente (Busch, 2009), mueve inmediatamente el inconsciente del analista. Lo que yo sugeriría es que la mayor parte del tiempo, cuando el pa-



ciente está haciendo una acción con el lenguaje, el analista se siente forzado a lo que parece una posición extraña. Sabemos bien como, con el tiempo, nos damos cuenta de que se nos empuja a sentir o a ser: un amante, un torturador, un padre, un hijo, un objeto del yo, un superyó... la lista es interminable. Sin embargo lo que nos impulsa a empujar en contra y forzar al paciente a aceptar su propio inconsciente, son primariamente nuestras contratransferencias no contenidas. Muchas veces parece un deseo de expulsar lo transferido de vuelta al paciente. Parecemos estar diciendo "Usted se siente así, no yo". De este modo el analista se desprende de algo incómodo que se movió en su propio inconsciente. Me pregunté si esta era la razón de una observación que hice en la bibliografía sobre la contratransferencia, donde señalé la ausencia de informes donde el analista tenía una reacción contratransferencial y luego se daba cuenta que no era una reacción a la transferencia del analizando. Es decir, parecemos tratar nuestras contratransferencias como guías inequívocas del comportamiento del paciente. Como las reacciones contratransferenciales son frecuentemente el resultado de mensajes inconscientes de los pacientes, recogidas primero por nuestro propio inconsciente, parece más probable que haya momentos en que nuestras reacciones contratransferenciales sean bastante idiosincráticas. Devolverle estas reacciones al paciente nos libera de estos sentimientos incómodos. Lleva considerable control, equilibrio narcisista y una capacidad auto-analítica continua mantener nuestro rol de participante-observador, y contrarrestar la inevitable atracción hacia la actuación.

Voy a concluir con un ejemplo excelente de Etchegoyen (1983) que demuestra los problemas que trae el reaccionar con sentimientos contratransferenciales, en lugar con contenerlos para poder analizarlos.

P: Bueno... El lunes, por algo que pasó el lunes, me puse a pensar que algunas veces me enoja cuando usted no me contesta. No sé como que me empezó a enojar. Me descoloca. Siempre oí que les molestaba a los pacientes cuando el analista se quedaba callado. No sé si no me había dado cuenta, pero me hace sentir muy inseguro. (Silencio repentino. Tensión contratransferencial).

En este material los problemas básicos del paciente se plantean claramente: su deseo de trabajar en el análisis, y su desconfianza de sentir nuevamente fracaso y frustración, celos de la pareja, etc. Lo que más llama la atención, sin embargo, es que ahora es capaz de reconocer que él es un paciente como los demás y que el silencio del analista le produce incertidumbre e intranquilidad. Cuando repentinamente se calla se le presentan al analista dos alternativas, que en mi opinión son las dos erradas: hablar para evitar que suceda lo mismo que usualmente, o quedarse callado, esperando que el paciente supere el silencio (y la frustración).

Ninguna de las dos me parece correcta: las palabra actuarían sugestivamente siguiendo el estilo de la experiencia emocional correctiva descrita por Alexander & French (1946); y el silencio va a actuar de manera coercitiva obligando al paciente a superar su frustración. Sin embargo, hay una tercera alternativa, que es *interpretar el silencio como un deseo de descubrir si el analista comprende su conflicto y es capaz de hacer algo para ayudarlo. Una interpretación así trata de evitar los efectos sugestivos y abre un camino nuevo y diferente, ser una intervención estrictamente analítica, mientras que no dudo en clasificar las otras dos opciones como acting out contratransferenciales, por comisión u omisión, al hablar o al permanecer en silencio.* (pp. 456-457, bastardilla agregada)



Referencias:

