

---

## La Subjetividad en la Técnica Analítica Escucha en Acción<sup>1</sup>

**Aburto, Manuel; Ávila-Espada, Alejandro; Castelo, Javier;  
Crespo, Margarita; Espinosa, Susana; García-Valdecasas,  
Sonsoles; Gasparino, Alba; Pinto, José Manuel; Rubí, María  
Luz; Viada, Alfonso y Vivar, Pilar**  
**Grupo de Investigación de la Técnica Analítica (Madrid)<sup>2</sup>**

---

*A partir de situar el horizonte intersubjetivo como referente para pensar la psicodinamia y la psicopatología se desarrollan algunos conceptos teóricos y técnicos que delimitan el papel que la subjetividad del analista puede tener en la técnica analítica. En el marco del concepto de transferencia, algunos conceptos destacados de Ferenczi son objeto de atención: técnica activa, confusión de lenguas y límites del análisis mutuo, los cuales son referidos a conceptos de Balint (falta básica), Bowlby (la importancia del apego como necesidad primaria) y Winnicott (madre ambiente, espacio potencial y objeto transicional) ampliadas en las aportaciones de Khan y Bollas. Sobre esta base conceptual se pasa a analizar la utilización activa y selecta de la contratransferencia que da especial atención a la contención, el sostenimiento y la gestión, la intervención expresiva y la narcisización en ciertos casos. La transmisión adecuada de estados subjetivos del analista y la escucha en acción, se une así a las herramientas de intervención, principalmente en los estados psicopatológicos que Killingmo ha definido como deficitarios. A la par que se reformula el papel de la subjetividad del analista y su uso técnico, se revisan los principios de la técnica analítica. Al encuentro psicoterapéutico el psicoanálisis aporta una segunda oportunidad para el desarrollo a través de la recuperación del juego en el espacio potencial de la relación analítica.*

**PALABRAS CLAVE:** contratransferencia, intersubjetividad, técnica psicoanalítica.

*From the intersubjective perspective as a reference frame to thinking psychodynamics and psychopathology, some theoretical and technical concepts are developed, mainly those that defining the role of analyst's subjectivity on analitic technique. Around the core concept of transference, some Ferenczian concepts are revised: active technique, language misunderstanding, mutual analysis. These concepts are related to basic fault (Balint), attachment as a primary need (Bowlby) and mother-environment, potential space and transitional object (Winnicott). Some other concepts from Khan and Bollas are also revised. Under this conceptual basis, the active and selective use of the countertransference is put in the focus of the technique, with special reference to contention, holding and*

*management, expressive interventions and, in some cases, narcissization. Adequate transmission of analyst's subjective states in a context of active healing derives as core intervention tools, mainly with psychopathological states defined by Killingmo as deficitary. The role of analyst's subjectivity and its technical arrangement are reformulated whereas main psychoanalytical technique principles are reconsidered. Psychoanalysis gives to psychotherapeutic encounter a second opportunity to development through play recovering within the potential space of analytic relationship.*

KEY WORDS: Countertransference, Intersubjectivity, Psychoanalytic Technique

## I. Presentación

El *Grupo de Investigación de la Técnica Analítica* viene abordando desde 1996<sup>3</sup> el estudio y debate de un conjunto de planteamientos teóricos y técnicos que sitúan el horizonte intersubjetivo<sup>4</sup> como referente para pensar la psicodinamia y la psicopatología y ha escogido concretamente el ámbito de la contratransferencia como eje principal de sus reflexiones y propuestas técnicas en este período. Nuestro método de trabajo ha combinado el examen en profundidad de algunos autores y trabajos clave, con el debate en torno a la clínica. El recorrido efectuado se ha detenido más extensamente en S. Ferenczi, M. Balint, J. Bowlby, D.W. Winnicott, M. Little, M. Khan, C. Bollas y B. Killingmo, aunque las idas y vueltas a S. Freud o los abordajes complementarios de P. Casement, D. Stern, M. Mahler, entre otros, han enriquecido nuestra perspectiva que arranca de E. Pichon-Rivière y sus principales discípulos. Con todo este bagaje, nuestra principal búsqueda ha sido clarificar los ejes técnicos en psicoterapia psicoanalítica y situar el lugar -sus posibilidades y límites- que la contratransferencia / subjetividad del analista tiene en el trabajo analítico. Compartimos ahora algunas de nuestras reflexiones, tras un esfuerzo de elaboración colectiva<sup>5</sup> plasmado en veinticuatro reuniones de estudio durante el período 1997-99, destinadas a producir este documento de debate con el que continuar operando en nuestro propio proceso de formación permanente como psicoterapeutas de orientación psicoanalítica y en diálogo con otras concepciones psicoanalíticas.

## II. Algunos conceptos teóricos y técnicos que introducen el ámbito de la subjetividad en la técnica analítica

Freud aún no había escrito sus trabajos sobre transferencia cuando Sandor Ferenczi (1873-1933) publica *Transferencia e introyección* (1909), artículo donde incorpora un concepto original: la *introyección*. Mecanismo subyacente a la transferencia, excede los límites de los deseos sexuales infantiles reprimidos pues consiste en una extensión del interés autoerótico hacia el mundo exterior<sup>6</sup>. El primer amor y el primer odio ocurren a partir de la transferencia de las

sensaciones autoeróticas de placer y de disgusto que se han desplazado sobre los objetos. Se establecerá así el modelo de toda *transferencia* posterior, proceso mental normal exagerado pero que no debe considerarse sólo como una característica de la neurosis, constitutiva del sujeto psíquico que al acceder a la realidad enriquece el mundo del Yo<sup>7</sup>. Es notorio en los tratamientos psicoanalíticos que el paciente quiera introyectar una figura significativa, su analista, para satisfacer sus necesidades narcisistas y poder así, también, construir su propio narcisismo<sup>8</sup>.

Sus concepciones teóricas como su particular actividad clínica con pacientes inanalizables en esa época (con patología severa, muy autodestructivos o con enfermedades orgánicas graves) originan tanto en él como en otros psicoanalistas contemporáneos, Freud incluido (1919), la búsqueda de innovaciones para la evolución de la técnica psicoanalítica. En 1919 Ferenczi pronuncia una conferencia en la Sociedad Húngara de Psicoanálisis con el título de "*La técnica psicoanalítica*"<sup>9</sup>. Sus puntos principales atañen a que el analista debe prestar igual atención al contenido de las asociaciones de los pacientes como a los elementos formales de sus comportamientos<sup>10</sup>. En la situación psicoanalítica es innegable la naturaleza invasora de las asociaciones y finalmente destaca la interacción entre la transferencia del paciente y la técnica del analista, es decir la contratransferencia. Ferenczi hace una lúcida deducción: el fracaso de muchos análisis ha sido causado por la falta de investigación de la contratransferencia. No había olvidado a su maestro, Freud (1911) quien afirmaba que "*ningún psicoanalista llega mas allá de cuanto se lo permiten sus complejos.*" El análisis didáctico se hace entonces imprescindible e interminable.

En el artículo anterior, como en "*Prolongaciones de la técnica activa*" (1921) y en "*Las contraindicaciones de la técnica activa*" (1926), dará a conocer sus propuestas críticas o complementarias a la técnica clásica. Hasta ese momento su aplicación sólo se había hecho *de facto*, era necesario "*hacer un uso metódico y crítico de ella*". Señala la pasividad del psicoanálisis: asociación libre del paciente y atención flotante del analista, último instrumento que no dura indefinidamente, pues cuando cristalizan las opiniones reflexivas del analista, se formulan como interpretación, lo cual sí será una intervención activa en el psiquismo del paciente al orientar su pensamiento en una determinada dirección.

Para Freud (1912) la cura debe realizarse en situación de frustración, está indicado reprimir la satisfacción que el paciente desea con mas intensidad. En la *técnica activa* el paciente debe realizar *actividades* por las que siente una particular fobia. Las actividades son órdenes y prohibiciones que se aplican a situaciones eróticas tanto como sublimatorias, pero manteniendo siempre la abstinencia. De manera que si las tendencias reprimidas se convierten para el analizado en fuente de placer, se le prohíben determinadas acciones. Al renunciar a las satisfacciones impregnadas de voluptuosidad, las mociones psíquicas

que se despiertan descubren el material psíquico reprimido y los recuerdos infantiles<sup>11</sup>.

Contraviniendo en apariencia Ferenczi la regla fundamental, manifiesta que en ciertas oportunidades animó a algunos pacientes a elaborar fantasías y pensamientos, aunque en otras ocasiones los disuadió de hacerlo. *“La técnica activa es una auxiliar para casos de excepción, un complemento pedagógico del análisis y nunca debe reemplazarlo”* (1921).

Las contraindicaciones a la técnica activa empiezan a perfilarse: es perjudicial al principio del análisis pues el paciente tiene que habituarse a la regla fundamental. El médico no debe interferir en el establecimiento espontáneo de la transferencia, hasta que se haga sólida y debe ser reservado y pasivo. El peligro está en que el paciente abandone el tratamiento antes de sentir la necesidad interna de la cura. Además la actividad provoca un aumento de las resistencias al irritar la sensibilidad del *Ego*. También genera una exacerbación de los síntomas, una *“perturbación de la quietud de las regiones psíquicas alejadas o profundamente rechazadas que el análisis aún no había tocado”*, como determinados *“contenidos patógenos de la infancia que nunca han llegado a ser conscientes o preconscientes y que provienen de la etapa de los gestos incoordinados o de los gestos mágicos”* (1921), anteriores a la comprensión verbal. Por lo tanto es preciso interpretar o reconstruir las repeticiones para que logren expresarse como recuerdos. En esta alternativa es claro para Ferenczi que la técnica activa sólo podría ser un agente provocador.

Una pregunta va a centrar con mayor profundidad un aspecto importante de su ideología: *“...¿Está el médico capacitado para acelerar la cura mediante su propio comportamiento respecto al enfermo? ¿Usar la alabanza y el reproche? Si, pero nunca debe despertar en el paciente esperanzas a las que no pueda o no deba responder, tiene que asegurar hasta el final de la cura la sinceridad de cada una de sus declaraciones”*.(1921). El aporte ético de Ferenczi, presente en todos sus escritos, está principalmente vinculado a lo que él llama la *hipocresía profesional*.

En *“Contraindicaciones a la técnica activa”* confesará sus decepciones con los tratamientos de algunos pacientes ante los que tuvo que admitir sus equivocaciones con la pérdida de prestigio consiguiente. Su observación es que las consignas demasiado rígidas son una repetición de la relación de autoridad padre/hijo o lo que es aun mas grave, de la potencial relación sádica maestro/alumno. Por tanto, las actividades serán previamente aceptadas por el paciente y tendrán un carácter de clara *elasticidad*. Pasará de las técnicas de acción a las de *relajación*<sup>12</sup>. Instaurará el *“dejar hacer al paciente”* durante un cierto tiempo como si fuera un niño que disfrutara de la irresponsabilidad de la infancia -por vez primera- para introducir en él impulsos de vida positivos y razones para seguir viviendo<sup>13</sup>. Recordemos la severa patología de los pacientes que trataba Ferenczi, muchos de los cuales clasificaríamos hoy como

“*deficitarios*” (Killingmo, 1989). Se admitirán todos los modos de expresión del paciente que no obliguen al analista a abandonar su papel de observador y dejar al paciente insatisfecho cuando busca signos de contratransferencia positiva ya que él debe repetir sus reacciones a la frustración, aunque -ahora sí- en mejores condiciones que en la infancia. Winnicott ahondará en el tema en su principio de *adaptación activa*.

“*La adaptación de la familia al niño*” (1928) describe los *sucesivos traumatismos* que experimenta el niño para integrarse en el mundo de los adultos: traumatismo del destete, de la limpieza, de los “malos hábitos”, etc. Los hijos sienten culpabilidad respecto a la “*ceguera de los padres*” que les niegan toda posibilidad de relaciones voluptuosas genitales pues creen que no entienden o perciben la realidad por ser inocentes. El niño acaba despreciando su propia sexualidad porque al amar a sus padres se ve exigido a una adaptación al nuevo código. Teme el castigo y por otra parte se identifica con la autoridad que lo castiga: *identificación con el agresor*<sup>14</sup>.

“*El niño mal recibido y sus impulsos de muerte*” (1929a), aportará nuevas ideas sobre la *precocidad del trauma*. Lo hará a partir de los niños “*acogidos con frialdad y sin cariño (...) que posiblemente mueran por su propia voluntad (...) que si escapan a este destino les quedará siempre cierto disgusto y pesimismo por la vida (...) esos seres carecen de adaptación a la vida.*” Debido al aumento de los impulsos de muerte se establece en el niño una *neurosis de frustración* que se convierte en un puente para el sadismo de los padres. La “*precocidad del trauma*”, será desarrollada por autores como Spitz (1973) y Bowlby (1969, 1973, 1980). Sabourin (1981), encuentra en las reflexiones ferenczianas sobre las *neurosis de frustración* el germen de ideas de otros analistas, tales como Lacan cuando formula “*el deseo como deseo del otro*”; en Searles “*el esfuerzo para volver al otro loco*”, o la afirmación de Fairbain de que “*el instinto de muerte es el amor por los objetos malos*”.

En “*Principio de relajación y neocatarsis*” (1929b) manifestará que la relación médico/paciente se parece a la de maestro/alumno. Muchas veces detectamos el descontento de los pacientes que no se atreven a denunciar “*el dogmatismo y pedantería de los que los analistas damos pruebas*”. Por tanto se debían “*reconocer los errores ante los pacientes y tener mayor elasticidad incluso a expensas de nuestras teorías (...) la actitud de observación objetiva y reservada del médico es la más segura y la que justifica el comienzo de un análisis, pero la fría objetividad no debe enfrentar al paciente con dificultades inútiles y evitables. No caer en la severidad ni en el amor fingido. La relación exige una sinceridad total*”. El sistema de cuidados (*management analysis*) de Winnicott se dirigirá en el mismo sentido<sup>15</sup>, autor que en su trabajo “*El concepto de individuo sano*” (1978) apuntará la importancia crucial de la autenticidad, sin miedo a “dejar caer” o presentar fallas. Esta posición sobre la autenticidad del analista es compartida por Margaret Little (1951, 1957) y Masud Khan (1983, 1988).

“*Reflexiones sobre el traumatismo*” (1934a) y “*Confusión de lengua entre los adultos y el niño*” (1934b), sirven a Ferenczi para profundizar en la importancia del *trauma exógeno*. Laplanche (1988, 1989) reconocerá como antecedente de su teoría de la seducción a los conceptos vertidos en las obras citadas. Ante posturas teóricas que oponen al trauma exógeno la predisposición hereditaria y la constitución, él observa en su práctica que a pesar de la repetición de las situaciones traumáticas y la mejoría de determinados síntomas, los pacientes se quejan de angustia y pesadillas nocturnas. Algunas sesiones son auténticas crisis de angustia, una repetición del trauma, los pacientes lo acusaban de ser insensible, frío y cruel, aunque contradictoriamente aceptaban con docilidad sus interpretaciones. Es que los pacientes, explica, se identificaban con él, con sus resistencias. Con insistencia emerge el tema de los análisis de los analistas; se requieren muchos años para conocer nuestra neurosis en profundidad. No puede obviarse el control riguroso de la contratransferencia y la contrarresistencia, tanto como el de las tendencias sádicas que se descargan en los pacientes y los niños con el pretexto de exigencias de frustración. Es por sumisión que muchos pacientes no se animan a criticar a sus terapeutas, lo cual denotaría la existencia de la *hipocresía profesional*. “*La sinceridad libera la lengua del paciente*” (1934b). Al seguir esta regla el autor pudo acceder a un material oculto al que antes no había prestado atención: la actitud de fría reserva, la hipocresía profesional y la antipatía que se esconde tras ella, lo que no difería con lo vivido por el paciente en la infancia y que le hizo enfermar. “...*Empujamos al paciente a la reproducción del trauma ...*” Por el contrario “*La confianza del paciente en el analista le lleva a contrastar el pasado traumático, con el presente*”. La atmósfera emocional contenedora creemos que es una precursora del *entorno sostenedor* de Winnicott y del clima de confianza para un *nuevo comienzo*<sup>16</sup> que facilite el cambio como también lo apreciamos en M. Balint, en “*el analista continente*” de W. Bion (1966a, 1966b), en la “*matriz extrauterina*” de M. Little (1957), en la “*empatía*” de H. Kohut (1977), que coloca, como subraya H. Bleichmar (1997), la conducta del analista como foco de examen al destacar su papel en la co-determinación de lo que sucede en el campo analítico.

Ferenczi continúa explorando el traumatismo. La *confusión de lengua* de la situación traumática es causada por el choque entre las fantasías lúdicas del niño y las predisposiciones patológicas del adulto que se deja arrastrar en este juego sin prever las consecuencias. La primera reacción infantil es de odio y rechazo, de violenta resistencia y temor intenso. Indefensa psíquica y físicamente la autoridad del adulto lo enmudece, incluso puede perder la conciencia. “*El temor le lleva a someterse automáticamente al agresor, a obedecerlo y a identificarse con él*”. El agresor se hace intrapsíquico por lo cual el niño también hace propia la culpabilidad del otro y cree que él mismo merece un castigo. Quedará así dividido en una parte culpable y otra inocente y habrá destruido la confianza en sus propios sentidos, tal como lo desarrolla Winnicott en el caso del self<sup>17</sup> verdadero atrapado por el falso self. Por su enorme sufrimiento y angustia de muerte aparecerían súbitamente en él, emociones correspondientes a las que siente un adulto maduro<sup>18</sup>. Se transformará en “*el bebé sabio*” que

desde la cuna hablará para transmitir su sabiduría a la familia, exaltada, sin control, loca, de la que intenta defenderse. Será el psiquiatra de los adultos, con los que se identificará. *“Nuestros niños sabios son los neuróticos”*. Pero existe además de los conocidos, otro medio de dominación: *“el terrorismo del sufrimiento”* que se ejerce sobre los niños obligados a tolerar y sobrellevar los conflictos familiares. Para la madre “sufriente” su niño sería un sustituto maternal. Sabourin (1981) afirma que aquí se anunciarían los estudios de Winnicott sobre la *capacidad para estar solo* (1958).

Si las vivencias traumáticas han sido muy tempranas no son rememoradas pero sí objetivadas a través de la repetición ya que se han producido antes de la constitución del aparato psíquico<sup>19</sup>. A causa de la conmoción psíquica originada por el traumatismo no quedará ningún rastro mnésico. Para recordarlo, habría que repetir el propio traumatismo. El cuerpo guardaría la memoria del trauma *“la vivencia era un tránsito hacia la rememoración”*. Encontraremos la “memoria corporal” en todas las escuelas de psicodrama psicoanalítico que considerarán este concepto como un fundamento teórico de su práctica.

Ferenczi *“esboza una teoría de la intersubjetividad”* (Genovés, 1998), al acentuar la importancia de la matriz parental hecha de odio y sexualidad inconscientes, en la constitución del aparato psíquico del niño. Ferenczi plantea más cuestiones: *“¿Qué parte de sadomasoquismo está condicionada por la cultura, es decir, nace de la culpabilidad introyectada, en la sexualidad de nuestra época, y, qué parte mantenida autóctona se desarrolla como una fase de organización propia?”*.

El *análisis mutuo* (*Diario clínico*, 1932 [1988]), fue su último intento y fracaso técnico en el que a pesar de todo investigó *“hasta los límites de las posibilidades de escucha”* (Sabourin, 1981)<sup>20</sup>. En él expondrá, con absoluta sinceridad, sus vivencias contratransferenciales. Extraemos del Diario una síntesis de su posición: *“Contra su voluntad (la de Freud) empecé a tratar en público cuestiones de técnica. Me negué a abusar de la confianza de mis pacientes de esa manera (para confirmar en ellos las teorías... descubrir la causa del fracaso en el paciente y no en parte en nosotros mismos), tampoco compartí su idea de que la terapia era inválida, más bien opiné que la terapia es buena, solo que probablemente todavía somos insuficientes, y empecé a investigar nuestros errores. En esta búsqueda di varios pasos en falso (...). Intenté poner término honrada y públicamente a la técnica freudiana de la frustración (terapia activa). Tras el fracaso de ésta ensayé la indulgencia y la relajación; también esta fue una exageración. Tras estos dos pasos en falso me empeño, con humanidad y naturalidad, con benevolencia y libre de prejuicios personales, en trabajar para el conocimiento y a través de este como auxiliador”* (p. 251)<sup>21</sup>.

Pensamos que a pesar de sus repetidos fallos, lo fructífero de la obra de Ferenczi fue la formulación honesta de sus ensayos y dudas lo que abrió la posibilidad de muchos de los desarrollos posteriores en la teoría y la técnica psicoanalíticas.

M. Balint, mentor de Ferenczi, aporta una distinción de niveles en el funcionamiento psíquico humano que resultarán de especial interés por las derivaciones conceptuales y técnicas que conlleva: se trata del nivel edípico; el nivel preedípico, preverbal o pregenital y el nivel de la creación. Dentro del nivel preedípico propone la denominación de *nivel de la falta básica*, que es estructuralmente más simple y primitivo que el nivel edípico.

El autor enuncia las siguientes características de esta forma de regresión:

- a) *Todos los hechos que se desarrollan en este nivel ocurren en el ámbito de una relación dual. No está presente una tercera persona, como en el nivel edípico.*
- b) *La naturaleza dinámica que opera (...) es la de una falta, no la de un conflicto.*
- c) *El lenguaje "adulto" resulta a menudo inútil o equívoco para describir los hechos(...).*
- d) *Cualquier tercer elemento que interfiera con esta relación dual es experimentado por el sujeto como una pesada carga o una intolerable tensión".* El yo dispone de menos recursos que en el nivel edípico. La relación de objeto es de tipo narcisista infantil y el objeto está para satisfacer necesidades del sujeto y no viceversa.
- e) *Reacciones ante la satisfacción y la frustración. Hay una gran diferencia entre ambas. Mientras la satisfacción - el "ajuste" del objeto con el sujeto- brinda una sensación de tranquilo y sereno bienestar que a menudo es observable sólo con dificultad; (...) la frustración o "desajuste" del objeto suscita síntomas muy vehementes y pronunciados" (1968 [1982] p. 29)*

En el curso de la relación terapéutica puede observarse el acceso al nivel de la *falta básica* mediante ciertos indicadores *"como el hecho de que las interpretaciones no son ya sentidas como tales por el paciente... éste puede sentir las como un ataque, una exigencia, una baja insinuación, etc.; es igualmente posible que las interpretaciones sean experimentadas como algo en alto grado placentero, excitante, (...) en general como un signo de consideración, afecto y amor"* (op. cit., pp. 31-32).

El lenguaje se carga de mucha afectividad y cualquier palabra o gesto del analista puede adquirir suma importancia, mucha más de la que se esperaría con un criterio realista. Predomina la experiencia emocional sobre todo.

*"El paciente parece que puede penetrar por debajo de la piel del analista y comienza a saber mucho de éste. Lo percibido es correcto ... pero suele estar fuera de toda proporción"* (Balint, op. cit. p. 32). Se origina un descenso de las fronteras yoicas, como se describirá en la identificación proyectiva.

Aparecen diferentes reacciones cuando el terapeuta no se ajusta a las necesidades del paciente que puede mostrar una aparente indiferencia o falta de sentido, sentimientos de vacío, reaccionar con sentimientos muy intensos y/o surgirle ansiedades persecutorias. También suele atribuir a los *"fallos"* del terapeuta malas intenciones o una negligencia importante. Todo ello configura



una característica especial de la relación paciente-analista.

Para los pacientes que están en el nivel de la falta básica es necesario construir *un nuevo comienzo*. Para situarlo, Balint propone el concepto de *amor primario*. Los seres humanos nacemos con una intensa relación con el ambiente, tanto biológica como libidinal. Durante los primeros meses, los individuos necesitamos que el ambiente responda adecuada y armoniosamente a nuestras necesidades. Esta relación primaria es tan importante que el sujeto no puede tolerar ninguna interferencia del exterior. En un determinado momento del tratamiento se genera un cambio repentino y el paciente presenta una forma de satisfacción primitiva o una forma de relación objetal simple que hasta entonces había resultado imposible, desagradable, etc. Si el analista acepta este nuevo hecho y responde a él adecuadamente, se observa en el paciente un adelanto inmediato con claros signos de progreso terapéutico.

Ello significa que es una experiencia nueva y que no se trata de una repetición como se espera en el tratamiento clásico.

El *nuevo comienzo* queda así caracterizado clínicamente por su autor:

*“1- Hay un aumento de tensión con síntomas estrepitosos y turbulentos; a esto se sigue un estado de tranquilo y sereno bienestar que el analista puede no percibir si no está muy atento.*

*2- La intensidad de las gratificaciones recién comenzadas, no alcanzan el nivel de placer terminal. (O sea, que no parece que tengan cualidades genitales u orgásmicas, sino que se trata de otro tipo de satisfacción).*

*3- Todos los nuevos comienzos ocurren en la transferencia, dentro de una relación objetal y llevan al paciente a una relación modificada con sus objetos ambivalentes. También se producen cambios de carácter y en el yo.*

*4- El nuevo comienzo significa: a) Remontarse a algo primitivo, a un punto anterior a aquel en el que comenzó el desarrollo defectuoso, movimiento que puede considerarse una regresión; b) Descubrir, al mismo tiempo, un nuevo camino que equivale a un progreso” (op. cit. pp. 174-175).*

Balint considera la regresión como un fenómeno bipersonal o interpersonal y este aspecto es decisivo. El analista debe reunir una serie de requisitos, como estar presente, mostrarse muy flexible y receptivo y no oponer mucha resistencia. Deberá, a su vez, brindar al paciente cierta cualidad de “objeto indestructible” (cualidad de *Objeto Transicional* según Winnicott). No conviene perturbar al paciente con intervenciones inoportunas ni con una actitud abandonada. Y la asimetría que caracteriza el nivel edípico debe reducirse para evitar que el analista sea percibido como un objeto omnipotente y onnisapiente.

El trabajo interpretativo podrá realizarse cuando el paciente haya emergido en un grado suficiente de regresión y disponga de otras capacidades estructurales.

Y Bowlby introduce el concepto de *apego*. En algunos casos los pacientes no hablan de deseo sexual, o si lo había habido en algún momento puede adjudicarse a un “*espejismo donde el vacío estaba detrás*”, siendo quizás, este deseo, entre otras posibles lecturas, una forma de poder simbolizar algo más profundo y distinto de la necesidad sexual, su necesidad de apego. Necesidad que si no es satisfecha dentro de unos márgenes de corrección y sintonía de los padres, puede producir experiencias no simbolizadas ni reprimidas, sino denegadas o renegadas y probablemente generadoras de déficits.

Al hablar de *apego* pensamos en algo espacial, primario y relativo al encuentro, quizás hablemos de algo romántico, cuando estoy cerca de mi objeto de amor me siento bien cuando estoy lejos me siento ansioso, triste o solitario. Pero la consumación del apego no es primariamente orgásmica sino vía del logro de la proximidad, es un estado de relajación para ponerse en contacto con las cosas, el entorno, explorar, esta es la naturaleza del apego (Holmes, 1993).

No lo referimos a la sexualidad sino a la *seguridad*. Nos posicionamos en el espacio intersubjetivo desde un punto que se pierde en las profundidades de lo intrasubjetivo. Algo que se sitúa en el nivel de la necesidad, y que Bowlby, primer psicoanalista que lo describió<sup>22</sup>, lo coloca en el nivel del instinto. Desde entonces, y aunque ha sido ampliamente criticado, muchos analistas, designándolo directamente o no, en sus exposiciones teóricas o en sus casos clínicos, se topan con el apego, lo describen y a veces, sin saberlo, lo señalan, lo contienen. Quizás es imposible que en un espacio de las características del analítico el apego no se deje ver con frecuencia. Khan habla de *encuentro*, Winnicott de *provisión*.

El concepto nos acompaña, acompasado a la evolución del psicoanálisis, en el camino que parte del *padre perverso* de Freud a la *madre abandonica* de Bowlby, para terminar en una *madre suficientemente buena* de Winnicott compañera sentimental del *padre apegado* del *Ulises* de Kohut.

¿Qué pensamos, entonces, que es el apego?. Abordado desde lo concreto y tomado desde su falta, el desapego, no sería sólo el resultado del abandono materno, estaría también ligado a los conceptos de *ausencia de calidad en la relación con la figura de apego* (padre o madre), *inadecuado sostén y contención*, *desajuste de sintonía*, etc. Es decir, no sería sólo la pérdida de ese espacio junto a la madre, habría más; la víctima de la deprivación no es un recipiente pasivo de estrés, es un agente activo en una relación dinámica con su entorno, intentando encontrar sentido a la experiencia, para dirigirla y desarrollarla pero también para caer en la deprivación y su patología. De todas formas a ese self de infante, que plantean los primeros analistas que estudian el apego, le concierne la primacía del impacto del objeto sobre el self, pero como un self más pasivo, que se moldea según las inoperancias del objeto. Habrán de acudir Balint; Winnicott; Kohut; Khan; Bollas para retomar el tema desde un aspecto

más profundo y dotar a ese self de una nueva comprensión. Aun así, para concretar, nos sirve la definición de Mary Ainsworth: “*el apego es aquel lazo afectivo (¿Vínculo?) que una persona o animal forma entre él y una figura específica (figura de apego)*” (1969). Siendo necesario, para un apego sano, que, dentro de ese lazo, se ubique la gestión adecuada de los elementos mencionados: sostén, contención, etc. Hablaríamos entonces de la calidad del lazo no de su cantidad.

Desde un punto de vista más genérico, pensamos que básicamente el apego es una *necesidad*, un sistema motivacional independiente. Creemos, junto con otros autores, que el psiquismo no se rige y construye sólo basándose en la teoría del desarrollo libidinal, es decir en una única línea de desarrollo, pues si bien la sexualidad, tal como la libidinización por la madre a través de los cuidados, es generadora de una dirección del psiquismo, también lo son otros sistemas motivacionales (Killingmo, 1989; Lichtenberg et al., 1992; Bleichmar, 1997).

Ya Fairbairn (1943, 1952) mencionó que “*La libido busca al objeto*”, precisando que no depende de la sexualidad (oral) e indicó que hay niveles, como el apego, más primitivos, más cercanos a lo animal, a las pulsiones de autoconservación. Bowlby nos lo describe con amplitud en su extensa obra y diferencia con claridad la conducta de apego de la conducta sexual. Para él, lo importante no es el sexo sino la seguridad, el apego es primario, no un derivado de la oralidad. En 1973 va más allá y plantea el apego como *un sistema motivacional primario* que interactúa con otros sistemas. Holmes (1993) comenta: “*El apego comprende un sistema motivacional distinto, que incluye: drive, afecto, cognición y conducta, que es paralelo y complementario al de la sexualidad*”. H. Bleichmar (1997) incorpora el concepto de *modularidad* donde incluye parte de estas aportaciones.

Otros autores, como Killingmo, sin usar en el término apego, presentan en sus escritos algunas de estas reflexiones teóricas, planteando que existen necesidades no sexuales como las necesidades evolutivas (Tolpin, 1978), la necesidad de una fusión simbiótica (Mahler, 1968) o la necesidad de la afirmación del sentimiento básico del Si-mismo y pueden jugar un rol independiente como fuerzas motivadoras de fenómenos patológicos (Killingmo, 1985a, 1985b). Pensamos, en definitiva, que el sistema motivacional del apego debe ser de entrada diferenciado del sistema motivacional sexual así como de otros sistemas motivacionales.

Es posible que dicho sistema motivacional tenga que ver más con la construcción de muchas de las patologías de *déficit* que las de *conflicto*. ¿Estaría el apego, por ser más primario, en un nivel más primitivo, más cercano a lo preverbal y desde ahí tener una importante conexión con las patologías mencionadas? ¿Se entretrejería quizás con lo narcisista y preedípico?. Abundantes evidencias de investigaciones recientes (Main et al., 1985;

Bretherton, 1991; Cassidy, 1988) nos muestran cómo los niños con apego ansioso o desapego presentan más dificultades de simbolización, y que los pacientes adultos con problemas en el apego no pueden narrar “bien”, tienen vacíos, lagunas, debido a contenidos, experiencias no simbolizadas, no integradas. Podría existir una línea evolutiva, apoyada experimentalmente (Spence, 1982; Main, 1991; Fonagy et al., 1991; Holmes, 1993) que iría desde el apego concreto a una persona hasta historizar una infancia, internalizar una identidad y un nombre, en definitiva una existencia, de manera que la ligazón de las fallas del apego con el vacío, con el *déficit* y finalmente con la identidad, se nos presenta cada vez más delimitado. Además apuntando en dicho sentido advertiríamos que están acompasadas las edades del desarrollo del sistema de apego y la creciente capacidad de simbolización del niño.

También hemos de revisar el fundamento mismo del desapego. ¿No es una suerte de denegación lo que el niño hace al ver y no ver a la madre que lo abandonó no conteniéndolo?. Desde la metapsicología psicoanalítica la denegación sería el mecanismo perverso. Entonces: ¿el desapego no sería, como una especie de movimiento denegatorio, “*te veo de soslayo pero me lo niego*”? Intuimos una conexión entre la base insegura (por apego patológico) y los trastornos por déficit. Consideramos que en alguno de ellos hay un desarrollo incompleto del sentimiento de confianza básica. No hay una base segura de afecto, no se da el entorno sostenedor de Winnicott, no veremos un apego sosegado.

Pensamos que el apego patológico y el desapego, la desconfianza, la pérdida y la agresión concomitante, el abandono y el vacío, son componentes ya “clásicos” de las patologías “pre-neuroticas”<sup>23</sup>, por otra parte restaría considerar su papel en las psicosis.

Desde la perspectiva de la teoría del apego iniciada por Bowlby, la técnica analítica requeriría de la provisión de una base segura a través de la presentación de una figura estable de apego, lo que nos remite al *terapeuta proveedor* y *contenedor* de Winnicott, un terapeuta que actúe y comprenda con fiabilidad, con capacidad de respuesta sintonizada con su paciente y pueda dar sostén y contención suficiente para procesar el afecto negativo.

Bowlby nos conduce a D.W. Winnicott, autor clave en el psicoanálisis postfreudiano, una de las piedras angulares junto con Ferenczi de la revisión técnica del psicoanálisis en su dimensión terapéutica.

Los conceptos teóricos de Winnicott de “*Madre ambiente*”, “*espacio potencial*” y “*objeto transicional*” son una buena demostración de que no hay mejor aportación técnica que un buen desarrollo teórico basado en la observación clínica. La “*madre ambiente*” es algo que nos insume, es como el lecho donde se llevan a cabo las relaciones objetales: la condición para que surjan los objetos. Es un objeto que sólo es atmósfera, una presencia indiferenciada que

será detectada como ausencia o representación, que permite que surja lo subjetivo.

El terapeuta debe ocupar el lugar de esa “madre ambiente” y facilitar un *entorno emocional favorable* que sirva de *soporte* para que las condiciones innatas de integración logren su óptimo desarrollo. El concepto propuesto por Winnicott de *holding* (sostén) incluye manejar lo corporal en la psicoterapia pues el “sostenimiento” tiene su base en la función fisiológica, física, de contacto epidérmico.

Aunque Freud quisiese ser sólo padre en la transferencia, y se burlarse de la *“ternura-maternal”* de Ferenczi, el analista que propone Winnicott debe ser una *madre-nutriente*<sup>24</sup> que con sus ritmos de gratificación y ausencia haga de *agente organizador*, de modo que permita que a la identificación narcisística original le suceda la diferencia (creadora de dos espacios); lo que significa pasar de “ser todo” (que es ser nada) a “los límites”. Pero esa vivencia de separación sólo es tolerable en una atmósfera omnipotente (que conjura la real e inevitable impotencia).

Dichas condiciones requieren la presencia de un *espacio potencial*, manteniendo un encuadre analítico que reúna las condiciones necesarias para brindar una *“segunda oportunidad para el desarrollo, otorgando esta vez el “sostenimiento” suficientemente bueno que no tuvo en la infancia”*. El proceso analítico retoma el desarrollo del Sujeto en aquel punto donde quedó colgado a consecuencia de una falla en el ambiente. Winnicott concibe la regresión como una vuelta a los estados desorganizados de la relación diádica con la madre.