- Aisenstein, M., & Smadja, C. (2010): Introduction to the Paper by Pierre Marty: The Narcissistic Difficulties Presented to the Observer by the Psychosomatic Problem. *Int. J. Psychoanal.*, 91(2), 343-346.
- Baranger, M. (1993): La mente del analista: de la escucha a la interpretación. *Revista de Psicoanálisis*
- Bibring, E. (1954): Psychoanalysis and the Dynamic Psychotherapies. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 2:745-770.
- Bion, W. (1962). (2003): *Aprendiendo de la Experiencia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bion, W. (1963). (1988): *Elementos de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé-Paidós.
- Bion, W. (1965). (2001): *Transformaciones*. Valencia: Promolibro.
- Brown, L.J. (2009): Bion's Ego Psychology: Implications for an Intersubjective View of Psychic Structure. *Psychoanal. Q.*, 78:27-55.
- Busch, F. (1993): In the neighborhood: Aspects of a good interpretation and a 'developmental lag' in ego psychology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41:151- 176.
- Busch, F. (1995b): Do actions speak louder than words? A query into an enigma in psychoanalytic theory and technique. *J.Amer.Psychoanal.Assn.* 43:61-82.
- Busch, F. (2000): What is a deep interpretation? *J.Amer.Psychoanal.Assn.*, 48:238-254.
- Busch, F. (2006): A Shadow Concept. *Int. J. Psychoanal.*, 87(6), 1471-1485.
- Busch, F. (2009) Can you push a camel through the eye of a needle? Reflections on how the unconscious speaks to us and its clinical implications. *Int.J. Psychoanal.*, 90(1), 53-68.
- Busch, F. (2013, in press): *Creating a Psychoanalytic Mind*. London: Routledge.
- Busch, F., & Joseph, B. (2004): A missing link in psychoanalytic technique: Psychoanalytic consciousness. *Int. J. Psychoanal.*, 85(3), 567-572.
- Etchegoyen RH (1982) A cincuenta años de la interpretación mutativa. *Revista Chilena de Psicoanálisis* 4 (12):2331.
- Etchegoyen, H.R. and Zysman, S. (2005): Melanie Klein in Buenos Aires. *Int. J. Psycho-*
- Anal.*, 86:869-894.
- Feldman, M. (2004): Supporting psychic change: Betty Joseph. In Hargraves, E., and Varchekver, A. (Eds.) *In Pursuit of Psychic Change*. 20-35. London: Routledge.
- Feldman, M. (2007): The illumination of history. *Int. J. Psycho-Anal.*, 88:609-625.
- Ferro, N. (2003): Marcella: The Transition from Explosive Sensoriality to the Ability to Think. *Psychoanal Q.*, 72:183-200.
- Freud, S. (1900): La Interpretación de los sueños. *O.Completas,A.E.* Tomo 4 y 5.
- Freud, S. (1914): Recordar, Repetir y Reelaborar. *O.Completas,A.E.* Tomo 12 pp. 147-158.
- Gray, P. (1982): "Developmental Lag" in the Evolution of Technique for Psychoanalysis of Neurotic Conflict *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 30, 621-655.
- Gray, P. 1986: On helping analysands observe intrapsychic activity In *Psychoanalysis: The Science of Mental Conflict—Essays in Honor of Charles Brenner* ed. A. D. Richards & M. S. Willick. Hillsdale, N. J.: Analytic Press.
- Gray, P. (1994): *The Ego and Mechanisms of Defense*. Northridge, NJ: Jason Aronson. *Int. J. Psycho-Anal.*, 43:436-440.
- Green, A. (1974): Surface Analysis, Deep Analysis (The Role of the Preconscious in Psychoanalytical Technique). *Int. Rev. Psycho- Anal.*, 1:415-42.
- Green, A. (1975): The Analyst, Symbolization and Absence in the Analytic Setting (On Changes in Analytic Practice and Analytic Experience) —In Memory of D. W. Winnicott. *Int. J. Psycho-Anal.*, 56:1-22.
- Green, A. (1998): The Primordial Mind and the Work of the Negative. *Int.J. Psychoanal.*, 79, 649-665.
- Green, A. (2000): The Central Phobic Position: A New Formulation of the Free Association Method. *Int. J. Psychoanal.*, 81(3), 429-451.
- Ikonenm P. (2003). A few reflections on how we may approach the unconscious. *Scand. Psychoanal. Rev.*, 26:3-10



- Joseph, B. (1985): Transference: The Total Situation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 66:447-454.
- Ogden, T.H. (2010): On three forms of thinking: magical thinking, dream thinking, and transformative thinking. *Psychoanal Q.*, 79:317-347.
- Paniagua, C. (2001): The attraction of topographical technique. *Int J Psychoanal* 82:671-84.
- Rapaport, D. (1950): On the Psycho-Analytic Theory of Thinking. *Int. J. Psychoanal.*, 31, 161-170. *Int. J. Psycho-Anal.*, 38: 223-39.
- Renik, O. (1993): Analytic Interaction: Conceptualizing Technique in Light of the Analyst's Irreducible Subjectivity. *Psychoanal. Q.*, 62, 553-571.
- Rizzuto, A. (2002): Speech Events, Language Development and the Clinical Situation. *Int. J. Psychoanal.*, 83(6), 1325-1343.
- Rosenfeld, H. (1981): On the psychopathology and treatment of psychotic patients. In: Grotstein, J. S. (ed.): *Do I Dare Disturb the Universe?* Beverly Hills: Caesura Press, pp. 168-179.
- Sterba, R. (1934): El destino del yo en la terapia analítica. *Revista de Psicoanálisis* #4, 1969, tomo 26: 953-963.
- Strachey, J. (1934): Naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis*, Tomo 5, número 4, 1948.