Dice el autor que el ser humano llega al mundo en un estado de inmadurez, de ahí que sea al principio absolutamente dependiente de una *madre* y lo continúe siendo, aunque relativamente, hasta su muerte (de la mujer nutricia o del hombre protector). La carencia es lo que marca el inicio del proceso de intercambio, a partir de esa necesidad de aporte energético, una parte del “mundo externo” quedará incluida dentro del Sujeto, convirtiéndose en parte de su “mundo interno” a través de los procesos de “internalización” que abarcan los mecanismos de incorporación, introyección e identificación. Para que pueda darse este proceso de incorporación es preciso una relación en donde se den sentimientos de confianza y seguridad, es decir el *“espacio potencial”* que brinda la madre al bebé y que debe reproducirse en el espacio terapéutico. Es el mismo *espacio protector* del que es capaz de proveer la madre que envuelve la satisfacción de las primeras necesidades, que modula esas necesidades del bebé y le devuelve un sentido y significación.

Si el terapeuta se encuentra ante un paciente con un *self deficitario*, tendrá primero que realizar una auténtica operación de reforzamiento del *“proceso de incorporación”* con la introducción de objetos gratificantes que estimulen un nuevo diálogo intrapsíquico generador de creatividad y crecimiento. La búsqueda de espacios comunes, de complicidad, de una significación

compartida, crearán un *espacio potencial* que a la vez que nutre abre senderos de diferenciación del que saldrá un nuevo discurso auténticamente constituyente de crecimiento y maduración psíquica. Masud Kahn ha avanzado más al caracterizar el papel del *Secreto* como dispositivo para asegurar al self dicho espacio potencial.

Entre el autoerotismo y la aparición del objeto, en la etapa de la vida en la que se constituye el self, se origina un espacio que Winnicott llama "*campo transicional*". En ese espacio alucinado debe colocarse el terapeuta, un campo intermedio necesario para lograr el tránsito a la alteralidad, a condición de que sea efectivamente intermedio y no suplantador de la realidad.

El *Objeto Transicional*, es el objeto creado por el niño y suministrado simultáneamente por el entorno. Es la primera posesión "no-yo". Recordemos que las características del objeto transicional son: preceder a la diferenciación interno/externo, y participar de las cualidades de ambos *topos*, permitiendo así situarse como tampón que facilita la separación y atenúa las ansiedades derivadas. Por ello, unas veces adopta los rasgos de objeto cuasi interno y otras adquiere la distancia propia del objeto exterior. Para la constitución del *objeto transicional* se requiere tanto la presencia real y concreta de la madre como de una representación del vínculo madre-bebé. En el fenómeno transicional la vivencia se centra en la paradoja de que el objeto es al mismo tiempo creado y descubierto por el sujeto y, por tanto, el objeto tiene siempre un pie en el mundo exterior de la omnipotencia del sujeto.

La función del objeto transicional está vinculada al proceso ilusión-desilusión que induce *la madre buena* y que hará soportable la pérdida irreparable que es el destete. Lo cuestionable es que incumbe al orden del trabajo del duelo como al del narcisismo. Una sana vivencia de destete en la que intervengan los objetos transicionales, permite un proceso de desilusión sano que da como resultado un movimiento de las relaciones objetales omnipotentes hacia una investidura de los objetos externos que están fuera de su control.

En la relación "madre-ambiente", las vivencias se producen en un campo donde existen muy pocas experiencias de diferencia entre interno y externo, de yo y no yo, de presentación y representación. En tal estado psicológico interviene la provisión de ilusión del *objeto subjetivo* por parte de la madre (Winnicott, 1962, 1965), en la cual el *objeto subjetivo* es vivido como si fuese creado por él. Es a través de ese *objeto transicional* que es descubierto y creado, es realidad y fantasía, yo y no-yo, madre objetal interna-protectora-omnipotente y la cosa objetal externa, como se llega al descubrimiento de la externalidad. Si en el espacio existente entre realidad y fantasía se hace posible la subjetividad, el significado personal, la formación del símbolo y la imaginación, será tarea del terapeuta crear ese espacio donde surja el reconocimiento, pues se trata de generar un espacio transicional, de creación, de *juego* en el cual se puedan tener vivencias correctoras.

Masud Khan revisa parcialmente los conceptos de *sí mismo verdadero* y *sí mismo falso* de Winnicott, matizando las denominaciones: prefiere hablar de *sí mismo auténtico* y *sí mismo reactivo*, entendiendo que no se trata de una oposición entre lo verdadero y lo falso, sino entre lo auténtico y lo reactivo.

En el origen del *sí mismo reactivo* Khan otorga un papel esencial patógeno a la madre, y adquiere mucha importancia el concepto de *trauma acumulativo*, desarrollado por el propio Khan (también llamado más tarde "*privación acumulativa*"). Comenta:

"...de qué manera una maternidad sobreprotectora y excesiva en sus cuidados al ocurrir en la temprana infancia y en la niñez, puede producir el resultado final de una *privación acumulativa*, que distorsiona los procesos maduracionales emergentes adecuados a cada fase y que debieran conducir a la individuación y a la autonomía, e impide el establecimiento de lo que Winnicott ha conceptualizado como el *Estatus del Yo Soy*. La *privación acumulativa* da como resultado una formación de carácter dócil como *sí*, de la cual los niños tratan de ganar autonomía e independencia explotando el potencial de tendencia antisocial, que está latentemente presente en toda persona, a lo largo de la pubertad y de la adolescencia. (...) Esto conduce a un regresivo retiro del apego y la dependencia respecto de la madre primaria o de los sustitutos contemporáneos, y dañan el crecimiento hacia la adultez creadora y funcional". (1974, p. 52)

Khan hace, a propósito del tema, una notoria distinción, convergente con la marcada entre *patología del conflicto* y *del déficit* que Killingmo apuntará; Khan habla de la necesidad de distinguir entre conflictos del *yo -ello* y conflictos *super-yo* e *ideal del yo*, y en concreto se refiere a la necesidad de trabajar el papel de la *máscara*, de la *formación* y el *sometimiento del pensamiento* (papel de las máscaras ajenas como ocultadores de lo que sería el *sí mismo auténtico*)<sup>27</sup>.

Khan define un *objeto interno confrontado*, como el objeto transicional que forma el perverso, en relación con la función de intimidad e inducción de complicidad que él mismo provoca. Un aspecto interesante que el autor utiliza luego en una dirección terapéutica, que es a la vez la manera en que el perverso genera un cómplice y la forma en que se puede trabajar con él cuando esa situación se recrea en la transferencia. Esto se aprecia con claridad, entre otros, en el caso de "*El hombre de la mano mala*".

"... no puedo explicar con exactitud el por qué del cambio de su relación con él mismo, de sentirse malo a sentirse bueno otra vez. No tuvimos tiempo, y me pregunto si en caso de haberlo tenido se hubiese atrevido a abrir esa zona de su *self oculto*. Ningún paciente es totalmente cognoscible como persona, y es esa intimidad final quizás lo que nunca deberíamos transgredir clínicamente. El ideal clínico, al menos para mí, consiste en que el paciente pueda llevar la confrontación a una vida creativa y compartida y enriquecerse con ello"<sup>28</sup>. (1983, p. 186 )

Concluiremos esta revisión conceptual con Christopher Bollas, heredero intelectual de la tradición que estamos recorriendo, uno de los autores que con más claridad aborda el tema de la subjetividad del analista, con posiciones técnicas que derivan coherentemente de sus posturas teóricas. La brillante nomenclatura que utiliza no es un mero alarde de sus recursos retóricos, sino que denomina con fidelidad lo que unas veces son reelaboraciones lúcidas de conceptos consagrados, y otras, aportaciones originales desde el centro mismo de la experiencia clínica.

Como se ha mencionado, Bollas también concibe una relación total con el paciente, que incluye pero no agota el paradigma transferencia-contratransferencia. De hecho, al inicio de su libro *Fuerzas de destino* (1989) parte de una reflexión en la que segrega dichos fenómenos paradigmáticos de alguna otra cosa que acontece en la escena analítica y que concierne al *uso que el paciente hace de él* para expresar fragmentos de su *propio idioma*. A partir de ahí despliega su concepto de *Propio-ser genuino*, referente esencial en toda su obra. Para ello recoge la definición de Winnicott: “*el potencial heredado que experimenta una continuidad de existir, y que a su modo y a su ritmo adquiere una realidad psíquica personal y un esquema corporal personal*”<sup>29</sup>; se remite a Freud, tratando de asimilar su concepto con el de inconsciente reprimido primario que aquel postula: “*el contenido del inconsciente puede ser comparado con una población psíquica primitiva. Si hay en el hombre unas formaciones psíquicas heredadas, algo análogo al instinto de los animales, eso es lo que constituye el núcleo del inconsciente*”<sup>30</sup>; y, finalmente, expone su propia elaboración: “*Para mí es suficiente decir que los infantes, al nacer, están en posesión de un potencial de personalidad que en parte está auspiciado genéticamente y que este propio ser genuino, en el curso de una vida, busca expresar y elaborar ese potencial a través de formaciones de existir y allegarse*” (1989; pp. 23-24).

Bollas “cree” firmemente en la existencia de ese elemento nuclear singular, original de cada individuo, que constituye un potencial de personalidad, y que como tal habrá de realizarse y configurar su propio idioma en relación con el ambiente. Opina que este conjunto de disposiciones heredadas es un *saber no pensado* que inaugura el Yo, que define como: “*aquellos procesos organizadores inconscientes determinados por una estructura mental que se desenvuelve a partir de la disposición heredada del infante y de la dialéctica entre este carácter intrínseco del niño y la lógica del sistema de cuidados parental. El yo precede en mucho al advenimiento del sujeto*” (1989; p. 339).

¿Cómo se desarrolla este proceso de individuación, de plasmación del potencial de personalidad a través del uso de objetos?. Aquí acuña Bollas uno de sus más conocidos conceptos al referirse necesariamente al “*ambiente facilitador*” que determina el desarrollo: el *Objeto transformacional*. Reelabora el concepto de Winnicott de “*madre ambiente*”: “*la madre es significativa e identificable menos como un objeto que como un proceso que es identificado*”



*con transformaciones acumulativas interiores y exteriores*" (1987; p. 30). La memoria de esa relación con la madre aboca al individuo a lo largo de su vida a buscar objetos que procuren una transformación del self, lo que para Bollas estaría en la base de la experiencia estética. Pero observemos que junto a esta dinámica de búsqueda de objetos transformacionales que guarda la memoria (la sombra) de una primerísima relación, y que se presentará en la escena analítica dentro del paradigma transferencia-contratransferencia, el autor identifica un movimiento, a modo de *"fuerza inmanente al idioma del sujeto en un impulso por consumir su potencial de elaboración de persona"* que denominará *Impulso de destino* (1989; p. 47).

El autor se preocupa, pues, por un sujeto humano que desde el principio, desde el primer soplo de vida, posee un potencial de propio ser que tiende a constituirse como tal en la vida, y que depende para ello de los objetos que a ese fin le procure el ambiente, y cuyas reglas de existir y allegarse se crean al contacto con la lógica de los cuidados de la madre. Estas reglas son incorporadas: *"si cada bebé posee una tendencia estructuradora interior (una función yoica inicial), después el bebé asimila, en virtud de la experiencia, unas reglas que le son comunicadas por la madre y el padre para el tratamiento de las pulsiones instintuales y las necesidades"* (1987; p. 73). El proceso determina un elemento de observación esencial para la clínica: cómo trata el paciente al *self como objeto*. Dice: *"un idioma de figuración es la relación de la persona con el self como objeto, una relación de objeto en que el individuo puede objetivar, imaginar, analizar y gobernar el self por identificación con los otros primarios que participaron en esa misma tarea"*(1987; p. 62). Tanto el conjunto de disposiciones heredadas que configuran el propio-ser genuino, como las reglas de existir y allegarse que va registrando el yo conforman un *saber no pensado*, concepto al que Bollas se remite constantemente. Otra forma de lo *sabido no pensado* es el *objeto conservativo* que define como: *"un estado de existir que se preservó intacto en el mundo interior de una persona; no está destinado a cambiar, y actúa como un contenedor mnémico de un particular estado propio que se ha conservado porque se liga al continuado trámite en el que el self niño sigue empañado con algún aspecto del ambiente parental temprano"* (1987, p.140). El niño desconoce el concepto de reelaboración o del aporte del tiempo para resolver problemas, de ahí que, según Bollas: *"los traumas no se experimenten como sucesos de la vida, sino como definitorios de ésta"* (1987; p. 141).

Es interesante ver cómo analiza la experiencia onírica a partir del desarrollo de su concepto del *self como objeto* en el mundo interno del paciente. En el sueño, *"el self es instalado en una alegoría de deseo y terror modelada por el yo"* (1987; p. 88). En *"Perderse en el dormir"* (1992, p.23) nos señala que la vida onírica refleja un aspecto central de la experiencia del sí mismo, dividido en dos localizaciones subjetivas: el lugar del sujeto que reflexiona sobre sí, y la posición del sujeto sobre el que se reflexiona, convertido así en objeto. Es un tipo de reflexividad inconsciente lograda en el sueño. El lugar del soñante es un enigma que recrea la relación del bebé con el inconsciente de la madre, que

aunque no se manifiesta es causa del cuidado materno. El sueño recrearía ese estado de no integración infantil *“nos elevamos desde esos estados regresivos, desde la posición fetal a la ambulatoria y desde la abundancia de sí-mismos al “yo” discriminante que reflexiona sobre sus extraños sujetos”*. Lo que nos transmite es que el *sí mismo simple que experiencia* y el *sí mismo complejo que reflexiona* hacen que la persona pueda procesar la vida según dos modalidades de participación distintas pero inter-determinadas: una por inmersión (en la experiencia) y otra por reflexión: *“La vida es un ciclo de transformaciones recíprocas del sí-mismo complejo en el sí-mismo simple, de diálogos y meditaciones intrapsíquicas (estados complejos) en la aparente suspensión de esa densidad interna, al entregarnos a una situación en que nos convertimos en una partícula participante”* (1992, p.28). Es decir, el sí-mismo se divide y se reúne sin cesar. Bollas resume sus propuestas trazando cuatro etapas en esta dialéctica del experimentar del sí mismo:

- 1) Yo uso el objeto: selecciono el objeto (un libro, un concierto, telefono a un amigo).
- 2) Yo soy influido por el objeto: la particularidad específica del objeto me transforma (emoción, asociaciones, persuasión).
- 3) Yo estoy perdido en el experimentar del sí-mismo: estamos en la tercera zona, síntesis experiencial de efectos mutuos (la experiencia amorosa). Esta zona, intermedia puede ser evitada sustrayéndonos a las invitaciones del objeto, aspecto protector pero empobrecedor.
- 4) Yo observo a sí-mismo como objeto: emergo del experimentar del sí-mismo, examino donde he estado. Es el lugar del sí mismo complejo.

Todas ellas son puestas en juego en la experiencia analítica, en el punto de articulación entre lo intersubjetivo y lo intrapsíquico que en ella se hace posible. De estos aspectos nos ocuparemos en la tercera parte de nuestro trabajo.

### **III. De la evitación de la contratransferencia al lugar técnico de la subjetividad del analista**

El paso de evitar la contratransferencia a considerarla importante en el trabajo terapéutico significa un avance sustancial en el desarrollo de la técnica analítica. Paula Heimann cubrió el vacío que dejó Melanie Klein en un tema de tanta importancia y al que no dedicó ningún desarrollo teórico. Heimann (1950) utiliza técnicamente la contratransferencia como un movimiento del analista que está en estrecha relación con el mundo interno del paciente, si bien no incluye la comunicación de sentimientos del analista al paciente. H. Racker (1957), independientemente, continúa esta dirección, subrayado la necesidad de analizar la contratransferencia en el curso del análisis didáctico. Y una generación de autores influida por Enrique Pichon-Rivière (1971) incorporará este cuestionamiento del papel del analista a todas las vertientes de la práctica psicoterapéutica y al desarrollo de herramientas técnicas que incluyen al analista. Thomä, Kächele y Jimenez (1986), denominan este cambio

en la conceptualización de la contratransferencia *la transformación de la Cenicienta en Princesa*.

M. Balint ya había introducido en 1939 la idea de ausencia de especificidad de la contratransferencia, la importancia de identificar las fallas del analista o las marcas de la transferencia de éste con su propio analista. También señaló la imposibilidad de eludir la implicación emocional con los pacientes narcisistas, idea que alcanzó sanción moderna en Kohut (1977) y Kernberg (1976). También en Searles (1979) con la idea de la simbiosis terapéutica. De esta manera, y a partir de las implicaciones de la técnica activa en Ferenczi (1919, 1921, 1926), un largo reguero de autores se van alineando y elaborando el caldo de cultivo donde germinará el papel de la subjetividad en la técnica analítica. Desde nuestro punto de vista determinados estados contratransferenciales, pertenecientes a la subjetividad del analista, integrada en el todo de la relación, deben ser comunicados a los pacientes en los tratamientos de padecimientos no neuróticos, es decir pre-neuróticos y psicóticos. Ello no impediría su utilización desde el análisis de las identificaciones proyectivas que dichos pacientes efectúan, provocando identificaciones complementarias en el analista, las cuales aportan abundante información sobre parte de la dinámica del mundo interno del paciente. Tampoco queremos decir que las interpretaciones contratransferenciales deban ser expresadas de forma poco juiciosa o irreflexivas. Lo que opinamos, es que no deben ser voluntariamente evitadas ni limitadas y silenciadas como sentimientos justificados u objetivos. Creemos que la transmisión adecuada de estados subjetivos es un método de intervención genuino dentro de lo que Killingmo (1995), ha llamado *intervenciones afirmativas*, es decir que pueden ser generadoras de significado allí donde en el paciente presentaba un vacío, elementos renegados y/o denegados, no simbolizados, tampoco reprimidos. Asimismo pensamos que el analista no debe mantener una actitud fóbica o paranoide con respecto a la contratransferencia (Little, 1951; 1957), no huir de ella sino comprenderla y utilizarla activamente en determinados momentos del tratamiento psicoterapéutico, actitud de la que es exponente destacado la generación de autores influidos por Pichon-Rivière, en torno a las ideas de *Escena*, que incluye la consideración técnica de la *Resonancia*, *Consonancia* y *Disonancia* (Pavlovsky, 1974) y la indagación de la implicación del terapeuta a través de las *Escenas Temidas* exploradas mediante técnicas de *Multiplificación Dramática* (Kesselman, 1978), entre otras. La incorporación de estas estrategias y técnicas tal vez planteen una revisión de la regla analítica, o una adecuación de la misma en la vertiente psicoterapéutica. Consideremoslo con más detenimiento desde diversos puntos de vista.

Uno de los objetivos de nuestro trabajo es compartir una visión amplia, global, de la relación paciente-analista, en la que está incluida la contratransferencia. El concepto de contratransferencia, definido habitualmente como *los sentimientos y actitudes inconscientes -las más de las veces- del analista hacia el paciente*<sup>31</sup>, nos resulta escaso, parco, y a veces confuso en la

clínica, pues no muestra en su totalidad lo que sucede al respecto en el “encuentro” analítico.

Estas serían algunas formas de pensarla: a) la contratrasferencia pertenecería exclusivamente al mundo interior del psicoanalista, que sería parte sólo de su inconsciente y en consecuencia ¿algo a evitar?; b) la contratrasferencia sería un reflejo, filtrado del mundo interno del paciente, utilizable como pista o indicio una vez clarificado y eventualmente elaborado por el terapeuta; y continuando la línea de los autores abordados en este trabajo, c) la contratrasferencia es inherente al encuentro, a la relación terapéutica, pues pertenece a un espacio más global, que implica a analista y analizado, inevitable y útil, con dimensión verbal y preverbal, consciente e inconsciente; silente en el trabajo con neuróticos, y expresable bajo ciertas condiciones por el terapeuta en los tratamientos de patologías por déficit<sup>32</sup>. Todas las formas de pensarla tienen su sitio y pertinencia, y con todas ellas podemos trabajar teórica y técnicamente. Pensamos que la contratrasferencia no puede ser “aislada” artificialmente, pues pertenece al encuentro, a la relación de objeto; es un fenómeno total y en gran parte intersubjetivo pues transferencia y contratrasferencia no son sólo síntesis hechas por el analista y el paciente tratados separadamente, sino el trabajo analítico como un todo, resultado de un encuentro entre dos personas que tratan de vincularse en el tiempo a través de una relación de objeto de calidad.

La contratrasferencia no debe ser temida o voluntariamente evitada ni limitada a sentimientos justificados u objetivos como Winnicott expresa en su artículo sobre “*El odio en la contratrasferencia*”. De hecho, no puede ser evitada, debe tenerse en cuenta, controlar su extensión y procurar servirnos de ella.

Lo esencial de la cuestión está ya formulado por Margaret I. Little (1951, 1957), psicoanalista y pintora, de cuyo análisis con Winnicott queda un memorable testimonio<sup>33</sup>. Little enfatiza alguno de los aspectos comentados y nos habla de  $R^{34}$ , como parte de una *Relación Global*, que incluiría la contratrasferencia. Little propone una comprensión y un uso interesante de la subjetividad del analista. Para ella la contratrasferencia en sí no debería comprender sólo a los elementos reprimidos no analizados del analista, sino también esta  $R$  incluida en su concepto de la relación global paciente - analista: “...introduciría un símbolo “ $R$ ” a fin de señalar “la respuesta total del analista a las necesidades de su paciente, cualesquiera sean sus necesidades y cualquiera sea la respuesta” (Little, 1957). Esta relación global paciente - analista incluye a la vez lo “normal” y lo patológico, lo consciente y lo inconsciente, la transferencia y la contratrasferencia, que en proporciones variables abarcará siempre algo de específico para el individuo paciente y para el individuo analista.

“ $R$ ” y su contexto, nos introduce en la figura de analista que propone Winnicott, que siendo proveedor atendería a las necesidades de su paciente pudiendo ser usado por él mismo desde ese espacio potencial, como una “imitación de una madre suficientemente buena” que responde a las necesidades

del paciente en la falla ambiental, aquella que desde la contratrasferencia y por el interjuego de identificaciones proyectivas y complementarias se recrea en el encuentro analítico.

Las variaciones que propone D.W. Winnicott a la técnica analítica merecen un estudio detallado, un autor que podemos considerar central en el uso técnico de la subjetividad.

Dentro del planteamiento clásico de Freud la terapia consistía en encontrar la expresión en la conciencia de una representación reprimida. Desde esta perspectiva es indiscutible que los deseos y fantasías, como expresión del mundo pulsional, no deben ser satisfechos por parte del analista (Regla de la abstinencia). Para Winnicott, se produce un fallo específico del ambiente del cual el individuo se defiende a través de la *“congelación de la situación de fracaso”*. Se crea la expectativa inconsciente (*ilusión*) de que más adelante habrá una oportunidad para que ésta pueda ser descongelada y re-experimentada durante la regresión en un medio adaptado. Utiliza en el proceso analítico el concepto de *Necesidades del Yo*. Este nuevo enfoque obliga a revisar la técnica clásica del proceso analítico.

Examinemos en primer lugar sus propuestas sobre el *marco analítico* y el *encuadre*. Winnicott propone considerar el marco analítico como una simbolización de la metáfora de la relación madre-hijo, condición necesaria para favorecer la regresión<sup>35</sup> del paciente y dispositivo de observación privilegiado. Aunque esta idea pueda estar presente en algunos modelos psicoanalíticos, en el de Winnicott tiene un carácter especial. El análisis *llenaría un vacío de la historia del sujeto que quedó a la espera de ser colmado*.

Para el autor los fallos ambientales tempranos son relativos, existe un *congelamiento* de la situación de fracaso. En él coinciden una acumulación de ideas, recuerdos y sentimientos relacionados. La acumulación expresaría la esperanza de que en el futuro pueda surgir una nueva oportunidad, para que todas esas sensaciones puedan ser expresadas y superadas. El espacio de la sesión da una segunda oportunidad para el desarrollo emocional dentro del proceso analítico, otorgando esta vez, *el sostenimiento suficientemente bueno* que el individuo no tuvo en su infancia.

Se aprecia la idea de encuadre en un sentido amplio incluyendo el espacio real de la consulta, los objetos del mismo, la presencia del analista, el espacio-tiempo de la sesión y hasta los espacios y tiempos que rodean el ámbito de la sesión. En el encuadre analítico el autor reproduce técnicas de maternalización más tempranas e invita a la regresión por su confiabilidad; por lo tanto, la función del encuadre es *una adaptación activa*, no deberá establecerse de una vez y para siempre, sino de un modo dinámico en función de las *necesidades del Yo*, del grado de regresión a la dependencia que el paciente presenta en cada momento o el más adecuado para que se desarrolle el proceso analítico.

La regla de la abstinencia clásica entonces, se reformula en los momentos en que surgen necesidades yoicas de confianza, estabilidad, sostenimiento que requieran una respuesta adaptativa del analista. Se podría decir que si el analista puede adaptarse a las necesidades regresivas del paciente y éste, a su vez, lo aprovecha para retomar el desarrollo emocional en el punto que había quedado interrumpido, habrán logrado juntos un éxito en su labor terapéutica. El objetivo del analista sería *intentar salir al encuentro del verdadero self del sujeto*, ya que permanece escondido<sup>36</sup>, por lo tanto, da importancia a proporcionar un marco emocional donde el paciente no se sienta amenazado y se anime a compartirlo.

El papel que da Winnicott a la regresión hace revivir el pasado. El analizado está en el pasado, no lo recuerda, lo vive. En ese estado regresivo se favorecen las actuaciones y, es en las actuaciones donde el analizado puede re-vivir el fracaso ambiental; si además, pudiera externalizar su enojo se permitiría la superación del fracaso y el logro de un nuevo sentimiento del self. Es en estos casos cuando el *marco analítico* adquiere más importancia que la interpretación, ya que cumple la función de sostén (*holding*). El analista ofrece una presencia estable, predecible, se preocupa por el paciente, expresa su amor y su odio, no juzga moralmente el material que le es presentado, ni quien se lo presenta

En el encuentro *Analista-Analizado* el analista crea procesos que nunca existieron, capacidades y funciones psicológicas, ayudando a que el paciente se dote de estructuras ausentes. Afirma que el marco analítico es un medio para el crecimiento personal y no exclusivamente un lugar de traducción del inconsciente<sup>37</sup>. La interpretación y la palabra ocupan otro papel en el tratamiento psicoanalítico diferente que el dado por Freud. El modelo de la relación madre-bebé en la que la comunicación es relativamente no verbal, se convierte en un paradigma del proceso analítico, como señala en su trabajo *“La teoría de la relación parento-filial : “en realidad, la palabra “bebé” implica que no habla, (infans), asimismo, no es de poca utilidad considerar que la infancia es la fase anterior a la presentación de palabras y el uso de símbolos verbales”*<sup>38</sup> y en otro lugar: *“la diferencia entre el niño y el adulto radica en que el primero a menudo juega en lugar de hablar. Sin embargo, la diferencia carece casi por completo de significación y, de hecho, algunos adultos dibujan o juegan”*<sup>39</sup> (1960). Winnicott no considera el lenguaje en sí mismo como eje formativo de la identidad. Da a entender que existe *un lenguaje del cuidado materno* que no se realiza sólo con palabras: *“Lo importante para el paciente, y lo que le importa al paciente es siempre lo que le importa a él, no es tanto la exactitud de la interpretación como la disposición del analista para ayudarlo, su capacidad para identificarse con el paciente y creer así en lo que hace falta y satisfacer sus necesidades tan pronto le sean indicadas, ya sea por medio del lenguaje verbal, no verba o preverbal”*<sup>40</sup> (op. cit.)

El acto de la interpretación surge de la identificación del analista con el paciente, cuando, hasta cierto punto, imagina cómo es “esa” persona en “ese” momento y como consecuencia piensa “*creer en*”, y en qué es lo que necesita.

La identificación, entonces es un compromiso, como también lo es la *preocupación maternal primaria*. No sería como dice Freud que sólo “*revela al paciente, el significado secreto de sus ocurrencias*”, sino que utiliza la identificación para significar el cuidado materno. Winnicott compara las interpretaciones verbales del analista con un alimento para el paciente.

El *ritmo* y el *momento* de la interpretación es otro punto crucial. Es la necesidad del niño de mamar la que da la oportunidad a la madre de alimentarlo, y asemejándolo con la situación analítica, es el paciente quién nos facilita la oportunidad de desarrollar nuestra capacidad de interpretar. “*No se trata tanto de brindar satisfacción al bebé como de permitir que el bebé encuentre al objeto y se entienda con él*”<sup>42</sup>

Winnicott es contrario al analista silencioso, y nos dice que interpreta porque: “*si no lo hago, el paciente tiene la impresión de que entiendo todo. En otras palabras, retengo cierta cualidad externa al no acertar del todo, o incluso al equivocarme*”<sup>43</sup>. Como consecuencia, una buena interpretación es algo que el paciente puede albergar en su mente. La interpretación siempre está al servicio del proceso evolutivo en el que conocer y ser conocido tiene un significado y una importancia cada vez más evidente. Nos recuerda además, que es imposible obligar al paciente a integrar una interpretación forzada.

La relación de la persona consigo misma comienza a ocupar un lugar central en el desarrollo teórico de Winnicott. En la obra “*La capacidad para estar a solas*” (1958), nos describe que el niño está tranquilamente solo en presencia de la madre que le ayudará a desarrollar la relación consigo mismo. El papel de analista es facilitar el proceso evolutivo que se pone en marcha y que exige saber esperar.

Analista y paciente, al igual que la madre y el bebé, trabajan en un área intermedia de ilusión que siempre es vulnerable a la intrusión. El analista que interpreta en exceso se convierte en la madre tiránica y el lenguaje constituye el eje de su poder. “*Ser violado o comido por caníbales son bagatelas en comparación con la violación del núcleo del self, la alteración de los elementos centrales del self que lleva a cabo la comunicación, que atraviesa las defensas*”<sup>44</sup>.

Winnicott recuerda que es en el espacio transicional donde el analista y el paciente tienen su comunicación y lo que nos sugiere es que el analista tiene que saber poder jugar: “*La interpretación fuera de la madurez del material es adoctrinamiento y produce acatamiento. Un corolario es de que la resistencia surge de la interpretación ofrecida fuera de la zona de superposición entre el paciente y el analista que juegan juntos*”<sup>45</sup> “*Siempre significa que hice la interpretación en el momento inadecuado o de una manera errónea y la retiro incondicionalmente (..) la interpretación dogmática deja al niño sólo dos opciones: atacar lo que dije como propaganda o rechazar la interpretación, a mí mismo y a todo el marco.*” (op. cit.)

Winnicott alerta sobre el peligro de convertirse en una madre omnipotente. Su objetivo es estar atento como analista, no ser un obstáculo en el proceso del análisis ni usurpar el papel del paciente.

En las personas con *graves perturbaciones* el dolor proviene de sentimientos de irrealidad, lo que exige que *el analista maneje un tipo de vínculo* con una gran sensibilidad para percibir lo que el paciente necesita e ir adaptando el encuadre analítico. Así nos da la idea de que la relación y la comunicación significativas son silenciosas: *“Hay un uso sano de la no - comunicación en lo que hace a establecer la sensación de realidad”*<sup>46</sup> -Y en la *patología severa* observa: *“Las experiencias traumáticas que llevan a la organización de las defensas primitivas tienen que ver con la amenaza que se cierne sobre el núcleo aislado, la amenaza de que sea posible encontrarlo, alterarlo y comunicarse con él. La defensa consiste en ocultar aún más el self secreto”*<sup>47</sup>.

El autor enuncia una contradicción que no puede resolver, la existencia de un aislamiento absoluto en el núcleo del self y el problema que significa para el individuo encontrar una manera de permanecer apartado sin quedar aislado. En la perspectiva psicoanalítica: el paciente siempre sufre por el conocimiento de sí mismo que en algún momento, posiblemente en la infancia, tuvo que rechazar.

Técnicamente muchas veces será necesario guardar absoluto silencio o mantenerse inmóvil para no impedir el proceso que se desarrolla en el interior del paciente. En otros casos, cuando existe la actuación, la verbalización del fenómeno tranquiliza al paciente y le hace recordar el fracaso ambiental original que dio lugar a la enfermedad. El objetivo es poder ayudarlo a alcanzar un nuevo sentimiento de realidad.

El analista debe comunicarse con el paciente desde el lugar en que éste lo ubica, sea neurosis o psicosis de transferencia, bien la que proviene de la estructura psicótica y precisa un ambiente sostenedor o la que pertenece a la estructura neurótica y nos regresa a las relaciones objetales infantiles. Estas formas transfenciales se pueden dar simultáneamente en paciente neuróticos cuando surgen situaciones en las que se enfrentan a núcleos de funcionamiento muy primitivos. En esas ocasiones el analista tendrá que evaluar cuidadosamente en qué momento debe trabajar enfatizando la interpretación de los conflictos inconscientes, o por el contrario, satisfacer una necesidad del yo mediante una adaptación activa. La función del análisis, en estos casos, sería la de proveer de un soporte para el *self* hasta que éste pueda estructurarse, recibir y comprender las interpretaciones.

En su trabajo *Odio en la contratransferencia* (1947), Winnicott aboga por permitirse sentir y manifestar todo tipo de emociones con los pacientes psicóticos. M. Little (1951, 1957) se sitúa en igual línea y nos apunta: *“Los pacientes muy*



*enfermos, y algunas veces los que lo son menos, son incapaces de hacer deducciones apropiadas: que los sentimientos del analista sean dejados a su deducción o que ellos sean mencionados, no tiene para ellos ninguna significación. Les es necesario una expresión directa, cómo surgen y en el momento que surgen". En otro lugar añade: "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 uso real para el paciente. Tal distinción es en sí falsa, porque una interpretación es parte del comportamiento... Su silencio, su escucha, sus reacciones o su ausencia de reacción. Todo esto es la expresión de sus sentimientos, conscientes o inconscientes".*

También Bollas investiga en el establecimiento de una predisposición contratransferencial, recreando al modo de Winnicott un espacio potencial, resaltando la contratransferencia como fuente de asociación libre del paciente, en la que los dos hablan del encuentro como global. Nos manifiesta su valor de *pista* pero dentro del marco de la relación total y de la expresión de estados contratransferenciales por parte del analista, prefiriendo hablar de externalización para designar la creación de un ambiente total donde paciente y analista desarrollan una vida juntos. En consonancia con Little y Winnicott, Bollas defiende que el analista debe llevar al máximo su predisposición contratransferencial y desde allí permitir ser usado como objeto.

Sin abordarlo explícitamente, M. Khan se ocupa de la concepción global de la relación y de la utilización técnica de la expresión de la contratransferencia, una relación de un mutuo compartir en el encuentro donde analista y paciente aprenden uno del otro. Con Winnicott, Little, Khan y Bollas nos decantamos por un encuentro analítico en la psicoterapia donde la contratransferencia es parte de una relación global, una contratransferencia útil y viva, activa, presente, inevitable, ineludible y casi siempre crucial.

Kahn resalta la importancia de la singularidad, exclusividad y privacidad de la relación analítica: *"El psicoanálisis es una disciplina extremadamente íntima, de sensibilidad y habilidad. La práctica del psicoanálisis convierte esa intimidad en una relación especializada entre dos personas, quienes a través de la misma naturaleza de su exclusividad se cambian mutuamente"* (1974) y *"Un proceso clínico que implica gradualmente a dos personas en una reciprocidad de relacionarse, y si las cosas salen bien, les permite con el tiempo separarse en un estado de gracia, conscientes del sí mismo oculto de cada uno"* (1983).

A nivel de los aspectos técnicos, Khan expone que el proceso analítico en su conjunto, funciona como un *espacio transicional*. En él se refiere al espacio intermedio, espacio de juego, y lo redefine como un *espacio potencial* que se crea en el propio proceso terapéutico. En suma, es la función que permite que se pueda hablar del crecimiento o desarrollo del sí mismo. A propósito del tema traza algunas diferencias, que tiene relación con el concepto de *sostén*

(Winnicott) y el concepto de *gestión*, de *cuidado total*, mucho más clarificado por el propio Khan<sup>48</sup>. El *espacio de cuidado*, en el desarrollo del sí mismo, cumple la función de *estar en barbecho*.

Khan busca que el paciente pueda construir una relación consigo mismo y que pueda mantener o reactivar un juego privado propio. Esa sería la base de la posibilidad de aprender uno del otro: *“No creo que mi éxito se debiera a que yo era más sabio o mejor que mis colegas, sino a que era más humilde<sup>49</sup> y estaba preparado para entrar en una relación de mutuo compartir, en la que analista y paciente establecen gradualmente un vínculo a partir del cual pueden empezar a aprender uno del otro y a beneficiarse con ello. Quienes puedan correr este riesgo ganarán los mismos beneficios tanto clínica como personalmente que yo he ganado”*.(Kahn, 1988)

Al continuar y ampliar la tradición winnicottiana, Christopher Bollas ha efectuado hasta el presente aportes técnicos destacados que derivan, como se ha dicho, de su concepción de la relación analítica como relación total.

A lo largo de sus tres libros más conocidos, *La Sombra del Objeto*, *Fuerzas de destino* y *Ser un Personaje*, Bollas va a ir desarrollando y refinando sus propuestas en torno a dos ejes conceptuales: *el uso del analista por el paciente* y *la instalación del analista como sujeto*. De ahí derivan sus ampliaciones de la técnica que se orientan a un *mayor desvelamiento del procedimiento analítico* y sitúan la discusión en la naturaleza subjetiva de las intervenciones del analista.

El punto de partida en que se sitúa Bollas se asienta en su disposición a ser usado como objeto por el paciente. En el sentido amplio que el autor confiere a este uso, algunos aspectos del mismo pertenecen a una categoría de sentido diferente de la representada por el concepto de conflicto inconsciente reprimido. Dice Bollas: *“Me refiero al movimiento psíquico que se produce cuando el analizando tiene la libertad de usar al psicoanalista como a un objeto a cuyo través pueda formular y elaborar su idioma de personalidad”* (1989, p. 20). Para describir este uso se remite a la teoría del propio-ser genuino que propone Winnicott y que él amplía y desarrolla, según hemos visto con anterioridad.

Pero donde centra más la discusión porque prevee el conflicto con las concepciones más conservadoras del psicoanálisis, es en el ámbito de la contratransferencia. La premisa inicial es clara: *“Los pacientes comunican su mundo interior por el establecimiento de un ambiente dentro de la situación clínica, y necesariamente manipulan al analista a través de su uso de objeto, para que asuma diferentes funciones y papeles”* (1987, p. 275). A partir de ahí, Bollas dirige su atención al mundo interno del analista, sumiéndose en sus profundidades, en un ejercicio autoanalítico que tiene como horizonte la instalación del analista como sujeto.

En el caso de muchos pacientes, según reflexiona el autor, el proceso de la asociación libre ocurre en el interior del analista. Así pues, muchos de los objetos que habitan el interior de la mente del analista durante la sesión son comunicaciones inconscientes del paciente, elementos de lo sabido no pensado, que el analista registra como fenómenos subjetivos (intuiciones, ideas, ocurrencias, imágenes, etc.), pero que sabe que son auspiciados por el paciente. De ahí que nos diga: *"Me parece crucial que los clínicos encuentren la manera de poner sus estados subjetivos, como objetos de análisis, a disposición del paciente y de ellos mismos, aunque todavía desconozcan el sentido de esos estados"...* *y... "también en raras pero significativas ocasiones, el analista puede analizar en presencia del paciente su experiencia como objeto de la transferencia de éste"* (1987, p. 242). Por tanto, Bollas se adhiere a la idea, hoy sustentada por muchos clínicos, de que la otra fuente de asociación libre del paciente es la contratransferencia del analista. Para descubrir al paciente, hay que buscarlo en uno mismo.

Desde esa perspectiva, Bollas recuerda lo afirmado por Freud: *"el analista debe volver hacia el inconsciente emisor del enfermo su propio inconsciente como órgano receptor"* (Freud 1912). Siguiendo a P. Heimann, propugna el cultivo de una sensibilidad emocional que se despierte libremente, pudiendo recibir noticias de su propia interioridad a través de intuiciones, sensaciones, imágenes y fantasías. Denominará a esta actitud predisposición contratransferencial, mediante la cual, renunciando a nociones ideales de neutralidad mental absoluta o imparcialidad científica, se facilita la creación de un espacio potencial interior como marco donde recibir la transferencia del paciente. Se abre así plenamente a un campo cargado de incertidumbre presidido por la subjetividad, pero cohabitado por los elementos segregados, escindidos y proyectados del paciente. Dice Bollas: *"El estado contratransferencial mas común consiste en un no saber-pero vivenciar"* (1987, p. 244).

Si la premisa es, como dijimos, el ser usados como objeto, surge la pregunta: ¿como nos usa un paciente? Bollas responde: por los efectos de tal uso. Y casi siempre a través de nuestros afectos. Establece la comparación con el uso que un bebé hace de su madre, cuando suscita en ella una percepción-sentimiento que o bien la lleva a una acción de asistencia o a una verbalización-traducción de lo que el bebé expresa, lo que introduce a éste en la senda de la representación verbal de estados psíquicos internos. Por ello el analista debe estar abierto a dejarse afectar, perturbar por el paciente. Ha de estar dispuesto a enfermar, manteniendo una escisión generativa entre los distintos grados de locura que puede experimentar, conservando simultáneamente una parte de sí mismo como yo analítico y observador. Curarse a sí mismo de estas enfermedades situacionales es curar al paciente, en la medida que aquellas son estados escindidos de éste.

Retomemos en este punto la propuesta de ampliación técnica que defiende Bollas: revelar al paciente contenidos psíquicos propios, producidos

por asociación libre, aún inconscientes pero que parecen de especial pertinencia respecto de los contenidos psíquicos sobre los que el paciente le informa. Así formulada, contiene, según nuestro criterio, algunos puntos de discusión que pasamos a analizar siguiendo al autor.

Proponer revelar al paciente algo que en el analista es aún inconsciente, le enfrenta con aquellos clínicos que consideran que sólo ha de interpretarse la contratransferencia cuando se tiene claro el origen y objeto de la misma para eludir el riesgo de acting-in por parte del analista. Bollas aborda esta dificultad remitiendo al analista a su relación consigo mismo, con sus propios sentimientos y pensamientos. Si se nos permite la licencia, propone "formalizar" las relaciones consigo mismo como sujeto. Hace un desarrollo teórico de la relación entre el "si-mismo simple" que experimenta y el "si-mismo complejo" que reflexiona, estableciéndose un dialogo interno que asienta una actitud auto-analítica. Concibe, además, un uso de aquellos elementos subjetivos inspirado en Winnicott: presenta sus propios pensamientos como objetos subjetivos, situados entre él y el analista, no como descodificaciones oficiales de la vida inconsciente de esa persona, sino como objetos que han de ser manejados en ese espacio común, espacio de juego, y ser aprovechados en aras de un conocimiento emergente o han de deshecharse.

¿Que entiende Bollas por asociación libre del analista? Este es un tema recurrente a lo largo de sus textos, donde describe, de forma vívida, todas las impresiones afectivas, somáticas e ideativas que le surgen en el contacto con sus pacientes ¿Que ocurre con ese vasto experimentar acumulativo interno del analista?, se pregunta Bollas; *"¿puede esta información exponerse ante el analizando, en particular cuando ella parece patrocinar pensamientos que el analista considera pertinentes para el libre discurso de aquél?"* (1992, p. 140). A fin de cuentas, como dice el autor, no se trata de una pregunta ni una elucidación ni una confrontación ni una interpretación. Y se sigue interrogando: *"¿Que pasa si el material mas vívido derivado por asociación se produce dentro del analista?"...* *"¿no podría suceder que el eslabón faltante esté en la mente del analista y no en la asociación libre del paciente, de modo tal que cuando aquél aporta ese material, lo que hace es incluir algo vital que faltaba (o que había sido escindido)?"* (1992, p.143). Concluye diciendo: *"Revelar algo que acaba de ocurrirsele, que aún no comprende, que puede no tener ninguna importancia perdurable: eso es una asociación libre"* (p.143). Por supuesto hay parámetros que delimitan el uso de estas intervenciones. Para Bollas la regla fundamental es que se vinculen con el material del paciente, con la transferencia o con la realidad emocional de la sesión. Y aclara que siempre subraya que esas asociaciones le pertenecen, y que no tienen la misma índole que una interpretación propiamente dicha, con la que pretende enunciar algo que cree cierto del paciente. Las interpretaciones, según Bollas, *"aunque sean ofrecidas al paciente de forma desapasionada, serena y modesta, trasuntan una esencial investidura narcisista del analista, sin la cual no podría concretarse el esfuerzo de ligar los datos disponibles en una interpretación que exige energía,*

*concentración y compromiso con la "verdad"* (1992, p. 144-145). Al enunciar una asociación se habla desde un lugar distinto, y no se espera que el analizando reflexione sobre ella, sino que le faciliten su propio asociar. De ahí la formulación de las mismas en términos "subjetivos": "lo que se me ocurre"... "esto que dice me hace pensar en...", "tengo la sensación de...". Bollas "se permite" disentir consigo mismo ante el paciente. En una formulación del tipo "no, lo que se me acaba de ocurrir no me parece del todo cierto" muestra al paciente un modo de allegamiento con su propia subjetividad, patrocinando en aquel esa relación generativa entre un self simple que experimenta y un self complejo que analiza, estableciendo así lo que denomina una dialéctica de disenso.

La cuestión de la pertinencia de estas intervenciones le conducen al problema de la objetividad en psicoanálisis. Se refiere pues al marco que ampara y permite la subjetividad, diciendo: "*Si la subjetividad del analista se desentiende de los requerimientos de los marcos de referencia objetivantes, no sólo se cae en un análisis silvestre sino en una subjetividad despojada, ya que las experiencias internas del analista sólo cobran significación luego de la reflexión objetiva*" (1987, p. 131). Considera que cada disciplina debe operar dentro de los parámetros de su propia subjetividad generadora y de su objetividad significativa. Para él los criterios objetivantes del psicoanálisis son: las reglas básicas que sustentan, entre otras cosas, el derecho del paciente a la asociación libre, la neutralidad moral y el rigor técnico que exige al analista escuchar el material de forma congruente; los procedimientos para poner a prueba la reacción de un paciente ante la interpretación; la objetivación de la transferencia y contratransferencia; y, por último, el relato de la historia del paciente como guía a la que referir las propias asociaciones.

Por último queremos destacar una propuesta técnica de Bollas que parte de lo que él considera una "*exclusión insidiosa en la bibliografía psicoanalítica: el psicoanálisis de los instintos de vida de un paciente, de su amor hacia el analista, de sus integraciones creadoras en el trabajo analítico, de sus admirables logros en la vida y en el análisis*" (1989, p. 93). Denuncia una atención preferente al análisis de la transferencia negativa, del odio, y aventura cautelosamente, que tal vez algunos analistas no se sienten tan cómodos formulando lo positivo (el instinto de vida) como luchando contra las fuerzas oscuras del instinto de muerte.

Para explicar lo que denomina como celebración del analizando por el analista, parte de nuevo del ámbito de la subjetividad: si existe un registro temperamental por parte del analista al tratar con la transferencia negativa de un paciente, también lo habrá, y de signo contrario, al tratar con sus instintos de vida. O, como afirma explícitamente: "*Así como uso mis sentimientos en mi trabajo interpretativo cuando cuestiono a un analizando, uso sentimientos cuando celebro a esa persona*" (1989, p. 103). Considera Bollas que "*la celebración afectiva por el psicoanalista del advenimiento de representaciones instintivas y de las elaboraciones formuladas del propio-ser genuino es un*

*pre-requisito de cualquier posterior interpretación de contenido*” (1989, p. 98) y advierte de que *“el problema que se nos presenta cuando celebramos al analizando es el de no permitir que esta sea una forma de estimulación, satisfacción o adaptación de propio-ser falso”* (1989, p. 104). Pensamos que este tipo de intervención, de la que Bollas hace un análisis muy detallado en el libro de referencia, está relacionada en parte con la afirmación que propone Killingmo, en cuanto ambas intervenciones “autorizan” la presencia de un componente vivencial (instintual o experiencial) como paso previo a una instalación de sentido interpretativa.

Finalizamos esta breve referencia a la obra de Bollas con dos citas textuales que creemos recogen acertadamente el espíritu que anima sus propuestas de ampliación técnica:

*“Es absolutamente incorrecto, en mi opinión, proveer al paciente de empatía, celebración, agresión o aun análisis si esa provisión no es auténtica. El uso inconsciente de la convicción genuina del analista por el paciente es vital para su eventual bienestar”* (1989, p.127), y *“Creo que todos los pacientes registran la particular manera en que su analista organiza el material. También perciben correctamente aspectos de la personalidad del analista. Cuando se instala como un sujeto en el análisis, el psicoanalista, a mi parecer, no hace sino otorgar un lugar mas sincero y analíticamente fecundo a los orígenes subjetivos de personalidad, organización inconsciente y práctica analítica”* (1989, pp. 91-92)

Para finalizar el apartado, haremos mención de una viñeta clínica de M. Little que se explica por si misma: *“... estaba (la paciente) prácticamente fuera de mi alcance; ya no podía comer ni dormir.... Mis interpretaciones ... caían de plano. ...Para mi estaba claro el que 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 la dije lo doloroso que era su desamparo, no sólo para ella y su familia sino también para mi misma. La 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. El efecto fue instantáneo y masivo...”* (Little, 1957).

La vigencia de la regla analítica en función del contexto y fines de la intervención queda abierta para ulteriores debates. M. Little (1951, 1957) fue pionera entre quienes abogaron por una nueva concepción de la misma, abriendo un camino que muchos otros vienen recorriendo. Pero el uso técnico de la contratransferencia / subjetividad del analista ha de resituarse en una reconsideración global de los principios de la técnica. En esta dirección, B. Killingmo (1995, 1997) viene revisando determinados aspectos de los principios técnicos tradicionales y a la elaboración crítica de sus propuestas dedicaremos el siguiente apartado de nuestro trabajo.

#### **IV. Hacia una reconsideración de los principios básicos de la técnica de la psicoterapia psicoanalítica**

Cuando entre nosotros comentamos el estado actual de la práctica de la psicoterapia, solemos escuchar respuestas que podrían agruparse en dos tendencias principales. Para los más optimistas, asistimos a una época revolucionaria y estimulante gracias al *mejor conocimiento de los factores que influyen sobre el proceso de la psicoterapia*. Conocimiento derivado de los nuevos campos de aplicación (pacientes fronterizos, psicóticos, narcisistas, grupos, parejas, niños), de la ampliación del concepto de motivación (no sólo el sexo y la agresividad, también la afiliación y pertenencia a grupos, el narcisismo, las necesidades relacionales), y de la importancia atribuida a los déficits de desarrollo, la creación del vínculo entre analista y paciente y al uso de la propia subjetividad del analista.

Los más pesimistas opinan que *la proliferación de técnicas tan dispares produce una fragmentación caótica y confusa de la práctica terapéutica*.

El problema puede plantearse también en términos de *identidad*. ¿La práctica actual que recoja los nuevos descubrimientos nos transforma tanto hasta el punto de que ya no tendría sentido que nos llamáramos psicoanalistas? Creemos que la respuesta reside en la reformulación a un tiempo, de los *principios básicos* antiguos y modernos por encima de las actitudes ansiosas y sumisas respecto a un *código de reglas*, que según parece, debería ir creciendo hasta el infinito.

Un problema parejo ocurre dentro del campo de la práctica del derecho. Los cambios sociales producen continuamente vacíos legislativos, zonas de incertidumbre que la mayoría de los juristas pretenden llenar inmediatamente con un torrente de nuevas leyes. Pero la realidad de la práctica de la jurisprudencia siempre es más rica, complicada y sutil que los casos previstos. Un juez que se atenga exclusivamente a la letra de las normas se encontrará con frecuencia vacío o confuso ante un marasmo de normas contradictorias. Por el contrario, los jueces más razonables y expertos han internalizado los principios del derecho, de manera que saben enfrentarse de manera flexible y coherente a situaciones imprevistas: una lógica que viene a ser una síntesis entre los principios básicos y la adaptación a la peculiaridad de cada caso en cada contexto.

*El principio de afirmación.*

B. Killingmo ha propuesto de forma novedosa la necesidad del concepto y de la práctica de la afirmación en psicoanálisis en dos trabajos que han causado especial impacto en la última década: "*Conflicto y déficit: implicaciones para la técnica*" (1989) y "*La afirmación en psicoanálisis*" (1995).

Define la *afirmación* como el *conjunto de actitudes e intervenciones*

*directas que tienen por objetivo legitimar la experiencia subjetiva del paciente, lo inevitable de su manera de ser y de sentir basados en su historia. Una actitud siempre presente como trasfondo, en tanto infraestructura indispensable para el buen funcionamiento del proceso terapéutico. Cuando un paciente está funcionando en el nivel de déficit no da por descontado esta actitud afirmativa ya que ha carecido de ella en algún momento de su desarrollo. Entonces, puede ser necesaria una intervención explícitamente afirmativa. Como todas las necesidades infraestructurales no se hacen notar hasta que resultan amenazadas.*

Se trata de una *motivación transparente que no se ve de puro obvia*. Algunas intervenciones afirmativas son extremadamente sutiles al intentar captar la música de experiencias arcaicas no verbales, otras por el contrario, sorprenden por su simplicidad. Así, en el segundo artículo de Killingmo se ofrece como intervención afirmativa una frase de tres palabras “sí, es asombroso”. Lo único que se añade es un sí a la pregunta que una mujer hace a su amigo sobre si no le parecía asombroso que sus padres la encerraran en un armario ropero, sabiendo que sentía pánico a la oscuridad. Tras esta respuesta se produce una mejoría psíquica espectacular en la protagonista que el autor explica del siguiente modo: *“Lo que Jenny siente parece ser algo así: “Si los adultos pueden hacer esto a un niño, entonces no entiendo nada. Luego debe haber algo equivocado conmigo y mi existencia”. Resumiendo, nos enfrentamos con un estado de confusión de identidad, con una aguda amenaza a la integridad de la persona. Cuando este estado de duda existencial desaparece, ella es capaz de levantarse y seguir en la vida. Sobre este telón de fondo podemos concluir que la función de una respuesta afirmativa es eliminar la duda conectada a la experiencia de la realidad y de ese modo restablecer un sentimiento de identidad”*. (1995).

Cuando un paciente se encuentra en el *nivel de déficit* recibe las interpretaciones clásicas como críticas o ataques. No significa que haya que descubrir significados ocultos angustiosos sino de ayudar al yo a encontrar el significado mismo. Los sentimientos de culpa aparecen como *intencionalidad secundaria*, es decir, como un medio de apaciguar un estado de confusión: *“Inicialmente, el niño no tiene una participación en el trauma, pero es posible que, como un acto de organización posterior, transfiera las malas intenciones de otras relaciones conflictivas hacia el trauma, con el fin de otorgarle significado a una experiencia que de lo contrario resultaría aterradora o confusa. Después de todo, el mundo puede resultarle más tolerable a un niño si piensa que su madre lo dejó porque era malo en vez de enfrentar el hecho de que su madre simplemente lo abandonó”*. (1989).

La afirmación puede entenderse como un principio técnico, aunque no se haya formulado durante mucho tiempo. Esa herencia no verbal y cultural, entre nosotros siempre ha estado presente como un elemento de sentido común, en las buenas prácticas de psicoterapia. En esencia se refiere al respeto a la especificidad del otro, al reconocimiento de la alteridad.



*El principio de negación.*

En la *regla de la abstinencia* enunciada por Freud (1915), se considera que “*la técnica psicoanalítica requiere de un médico que debería negar al paciente, anhelante de amor, la satisfacción demandada. El tratamiento debe ser llevado a cabo en abstinencia*”.

En un reciente artículo titulado “*Revisión de la denominada regla de abstinencia*”<sup>50</sup> (1997) Killingmo ofrece una versión actualizada de la regla de abstinencia que resulta muy clarificadora, en tanto principio estratégico y no como regla de una rígida conducta del analista hacia el paciente. Es tarea del analista proteger las perspectivas de progreso *en nombre del paciente*. El principio de negación abarca el conjunto de actitudes e intervenciones directas que tienen por objetivo legitimar las perspectivas de progreso del paciente. Se niega lo inevitable de su manera de ser para afirmar las posibilidades realistas de lo que puede “*llegar a ser*”.

*El problema de la gratificación en psicoterapia.*

La afirmación y la negación sintetizan todas las técnicas posibles expresadas en sistema binario. Cualquier intervención puede expresarse como un conjunto de síes y noes a diferentes aspectos. Ello supone una simplificación de la notación, no obstante el problema de qué afirmar y qué negar depende de la complejidad de la teoría y práctica que apliquemos.

En otros términos, Killingmo se pregunta hasta qué punto se debe gratificar en la situación analítica sin salir del paradigma del psicoanálisis. Y responde que hay que atender las necesidades de afirmación en su sentido amplio y “*abstenerse de gratificar deseos, ya sean de origen relacional o instintivo*”.

Creemos que esta es una solución para numerosos problemas que la técnica clásica no había dilucidado. Recordamos que Ferenczi, Balint y otros analistas ya se habían preguntado si la cuestión respecto a los pacientes regresivos consistía en gratificarlos o en encontrar un tipo de relación con más logros terapéuticos. En esa misma búsqueda Bollas, por ejemplo, en su “*celebración del paciente*” encara el tema desde una perspectiva diferente. Primero celebra la aparición de algo positivo en el paciente, con independencia de que le resulte agradable o no, y luego analiza las resistencias que le impiden percibir lo positivo de sí mismo. Para el mismo autor *no se trataría de gratificar necesidades y de no gratificar deseos sino de encontrar la “dosificación” adecuada de gratificación para un paciente concreto en una situación determinada*.

Pensamos que los aportes teóricos de Killingmo son interesantes en tanto sus consecuencias técnicas han permitido romper con la inoperancia de algunos instrumentos técnicos valiosos pero inadecuados en el tratamiento de ciertos funcionamientos patológicos. Así es en una amplia gama de pacientes con un *déficit* originado previamente a su diferenciación estructural (fallos

intrasistémicos). El concepto de *conflicto* se amplía al complementarlo con el de déficit en la consideración de cada personalidad en particular. Si todo paciente es único la estrategia terapéutica y la intervención adecuada para cada momento de su evolución también será única. No se trata sólo de fuerzas en pugna. La patología puede ser puesta en marcha por el sufrimiento y el trauma pasivo. Todas estas características sobre el origen particular de cada patología crearán, como dijimos, intervenciones “personalizadas”. Tal es la interpretación afirmativa, elemento de existencia, de relación, de valor y de validez de la experiencia. No siempre verbalizada, puede manifestarse en un silencio. Los dos patrones de transferencia que surgen en el paciente deficitario y el de conflicto hacen del terapeuta una comadrona “*para el nacimiento coherente del sí mismo*” y un modelo para las funciones del Yo del paciente. La contratransferencia es una forma altamente automatizada de percepción constante, parte de su atención flotante, pero siempre una escucha sin “*decisión consciente*” del “*dialecto emocional*” del paciente. Una pregunta honesta: el cambio en la comprensión de la patología y en la técnica ¿modificarán emocionalmente al analista respecto a su paciente?. El autor examina las posturas extremas respecto a la contratransferencia: el analista no es un observador frío y sin espontaneidad ni está atrapado en campo emocional intersubjetivo. Piensa que el analista debe objetivar sus percepciones y distinguir entre lo que le es propio y lo que corresponde al paciente, aunque el impacto interrelacional sea intenso. La llamada *regla de abstinencia* debería pensarse como un principio universal e independiente de la imagen del analista “*frío y poco afable*”. Importancia de la relación entre abstinencia y resistencias. La transferencia hace posible la representación de los déficits y conflictos y su consiguiente elaboración. Hemos de diferenciar *gratificación* de *afirmación*, en ella no se gratifican las necesidades del paciente sino que se le transmite la aceptación y la comprensión de las mismas, lo que no es contradictorio con el principio de *abstinencia*, el *sostenimiento* de Winnicott (1960) y la *contención* de Bion (1962). El analista “*debería sintonizar empáticamente con la experiencia inmediata del paciente a través de su actitud afirmativa, y transmitirle un sentimiento de seguridad y de legitimidad en la experiencia personal.*” (Killingmo, 1995).

## V. Conclusiones

Desde la aparición del término contratransferencia<sup>51</sup> la subjetividad aparece impregnando lo que se pretendía fuera una actitud objetivamente científica del analista (Freud, 1912). Es a raíz de la relación sentimental de Jung con una analizanda<sup>52</sup> que Freud expresará: “*Experiencias de este tipo, (de actuación erótica) aunque dolorosas, son necesarias y difícilmente podemos evitarlas... En cuanto a mí, aunque nunca he caído completamente, alguna vez me he encontrado muy cerca y he tenido un narrow scape*<sup>53</sup>... Así endurecemos la piel, dominamos la contratransferencia en la que nos encontramos cada vez, y aprendemos a desplazar los afectos y a situarlos de manera adecuada. Es a blessing in disguise...<sup>54</sup>. En “*Perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*” (1911) Freud hará dos puntualizaciones en torno a la contratransferencia: a)

inducida por el paciente, se hace “visible” en el “sentir inconsciente” del analista; y b) el analista no puede avanzar más de lo que sus complejos se lo permiten. La segunda mención al fenómeno de la contratransferencia, que aparecerá en “Puntualizaciones sobre el amor de transferencia” (1915) la muestra ya como algo que no debe sentirse, “...desconfiar de una contratransferencia tal vez posible” (op.cit). posición que ya había subrayado en una carta a L. Binswanger en 1913 al afirmar que el problema de la contratransferencia “es uno de los más difíciles de la técnica analítica” convirtiéndolo en una regla que el analista no debe dar nada que derive de su propio inconsciente, debiendo en cada caso “reconocer y superar su contratransferencia, para estar libre de sí mismo”. Lacan (1953) llevará la posición freudiana hasta el límite, excluyendo toda posible utilización técnica<sup>55</sup>.

Las conceptualizaciones y experiencia de la contratransferencia, sin embargo nos confirma las impresiones de Freud de que es: *dolorosa, difícilmente evitable*, presente *cada vez*, es algo que *se debe dominar por desplazamiento de los afectos*. Originada por el paciente, actúa sobre el “sentir inconsciente” del analista que podrá defenderse del obstáculo según haya podido resolver sus propios complejos. Y será el analista quien muestre que es un interviniente activo en la relación terapéutica la que, incluso, puede verse limitada por sus conflictos irresueltos. Ferenczi desempeñó el papel de quien, por sus propios sufrimientos transferenciales y contratransferenciales, investigase sobre el tema de la contratransferencia<sup>56</sup>, allí donde varios autores han señalado que en la relación con Freud se repitieron los traumas infantiles de Ferenczi<sup>57</sup>. Ecos de situaciones similares podrán encontrarse en la mayor parte de las experiencias de análisis relatadas, donde la subjetividad de los analistas pesó -para bien y para mal- en los análisis que conducían, y valga de eco preferente el reproche que Winnicott hará a su segunda analista<sup>58</sup> de no haberlo ayudado a hacer una regresión benigna.

Nos hemos detenido en la segunda parte de este trabajo en los principales aportes ferenczianos, siendo el más interesante, el esbozo de *teoría de la intersubjetividad* (Genovés, 1998). Tal vez esta conclusión sea importante para explicar el silenciamiento del autor, pues ponía en discusión los puntos básicos de la *teoría de los impulsos* que no otorga verdadera importancia a las interacciones entre sujeto y objeto, considerándolos intercambiables e indiferentes. Aquí se inauguraría una epistemología y una ontología subjetivista, opuesta a la objetivista de Freud, para quien era fundamental la visión impersonal del observador frente a la experiencia subjetiva del ser humano. Para él esta actitud ante el conocimiento estaba más vinculada a la poesía y el misticismo que al psicoanálisis (Tubert, 1998).

La brecha entre ambos enfoques no pudo anularse y se transmitió de generación en generación (Martín Cabré, 1997). Balint (1981) opina que eso significó un retroceso para el psicoanálisis, ya que las posiciones más heterodoxas optaron por la teoría pulsional, sin advertir, tampoco, que algunas

obras de Freud como “*Duelo y melancolía*” (1917), “*Psicología de las masas y análisis del Yo*” (1921) y “*El Yo y el Ello*” (1923), ya contenían el germen del concepto de *las relaciones de objeto*.<sup>59</sup>

Partiendo de estas reflexiones, nuestro objetivo consistió en hacer un recorrido por la obra de algunos autores (Ferenczi, Balint, Bowlby, Winnicott, Khan, Little, Bollas y Killingmo) que profundizaron creativamente en la teoría y en la técnica psicoanalíticas, pero que al hacerlo abrieron al tiempo una discusión honesta al colocarse ellos mismos como objeto de investigación. La eliminación de la hipocresía profesional, que es la que traumatiza a los niños: “nuestros pacientes”, coloca a la sinceridad en un nivel imprescindible, lo que se confirma con todos los tipos de pacientes. Personas para los que ahora hay tratamientos que evitan su marginación y que están “legalizados” por los logros terapéuticos obtenidos. Ya no es necesario el “furor curandi” de los primeros innovadores; tampoco hay que trabajar “*endureciendo la piel*”, hoy se puede contener, acompañar, dar una nueva posibilidad de vida, sostener, crear un ambiente facilitador, sin renunciar por ello a una comprensión teórica y técnica de esta manera de concebir el encuentro terapéutico.

Las aportaciones desgranadas a lo largo de este trabajo dejan entrever un modelo de psicoterapia psicoanalítica diseñado desde la *intersubjetividad del vínculo* en el encuentro con lo genuino de cada persona. Modelo que da cabida a las nuevas manifestaciones de los trastornos que “deconstruyen de manera natural” las concepciones psicopatológicas clásicas. Un acercamiento psicoanalítico activo y abierto a una escucha plural, que presta más atención a la salud y al desarrollo que a la patología.

La propuesta que hacemos refiere a una práctica analítica en la que las fronteras entre psicoanálisis y psicoterapia no derivan de proposiciones teóricas sino del alcance que en el encuentro con cada caso tiene la intervención. Una práctica donde cabe la contención, el sostenimiento y la gestión, la intervención expresiva, la narcisización, la utilización activa y selecta de la contratransferencia. Una labor que pertenece al *encuentro* entre dos personas, psicoterapeuta analítico y sujeto que demanda ayuda, espacio de encuentro donde ambos descubren, aprenden y cambian en una relación global que incluye lo normal y lo patológico. Un encuentro que posibilita un espacio potencial para el desarrollo e integración del sí mismo en una relación íntima y exclusiva. Un mutuo intercambio enriquecedor para ambos, pero forzosamente asimétrico en favor de generar creatividad y crecimiento en el mundo interno del sujeto-paciente y su expresión intersubjetiva. Un espacio “a disposición del paciente” donde el psicoterapeuta facilita un entorno emocional favorable para la integración, donde sus variadas necesidades evolutivas o de afirmación del sí mismo no son siempre frustradas.

Son nuevos conceptos, pues aunque algunos son ya clásicos cuesta que

calen, como el papel del apego y la necesidad de sentirse seguro y protegido, el encuentro, la provisión, la función del objeto transformacional, la intervención afirmativa, el nuevo comienzo, o una visión más plural, flexible y reformulada técnicamente de la contratransferencia y de la regla de abstinencia. Estos planteamientos nos fuerzan a revisar la complejidad de la comunicación que hemos de lograr y aceptar en la psicoterapia, en sus vertientes verbales y no verbales, intelectual y emocional, consciente e inconsciente, con obvias variantes según la persona con la que se establece. Formas más silentes en la organización neurótica, patología del conflicto, y necesitadas de expresión en el trabajo con la organización límite o psicótica, patologías del déficit.

La contratransferencia se siente en todos los planos del conocimiento. Sabemos que ha sido creada por la intersubjetividad que desde la infancia no acaba nunca de ejercer su influencia. Esta es la base fundamental para entender nuestra intervención terapéutica. La transmisión adecuada de estados subjetivos, la escucha en acción, se une así a las herramientas de intervención en los estados deficitarios, pues contribuyen a generar significado allí donde el paciente presentaba vacíos, elementos renegados y/o denegados, ni simbolizados ni reprimidos.

En definitiva nos decantamos por un psicoanálisis que a lo “sabido y pensado” incorpore lo *no pensado*, lo nuevo, en un proceso continuo de deconstrucción y creación, como espacio de juego. Y una concepción del encuentro psicoterapéutico como “*una segunda oportunidad para el desarrollo*”<sup>60</sup> en el que disponer del sostenimiento que permite afrontar las experiencias de integración. Un espacio transicional, de creación, de recuperación del juego, en el seno del cual pueden tener lugar vivencias correctoras de las fallas ambientales de la infancia, donde la singularidad del individuo puede expresarse y configurar su propio idioma con los objetos.

## Notas

<sup>1</sup> Texto revisado e íntegro del trabajo elaborado por el *Grupo de Investigación de la Técnica Analítica* (GRITA), a partir del cual se extrajo una Ponencia presentada en las *VI Jornadas Internacionales Grupo, Psicoanálisis, Psicoterapia* organizadas por SEGPA, Nerja (Málaga), 6 y 7 de Noviembre de 1998.

<sup>2</sup> El *Grupo de Investigación de la Técnica Analítica* (GRITA) es un colectivo de investigación que desarrolla como tal su actividad desde 1995, primero vinculado a SEGPA, y desde finales de 1998 a la Asociación *Quipú, Instituto de Formación en Psicoterapia Psicoanalítica y Salud Mental* de Madrid (España). Han participado directamente en la elaboración de este trabajo los firmantes, que figuran por orden alfabético, y en su primera versión participó también Vicente Brox, que posteriormente dejó el colectivo, del cual forma parte también Amparo Bastos que no participó en su elaboración. Dirección de contacto de GRITA: Príncipe de Vergara, 35 bajo dcha. MADRID-28001. Teléfono: 91-5776039; Fax: 91-5779734; Correo electrónico: grita@quipu-instituto.com

<sup>3</sup> A raíz de una propuesta derivada de las aportaciones de miembros del colectivo en las *V Jornadas Internacionales Grupo, Psicoanálisis, Psicoterapia* organizadas por SEGPA, Noviembre 1996, Las Navas del Marqués, Ávila (España).

<sup>4</sup> Lo intersubjetivo se viene nucleando como eje de una las vertientes escolásticas del psicoanálisis contemporáneo (Stolorow y Atwood, 1992; Stolorow, Atwood y Brandchaft, 1994). En esta ocasión

no se aborda la cuestión de los modelos teóricos en Psicoanálisis ni la especificidad de la corriente intersubjetiva. El interés por lo *intersubjetivo* es el principal lugar de encuentro, una de cuyas concrecciones más claramente sustentadas entre nosotros es conocida como *Perspectiva vincular en psicoanálisis*, pero no la única.

<sup>5</sup> Este trabajo es fruto de una verdadera elaboración grupal, lo que ha implicado numerosos debates teóricos y extensas sesiones de ensamblaje entre las diferentes aportaciones surgidas del grupo, reelaboradas y construidas grupalmente. La redacción final, aunque repetidamente revisada, contendrá inevitables deficiencias de estilo y posibles redundancias o excesos retóricos inherentes a un trabajo grupal y abierto, que el lector sabrá disculpar.

<sup>6</sup> La búsqueda de objetos nacería de un “vacío representacional”, libido flotante que necesita ligarse a objetos exteriores.

<sup>7</sup> M. Klein abordó este tema en «Los orígenes de la Transferencia» (1952). En la escuela kleiniana se reelaborarán gran parte de estas ideas, destacando el trabajo de H. Rosenfeld (1974).

<sup>8</sup> En la fantasía infantil, dice Ferenczi, el médico tiene un papel místico: ve y toca lo oculto y “la fijación infantil puede ser irreductible cuando se une la omnipotencia paterna con el prestigio del hombre influyente”. H. Bleichmar (1997) también incide en el objeto externo como decisivo en ese equilibrio narcisista “no sólo como mero soporte del Super-Yo, sino porque puede modificar la representación del sujeto o actuar como su instancia crítica”.

<sup>9</sup> Balint (1981) comentará que en esa conferencia Ferenczi enuncia modificaciones a la técnica clásica de carácter “osado y revolucionario”.

<sup>10</sup> S. Ferenczi parece ser el primero en mencionar una reacción del analista ante la producción del paciente en una carta a Freud el 22-11-1908: «Tengo una excesiva tendencia a considerar como propios los asuntos de los enfermos».

<sup>11</sup> El autor no oculta que cuando el proceso no se desarrolló en ese sentido tuvo que interpretar el material como la repetición de algo infantil y recurrir a la reconstrucción con la ayuda de sueños, asociaciones, etc.

<sup>12</sup> W. Reich, desde 1942 a 1945 y en 1949 publica sus trabajos relacionados con la “coraza muscular” y el carácter en los que menciona a Ferenczi y sus aportaciones teóricas, las cuales fueron un antecedente de su principal obra *Análisis del Carácter* (1933).

<sup>13</sup> Anna Freud (1927) recogerá estas ideas en “la preparación para el tratamiento” de sus pequeños pacientes.

<sup>14</sup> Anna Freud (1936) lo incluirá entre los más destacados mecanismos de defensa.

<sup>15</sup> Interesado en los aspectos éticos de Ferenczi, Lacan (1966) lo define como “el más auténtico interrogador de su responsabilidad de terapeuta”.

<sup>16</sup> El “Nuevo comienzo”, concepto introducido por M. Balint, es descrito más adelante.

<sup>17</sup> Estos conceptos serán abordados más extensamente en un apartado posterior.

<sup>18</sup> Como son las derivadas jtd de maternidad, paternidad, etc.

<sup>19</sup> Masud Khan, con su concepto de “trauma acumulativo” le da una forma más acabada a esta idea.

<sup>20</sup> Según Jiménez Avello (1998) el análisis mutuo “es una experimentación (...) que mantiene restringido a ciertos pacientes (...) candidatos”.

<sup>21</sup> Aunque las dos ediciones en castellano del *Diario Clínico* difieren en la redacción, el sentido no cambia.

<sup>22</sup> Y muchas veces por derroteros en gran parte estériles como la etología.

<sup>23</sup> Como las denomina N. Caparrós (1992a, 1992b)

<sup>24</sup> No queremos obviar la laguna conceptual que en los trabajos de D.W. Winnicott se da en torno al papel del padre, pero resulta crucial su reformulación del papel de la madre.

<sup>25</sup> Daniel Stern ha profundizado en esta idea en varios de sus trabajos, principalmente en *El mundo interpersonal del niño* (1985) y *La constelación maternal* (1995).

<sup>26</sup> Está trazando un proceso que parte de esa *privación acumulativa por sobreprotección* que impide el funcionamiento del *espacio potencial* que definió Winnicott, y que posibilita el crecimiento, genera un carácter dócil como *sí*, y la única posibilidad de ganar autonomía es a través de la actuación de la *tendencia antisocial*.

<sup>27</sup> El caso de *Benjamín*, (M. Khan, capítulo VI de “*Cuando llega la Primavera*”) es muy descriptivo de esta problemática.

<sup>28</sup> Esta es la vuelta que le da al proceso del *lugar de la intimidad*.

<sup>29</sup> En el trabajo de D.W. Winnicott: *The theory of the parent-infant relationship*, 1960a, p.46.

<sup>30</sup> S. Freud: *Lo inconsciente*, 1915b, p. 195.

<sup>31</sup> E. Roudinesco y M. Plon en su *Dictionnaire de la Psychanalyse* (1997) optan por una definición

«ortodoxa»: «Conjunto de las manifestaciones del inconsciente del analista relacionadas con las manifestaciones de transferencia del paciente» (p.195 , v.c. 1998)

<sup>32</sup> Podríamos denominarlo: "Utilización Activa Seleccionada"

<sup>33</sup> Se trata del *Relato de mi análisis con Winnicott*, M. Little, 1990.

<sup>34</sup> En el trabajo *R. La respuesta Global del Analista al Paciente* (1957).

<sup>35</sup> La regresión para Winnicott es un retorno a etapas muy primarias del desarrollo emocional del ser humano en donde el mundo no es, en lo esencial, otra cosa que la relación diádica con la madre.

<sup>36</sup> Masud Khan desarrollará esta concepción de *Sí mismos escondidos* u ocultos.

<sup>37</sup> M. Klein estudió las fantasías libidinales y sádicas del bebé partiendo de las pulsiones de vida y de muerte que propuso Freud y dejó en segundo plano las cualidades reales de la madre. Se puede decir que Freud propone en el proceso terapéutico investigar, buscar y Winnicott lo que trata es de construir.

<sup>38</sup> "La teoría de la relación parento-filial" (1960) en *Los procesos de maduración ...* p.49.

<sup>39</sup> "Análisis de niños en el período de latencia" (1958), en *Los procesos de maduración ...* p.149.

<sup>40</sup> *Idem* pp. 145-146

<sup>41</sup> Freud, S., "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico" (1912). O.C. Amorrortu Editores, T.XII, p. 140

<sup>42</sup> "La integración del ego en el desarrollo del niño" (1962), en *Los procesos de maduración ...*

<sup>43</sup> "Los designios del tratamiento psicoanalítico" (1962), en *Los procesos de maduración ...* p. 202.

<sup>44</sup> La comunicación y la falta de comunicación, en *Ibid.* p. 189.

<sup>45</sup> "El juego: una exposición teórica" (1971), en *Realidad y Juego*.

<sup>46</sup> *Ibid.*

<sup>47</sup> La comunicación. p. 227

<sup>48</sup> El secreto como espacio potencial, la función del secreto en la economía del sí mismo, relacionado también con el concepto de posterioridad de André Green, y con la distinción entre *relacionarse* y *tener una relación*, de manera que la construcción de la posibilidad de relacionarse es una de las funciones que se activan a partir del *espacio de cuidado*.

<sup>49</sup> La humildad a la que M. Khan se refiere aquí no es una cualidad existencial de sí mismo, sino una actitud ante el encuentro terapéutico, una posición genuina de no saber.

<sup>50</sup> N. de los Eds.: La traducción castellana de este trabajo de Killingmo se incluye en este mismo número de *Intersubjetivo*. El lector encontrará además otros trabajos para situar en su conjunto las ideas que propone Killingmo.

<sup>51</sup> En la correspondencia entre Freud y Jung, carta del 7-g9-1909 citada por J. Kerr: *A most dangerous method*. Ed. Knopf. New York, 1993.

<sup>52</sup> Sabina Spielrein, también discípula de Jung.

<sup>53</sup> Un estrecho escape.

<sup>54</sup> No hay mal que por bien no venga...

<sup>55</sup> Para J. Lacan la noción de Contratransferencia carece de objeto, solo designa los efectos de la Transferencia que alcanzan el deseo del analista, no como persona, sino en tanto él es puesto en el lugar del Otro por la palabra del analizando, una tercera posición que hace a la relación analítica irreductible a una relación dual (Lacan, 1953, Seminario I). En el Seminario VIII (1960-61) amplía esta idea: «por el sólo hecho de que haya Transferencia, estamos implicados en la posición de ser aquel que contiene el algama, el objeto fundamental (...) Es un efecto legítimo de la Transferencia. Por tanto no es necesario hacer intervenir la Contratransferencia como si se tratara de algo que sería la parte propia, y mucho más aún, la parte falible del analista (...) solo en tanto sabe lo que es el deseo, pero no sabe lo que ese sujeto, con el cual está embarcado en la aventura analítica, desea, él está en la posición de tener en sí, de ese deseo, el objeto» (Lacan, 1991).

<sup>56</sup> L. Martín Cabré opina que padecía una "depresión transferencial" (1997).

<sup>57</sup> En una carta a Jones del 29/V/1933 (Citada por Masson J.: *The Assault on Truth*. Ed. Fontana. Londres, 1992) Freud cuenta que el analista húngaro se quejaba de no ser amado lo suficiente por él y que tampoco apreciaba su producción psicoanalítica. Finalmente le manifestaba, también, que lo había analizado mal. Quería mostrarme que se debe tratar a los pacientes con amor.

<sup>58</sup> La segunda analista de D.W. Winnicott fue Joan Rivière, y el comentario es de J.Tubert (1998). M. Little, E. Menaker, S. Blanton, A. Kardiner, serían otros tantos ejemplos, quizás todos ellos precedidos de un caso de Freud bien conocido: el Hombre de los Lobos.

<sup>59</sup> J. Tubert (1998), L. Martín Cabré (1997), M.T. Muñoz Guillén (1996), A. Genovés (1998), entre otros autores, opinan en este sentido

<sup>60</sup> Como lo enunció D.W. Winnicott.

## Referencias

- Ainsworth, M.D. (1969). Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- Balint, M. (1939). On transference and counter-transference (con A. Balint). *International Journal of Psycho-Analysis*, 20: 223-230.
- Balint, M. (1981). Prefacio. En S. Ferenczi, *Psicoanálisis. Obras Completas*. Madrid: Ed. Espasa Calpe. T.I.
- Balint, M. (1968) *La falta básica*, Buenos Aires: Paidós, 1982.
- Bion, W.R. (1966a). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Bion, W.R. (1966b). *Elementos de psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una nueva técnica de las intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós.
- Bollas, C. (1987). *La sombra del objeto*. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Bollas, C. (1989). *Fuerzas del destino. Psicoanálisis e idioma humano*. Buenos Aires: Amorrortu ed., 1993.
- Bollas, C. (1992). *Ser un personaje. Psicoanálisis y experiencia del sí mismo*. Buenos Aires: Paidós, 1994
- Bowlby, J. (1969, 1973, 1980). *Attachment and Loss. Vol. I Attachment; Vol. II Separation; Vol. III Loss*. London: Hogarth. [versión castellana: Buenos Aires: Paidós]
- Bowlby, J. (1988). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós, 1989.
- Bretherton, I. (1991). Roots and growing points of attachment theory. en Parkes, Stevenson-Hinde y Marris (eds.) *Attachment across the life cycle*, Londres: Routledge.
- Caparrós, N. (1992a) *Psicopatología analítico vincular*. Tomo I. Madrid. Quipú ed.
- Caparrós, N. (1992b) *Psicopatología analítico vincular*. Tomo II. Madrid. Quipú ed.
- Casement, P. (1985) *Aprender del Paciente*, Buenos Aires: Amorrortu, 1990
- Casement, P. (1990) *Further Learning from the Patient*, London: Routledge.
- Cassidy, J. (1988). The self as related to child-mother attachment at 6. *Child Development*, 59: 121-134.
- Fairbairn, R. (1943). The repression and the return of bad objects. *British J. Medical Psychology*, 19: 327-341.
- Fairbairn, R. (1952). *Psycho-Analytic Studies of the Personality*. London: Routledge [versión castellana, Buenos Aires: Hormé].
- Ferenczi, S. (1909). Transferecia e Introyección . En *Ibid. Psicoanálisis. Obras Completas*. Madrid: Ed. Espasa Calpe. T.I.
- Ferenczi, S. (1919). La técnica psicoanalítica . En *Ibid. Psicoanálisis. Obras Completas*. Madrid: Ed. Espasa Calpe. T.II
- Ferenczi, S. (1921). Prolongaciones de la técnica activa en psicoanálisis. En *Ibid. Psicoanálisis. Obras Completas*. Madrid: Ed. Espasa Calpe. T.III
- Ferenczi, S. (1926). Las contraindicaciones de la técnica activa . En *Ibid. Psicoanálisis. Obras Completas*. Madrid: Ed. Espasa Calpe. T.III
- Ferenczi, S. (1928). La adaptación de la familia al niño. En *Ibid. Psicoanálisis. Obras Completas*. Madrid: Ed. Espasa Calpe. T.IV.
- Ferenczi, S. (1929). El niño mal recibido y su instinto de muerte. En *Ibid. Psicoanálisis. Obras Completas*. Madrid: Ed. Espasa Calpe. T. IV
- Ferenczi, S. (1929). Principio de relajación y neocatarsis . En *Ibid. Psicoanálisis. Obras Completas*. Madrid: Ed. Espasa Calpe. T. IV
- Ferenczi, S. (1934a). Reflexiones sobre el traumatismo . En *Ibid. Psicoanálisis. Obras Completas*. Madrid: Ed. Espasa Calpe. T. IV
- Ferenczi, S. (1934b). Confusión de lengua entre los adultos y el niño . En *Ibid. Psicoanálisis. Obras Completas*. Madrid: Ed. Espasa Calpe. T. IV
- Ferenczi, S. (1981). *Psicoanálisis. Obras Completas*. Madrid: Ed. Espasa Calpe. (Todos los artículos que se mencionen pertenecen a esta edición).
- Ferenczi, S. (1988). *Diario Clínico[1932]*. Buenos Aires: Ed. Conjetural. (También en Buenos Aires: Amorrortu, 1997)
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H. Moran, G. y Higgins, A. (1991). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12: 201-18.
- Freud, A. (1927). *Psicoanálisis del niño*. Buenos Aires: Ed. Imán, 1951.



- Freud, A. (1936). *El yo y los mecanismos de defensa*. Barcelona: Paidós, 1993.
- Freud, S. (1909). Análisis de la fobia de un niño de cinco años *Obras Completas*. Tomo X. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones, 1985.
- Freud, S. (1911). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. *Obras Completas*. Tomo XI. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1985.
- Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico *Obras Completas*. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1985.
- Freud, S. (1915a). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. *Obras Completas*. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1985.
- Freud, S. (1915b). Lo inconsciente. *Obras Completas*. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1985.
- Freud, S. (1919). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. *Obras Completas*. Tomo XVII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1985.
- Freud, S. (1985). *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1997). *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Genovés, A. (1998). La teoría del trauma en la obra de Ferenczi. En J. Jiménez Avelló y A. Genovés *Para leer a Ferenczi*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, 1998.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *Int. Journal of Psycho-Analysis*. 21: 1-2.
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby and the Attachment Theory*. Londres: Routledge.
- Jiménez Avelló, J. y Genovés, A. (1998). *Para leer a Ferenczi*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Kernberg, O.F. (1976) *La teoría de las relaciones de objeto y el psicoanálisis clínico* Buenos Aires: Paidós, 1979.
- Kesselman, H. (1978). *Las escenas temidas del coordinador de grupo*. Madrid: Fundamentos, 1981
- Khan, M. M. (1974). *La intimidad del Sí mismo*. Madrid: Saltés, 1980.
- Khan, M. M. (1983). *Locura y soledad*. Buenos Aires: Lugar editorial, 1991.
- Khan, M. M. (1988). *Cuando llegue la primavera. Tomas de conciencia en el psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Paidós, 1991.
- Killingmo, B. (1985a). Problems in contemporary psycho-analytic theory: I. Controversial issues. *Scandinavian Journal of Psychology*, 26: 53-62.
- Killingmo, B. (1985b). Problems in contemporary psycho-analytic theory: II. Lines of advance. *Scandinavian Journal of Psychology*, 26: 63-73.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and Deficit: implications for technique. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70: 65-79.
- Killingmo, B. (1995). Affirmation in Psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76: 503-518.
- Killingmo, B. (1997). The so-called rule of abstinence revisited. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 20, 144-159. [la traducción castellana se ha incluido en este mismo número de *Intersubjetivo*]
- Klein, M. (1952). The origins of transference. *The Writings of Melanie Klein*, 3. pp. 48-56. London: The Hogarth Press. (versión castellana: Buenos Aires, Paidós)
- Kohut, H. (1977). *Análisis del Self*. Buenos Aires: Amorrortu Ed.
- Lacan, J. (1966). *Ecrits. "Du sujet enfin en question"*. Paris: Seuil.
- Lacan, J. (1975). *El Seminario I: Los Escritos Técnicos de Freud (1953)*. Paris: Seuil (v. castellana: Barcelona: Paidós, 1981)
- Lacan, J. (1991). *Le Seminaire VIII: Le Transfert (1960-61)*. Paris: Seuil
- Laplanche, J. (1988). *Problemáticas. Vol. 1 La Angustia*. Buenos Aires: Amorrortu Ed.
- Laplanche, J. (1989). *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu Ed.
- Lichtenberg, J.D., Lachman, F.M. y Fosshage, J.L. (1992). *Self and Motivational Systems: Toward a theory of psychoanalytic technique*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Little, M. I. (1957). R. The analyst's total response to his patient's needs. *International Journal of Psycho-Analysis*, 38: 240-254.
- Little, M. I. (1951). Counter-transference and the patient's response to it. *International Journal of Psycho-Analysis*, 32: 32-40.
- Little, M. I. (1990) *Relato de mi análisis con Winnicott*, Buenos Aires: Lugar Editorial, 1995.
- Mahler, M. (1968) *Simbiosis humana: Las vicisitudes de la individuación*, Mexico: J. Moritz, 1972.
- Mahler, M. (1972) *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Marymar, 1977.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment: findings and directions for future research. en Parkes, Stevenson-Hinde y Marris (eds.) *Attachment across the life cycle*, Londres: Routledge.
- Main, M., Kaplan, K. y Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood. A move to the

- level of representation. en I. Bretherthon y E. Waters (eds.) *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*. 50: 66-104.
- Pavlovsky, E. (1974). *Clínica Grupal*. Buenos Aires: Búsqueda
- Pichón Rivière, E. (1971). *Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Galerna
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransferences. en *Transference and Countertransference*. London: Hogarth. (Versión castellana, Buenos Aires: Paidós).
- Reich, W. (1972). *La función del orgasmo*. Buenos Aires: Paidós.
- Reich, W. (1933). *Análisis del carácter*. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- Rosenfeld, H. (1974). Discussion on the paper by Greenson on transference: Freud or Klein. *International Journal of Psycho-Analysis*, 55: 49-51.
- Rosenfeld, H. (1987) *Impasse e interpretación*, Madrid: Tecnipublicaciones, 1990.
- Roudinesco, E. y Plon, M. (1997). *Dictionnaire de la Psychanalyse*, Paris: Fayard (v. castellana: Buenos Aires: Paidós, 1998).
- Sabourin, P. (1981). Visir secreto y cabeza de turco . En S. Ferenczi, *Psicoanálisis. Obras Completas*. Madrid: Ed. Espasa Calpe. T. IV.
- Sandler, J.; Dare, Ch. y Holder, A. (1973) *El paciente y el Analista*, Barcelona: Paidós, 1986.
- Searles, H. (1979). *Le contre-transfert*. Paris: Gallimard, 1981.
- Spence, D. (1982). *Narrative truth and historical truth: meaning and interpretation in psychoanalysis*. New York: Norton.
- Spitz, R. (1973). *El primer año de la vida del niño*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- Stern, D. (1995). *The Motherhood Constellation*. New York: Basic Books. [versión castellana: *La constelación maternal*. Barcelona: Paidós, 1997]
- Stolorow, R.D. y Atwood, G. (1992). *Contexts of Being*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Stolorow, R.D., Atwood, G. y Brandchaft, B. (Ed.) (1994). *The Intersubjective Perspective*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson.
- Thomä, H., Kächele, H. y Jimenez, J.P. (1986). La contratransferencia en una perspectiva histórico-crítica. *Revista de Psicoanálisis*, XLIII, 6.
- Winnicott, D. W. (1947). Hate in the Counter-Transference. Incluido en *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London: Tavistock.
- Winnicott, D. W. (1958) *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London: Tavistock. [Versión castellana: *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona: Laia, 1979]
- Winnicott, D. W. (1960a). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41: 585-595.
- Winnicott, D. W. (1960b). Counter-transference. *British Journal of Medical Psychology*, 33: 17-21.
- Winnicott, D.W. (1962). The theory of the parent-infant relationship- further remarks. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43: 238-239.
- Winnicott, D.W. (1965) *The Maturation Process and the Facilitating Environment*. London: Hogarth. [versión castellana: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* Barcelona: Paidós, 1992].
- Winnicott, D.W. (1978). El concepto de individuo sano. Incluido en D. W. Winnicott y otros. *Donald W. Winnicott*. (pp. 25-44). Buenos Aires: Editorial Trieb.
- Winnicott, D.W. (1989) *Sostén e Interpretación*, Barcelona: Paidós, 1992.

## Notas de Debate<sup>1</sup>

**Emilio Rodríguez, Alba Gasparino, Antonio García de la Hoz, Alejandro Ávila Espada, José Manuel Pinto, María Teresa Muñoz, Carmen Mosteiro, Antonio Avivar, Pilar Vivar, María Luz Rubí**

*Emilio Rodríguez:* Felicito a la mesa que me ha dado mucho estímulo para hablar y para debatir algunas cosas y aprender otras. Me llamó la atención una calidad de flujo entre los diferentes participantes que comienza con la confusión de lenguas y termina con un estudio sobre la confusión actual.

Me gusta mucho que la *Cenicienta* "Contratransferencia" pasara a ser Princesa, bonito término hoy recibe su coronación total y yo como discípulo de Paula Heimann estoy seguro de que ella estará muy contenta de se le de un lugar que nunca se le dio plenamente porque siempre hubo pequeños conflictos entre M. Klein y Paula Heimann en torno precisamente de ese término.

Ahora ustedes siguieron un linaje que pasa por Bowlby, Winnicott, me estoy quedando alguno? Balint y hay que ver más un poco la historia de eso porque cuando Ferenczi escribe confusión de lenguas ese trabajo fue sumamente rechazado creo que lo presento en un congreso de 1925 y fue rechazado y con él la teoría del trauma pasa a ser muy rechazada en la ortodoxia pero me parece a mi que tanto Ferenczi, Balint y como el propio Winnicott siguen en cierta medida la teoría del trauma y, en Bollas aparece todavía más concretizada, mas sofisticada.

Ahora yo creo que una tarea de ustedes, importante y difícil, es cómo compaginar toda esa vertiente psicoterapéutica con otros desarrollos. Lamento que M. Klein no aparece ni una vez nombrada

*Alba Gasparino:* Se ha presentado una versión abreviada, pero en el trabajo extenso se hace mención al desinterés de M. Klein por esta temática.

*Emilio Rodríguez:* Otra cosa sería el asunto de los puentes, o sea qué relación puede tener el objeto transicional con Lacan y el estadio del espejo. Ahí se puede hacer un lindo estudio comparativo. Otro sería comparar a Bollas que hace del analista un objeto muñeco, con Lacan que postula el analista como lugar del muerto. Ahora, cómo unir toda esta vertiente que se basa sobre el encuadre en el sentido más amplio y la interpretación. Tu intentaste hacer un abordaje de aproximación y hablaste de una brecha. Creo que esa brecha tiene que ser trabajada pero, por todo eso felicito a la mesa.

*Alba Gasparino:* Muchas gracias en nombre de todos.

*Antonio García de la Hoz:* Primero os felicito por la revisión histórica que habéis hecho en la ponencia que ya conocía porque me habías dado un avance del trabajo. Habéis seguido una tradición de psicoterapeutas psicoanalíticos que habéis denominado independientes. Y, a mi me da la impresión que los independientes que habéis nombrado son los que tratan de hacer una especie

de contradicción con la excesiva función -tal vez esto tiene que ver con lo que planteaba Emilio- excesiva función paterna en la tradición psicoanalítica clásica freudiana; y también hablabais de la función materna. Yo creo que esa tradición está así bien expresada a nivel crítico, pero corre un peligro a mi modo de ver, si esto se oye de una manera demasiado ingenua, de convertir a la psicoterapia en una especie de psicoterapia samaritana, blandengue, macrobiótica, vegetariana, que tal vez convierta al terapeuta en un hermanito de la caridad.

Yo creo que tampoco vosotros lo planteáis así pero visto desde otro lado puede parecer así. Son vericuetos para acompañar contener, tener relaciones afirmativas con determinados pacientes y a veces no son así las cosas; habéis nombrado más salud menos psicopatología; también habéis nombrado que esta tendencia psicoanalítica tiene más que ver con el trabajo de casos con trastornos límites, fronterizos, psicóticos, etc. lo cual creo que es correcto, pero con pacientes neuróticos sería bastante peligroso hacer cada uno lo que le parezca que es la psicoterapia samaritana.

*Emilio Rodríguez:* Una figura que echo en falta, que yo incluiría, es la de Marion Milner, interesante en esta temática.

*Antonio García de la Hoz:* Creo que sería oportuno definir mejor qué se entiende por Subjetividad. En vuestro trabajo da la impresión de que la subjetividad, como subjetividad del analista, está asociada a la Contratransferencia, pero en una dirección más teórica la subjetividad es el final de un recorrido que pasa por narcisismo, vínculo, subjetividad. A lo mejor se puede aclarar bien el uso de la palabra subjetividad.

*Alejandro Ávila Espada:* Quizás empezando por esto último el término subjetividad puede abarcar muchas cosas. Es un concepto que para definirlo puede requerir un trabajo específico. Nosotros nos hemos referido a la subjetividad del analista, al papel que la subjetividad del analista puede tener en la técnica. No ha sido nuestra intención, en este trabajo, que es fruto de un debate que sigue abierto, hacer una teoría de la intersubjetividad, ni hablar de la génesis de la subjetividad o, deslindar conceptos como subjetividad, vínculo, creo que eso ha sido abordado en otros trabajos, y merece un debate aparte.

En nuestra exposición creo que se ha reflejado la importancia de ese entorno facilitador, de esa segunda oportunidad para el desarrollo que puede tener lugar en la psicoterapia, pero también se ha advertido claramente de los extraordinarios peligros de la sobreprotección. Se ha resaltado, lo resaltan tanto los autores que nos han ayudado a reflexionar como nuestra propia experiencia que la sobreprotección es tan anuladora como el déficit, como la carencia. Que justamente intentamos trazar reflexiones en ese espacio intermedio, no en un polo o en otro sino en ese espacio intermedio en el cual es difícil moverse.

La figura del *samaritano* no entró en nuestros debates, y en un colectivo de

estudio que lo integran 12-14 personas las visiones son a veces, y con ello construimos. Algunos de nosotros, más bien nos inclinamos a partir de un punto hacia el *horror* de ser demasiado usados por el paciente y establecemos los límites necesarios de la privacidad como una necesidad tanto del terapeuta como del paciente. Otros tal vez lo podemos ver con menos peligro pero indudablemente el terapeuta no es el *Buen Samaritano*, aunque sobre la figura del buen samaritano se podría hacer una reflexión aparte.

No damos por cerrado nuestro debate, va a continuar, porque el espíritu con el que nació este trabajo fue: pensar, elaborar, hacer una presentación de nuestras reflexiones que nos han servido fundamentalmente para intentar mejorar nuestra práctica, e introduciendo nuevos elementos de debate como nos proponen Emilio y Antonio, eso es lo que nos permite seguir trabajando.

*Jose Manuel Pinto:* Tenéis razón ambos; cuando Emilio Rodríguez hablaba de que echaba en falta a M. Klein y Antonio García de la Hoz hablaba de que podría convertirse esta tendencia en una psicoterapia *samaritana*. Hay un artículo precioso, de 1997, lo hemos mencionado, de B. Killingmo que se titula "*Revisión de la llamada Regla de la Abstinencia*" donde hace un repaso a las objeciones a la Regla de la Abstinencia y habla de la propuesta que hace de cambiar el concepto de abstinencia por el de provisión óptima, dice Lindon que siempre se está gratificando, aunque solamente sea en la escucha, al paciente. Y Killingmo señala que es peligroso pensar solamente en la provisión a un paciente deficitario y lo argumenta de varias maneras; una de ellas básica es que un paciente deficitario, que tiene un trauma o falla ambiental, junto a esa falla ambiental a base de rencor, de odio a lo que le ha faltado, reconstruye el trauma de una manera patológica, entonces si no hay un apoyo de la interpretación de ese conflicto no se puede llegar verdaderamente a esa falla, entonces no es contradictorio en el trabajo con paciente deficitarios el trabajo de afirmarles por una parte y de hacer el análisis del conflicto, interpretándolo.

*María Teresa Muñoz:* Yo me sumo a las felicitaciones de que es objeto la mesa por su ponencia y lo único que quisiera es la de señalar un aspecto que como analistas creo que tenemos que tener en cuenta y es la Transferencia del analista sobre el paciente que no es la Contratransferencia. Me parece que es un concepto del que a veces hablamos poco quizás, en mi opinión, la transferencia del analista sobre el paciente tiene que ver con los conflictos del analista, los conflictos no resueltos, de esos puntos ciegos que todos, todos, tenemos en algún momento, y la Contratransferencia, como ya sabemos, y lo habéis expresado con mucha claridad es producto de la transferencia del paciente sobre el analista, sabemos a partir de Paula Heimann además que un elemento, es un instrumento de trabajo importante e imprescindible pero no así la Transferencia del analista sobre el paciente que puede perturbar severamente el proceso y que tenemos que estar muy atentos a distinguir a veces si lo que estamos en esos momentos teniendo en la cabeza es la Contratransferencia o es Transferencia nuestra hacia nuestros pacientes.

*Carmen Mosteiro:* No se si lo que voy a decir es una sugerencia o una asociación libre, pero en cualquier caso me es muy difícil cuando asisto a cualquier congreso o conferencia no pensar en algún paciente determinado, entonces, sobre todo esto que habéis dicho, estaba pensando en un paciente, tullido, físicamente deforme entonces, me ha sugerido un poco como todo esto de la Transferencia y la Contratransferencia, pero desde la propia vivencia del cuerpo, lo digo porque no es tanto la palabra, no es tanto el déficit del ambiente que decía José Manuel sino me pregunto qué pasa cuando el déficit es del cuerpo, hablando de subjetividad, una de las cosas más subjetivas es la vivencia de un cuerpo, como se puede integrar el déficit físico, no es pregunta sino una reflexión en voz alta.

*Antonio Avivar:* En primer lugar efectivamente, el trabajo me ha gustado muchísimo,. Me ha parecido como una forma de lo que me resuena a mi y me ha resonado en muchos de los momentos que aquí se ha revisado: Yo con mi grupo de trabajo definiendo lo que aquí se ha defendido, una revisión de la técnica, hay que intentar acomodarse, amoldarse a lo que hoy los tiempos van exigiendo; no se puede ir trabajando con los métodos ortodoxos puros y clásicos en cualquier ámbito; la parte que más me ha llamado la atención y que confirma alguna de estas cuestiones es, por ejemplo, cuando aquí se decía que la abstinencia es como un principio estratégico que hay que tener en cuenta, no como una postura en la que estar, que es lo que hasta ahora se ha ido manteniendo. O sea el psicoanalista se sienta en su diván y con su atención flotante y su abstinencia parece que lo trabaja todo y ahí se mantiene ahí una posición crítica. Luego ha habido otra cuestión respecto al *furor de curar*, que también es otro concepto clásico, ortodoxo, quizás del propio narcisismo del analista. A mí me parece mucho más oportuno ese sentido de contención, incluso de maternaje, de acompañar, de estar, de bajar con el paciente a su mundo y yo no creo que esto sea confundirlo con ningún samaritanismo, yo pienso que en momentos determinados de sufrimiento del paciente se debe de estar con él; se puede hacer mucho trabajo analítico sin que por ello haya que excluir este concepto de acompañamiento, de estar con el paciente. En tercer lugar algo muy debatido ya, que el año pasado se debatió en el congreso del *Centro Psicoanalítico de Madrid*, en el sentido de que entre la psicoterapia y el psicoanálisis parece que siempre ha habido como una frontera, aquí uno allá el otro, según que escuela, según la rigidez de criterio, yo creo que lo importante es hacer el trabajo que hay que hacer en la psicoterapia y en el diván; ¿qué psicoanalista no hace psicoterapia en muchas ocasiones, así como los psicoterapeutas no hacen intervenciones que pueden ser psicoanalíticas?

*Pilar Vivar:* Me gustaría comentar esta segunda parte. que ha introducido el compañero, que no recuerdo el nombre, cuando se hace contención o se hace apoyo no se hace en cualquier momento o en cualquier situación, sino que se ve muy bien en que momento de la terapia, con qué ritmo, a qué paciente y en qué situación, luego el contexto psicoanalítico no queda excluido.

*María Luz Rubí:* Esto que decían Pilar Vivar y María Teresa Muñoz lo asociaba con el lema de estas Jornadas: *EL PSICOANÁLISIS Y EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO*. ¿Hay un psicoanálisis para lo público y otro para lo privado? Desde el sistema público y en mi experiencia se pueden hacer trabajos muy serios y útiles, la mayoría de los pacientes que vienen son pacientes muy deficitarios, pacientes en los que sí puede dar entrada a todo lo que se está debatiendo. Y en el ámbito privado sucede otro tanto, la demanda ha evolucionado y los pacientes que acuden para una indagación analítica propiamente dicha son muy pocos.

*Alejandro Ávila Espada:* Hemos de ser respetuosos con el tiempo concedido, y nos toca concluir. La construcción de nuestro trabajo ha sido una experiencia muy atractiva porque a lo largo de veinticuatro sesiones de debate hemos ido construyendo esta aportación, algo provisional que seguirá trabajándose. Creo que hemos podido esclarecer algunas cosas que nos permiten deslindar mejor lo que María Teresa Muñoz ha llamado la Transferencia del Analista, y que esta recogida en nuestro trabajo en lo que son las posibilidades del uso técnico de la Contratransferencia. Creo que lo que a nosotros nos ha permitido divertirnos con esta construcción es que hemos reflexionado, hemos trabajado, evocado experiencias, hemos aprendido, algo de ello se incorpora a nuestra práctica y esperamos poder seguir aprendiendo de este debate y su continuación. Gracias a todos por vuestra escucha y participación.

---

## Epílogo

### El Buen Samaritano: “¿Y quién es mi prójimo?”<sup>4</sup>

Nos dice Winnicott que “*los analistas no admiten fácilmente su aversión a verse sometidos a tensiones que no son de su propia factura*” que son las que generan, en especial, aquellos pacientes con patología severas: psicóticos, borderlines, narcisistas graves, etc. Pacientes antes inadecuados, “*perdidos*” para el psicoanálisis y que entrañaban un riesgo al entrar en un tratamiento, ya que no podía establecerse con ellos una alianza terapéutica a causa de su negatividad.

Ferenczi afirmaba que a causa de un vacío representacional el paciente introyecta a su analista como figura narcisizante y, así como el niño hace con el adulto, le traslada sus fantasías de omnipotencia. Muchos terapeutas por la falta de investigación de su contratransferencia asumen ese lugar de fatua superioridad. Conocer implica conocerse y por ello es una garantía para el éxito del tratamiento el análisis prolongado del propio terapeuta.

El mismo autor pensaba que la actitud que podría hacer un eficaz contrapeso a la situación traumática de los pacientes, debería estar basada en una respuesta de interés real y en una voluntad de ayudarlos que fuera “*amistosamente benévola*”, sin por ello abandonar el análisis de la transferencia. Su insistencia en evitar las consignas demasiado rígidas e hipócritas de los padres autoritarios y los maestros sádicos, el “*no caer en la severidad ni en el amor fingido*” tendrán como consecuencia, “*aunque siempre haya que dejar al paciente insatisfecho*”, que repita en el tratamiento “*sus reacciones a la privación, aunque en mejores condiciones que en la infancia, para corregir las perturbaciones del desarrollo*”.

Una profundización de lo expuesto lo enunciará Winnicott. como la “*atmósfera emocional contenedora*” que proveerá, para quienes hayan sufrido un derrumbe originario por un fallo ambiental, las condiciones para un *new beginning* (Balint).

La relación entre una madre suficientemente buena con su niño es la que proporciona el marco a la relación terapeuta/paciente en las patologías muy graves, en las que hay un retorno a estados muy tempranos de extrema dependencia, de *attachment* (Bowlby) que otorga seguridad para los que necesitan medios correctivos, de *sostén*, una madre terapeuta/ nutriente, un terapeuta/objeto para ser usado por el paciente (Bollas), etc., para continuar el desarrollo.

El modelo de la relación de la madre suficientemente buena con su niño, nos remite a la noción de *terapeuta continente* (Bion) y al *Yo-piel* (Anzieu) definido como una envoltura llena de bondad y sensación de plenitud conformadas por el amamantamiento, los cuidados y los baños de palabras. Rescatamos el valor de las *interpretaciones afirmativas* de Killingmo en los pacientes de déficit, actitudes y baño de palabras que legitiman la subjetividad del paciente.



M. Khan expresa que el *holding* es una función del marco analítico total, mientras que el *management* es en gran parte un acto interpretativo, al que muchos analistas, en general, matiza, son adeptos. La combinación de ambos, sobre todo en el análisis de adultos, facilita el “soportar las demandas molestas de los pacientes” El autor propone un mutuo compartir en el que paciente y terapeuta corran el riesgo de establecer un vínculo en el que ambos puedan aprender y beneficiarse con ello. Tarea que muchas veces requiere un largo *holding* en el que se debe dejar de lado el deseo de curar síntomas. Habría que respetar el “valor autoprotector y autocurativo de la patología psicosexual” de un paciente “por más agotador, amenazado, amenazador (tanto para el paciente como para el analista) y aburrido para el oyente”

No descartamos los peligros de las “madres (terapeutas) demasiado suficientemente buenas”, como las denomina Khan, que pueden con sus excesivos cuidados, inhibir la agresividad del niño. Deducimos, como pide Khan, un dosaje del sostén y de la orientación de los analistas.

Por último transcribimos un párrafo de una carta de Winnicott: “Existe un gran peligro que se divulgue una idea sentimental sobre el psicoanálisis, el trabajo de asistencia social o el hecho de ser un padre o una madre.” Para él una idea sentimental es aquella que no incluye al odio o a la agresión, lo cual negaría la realidad psíquica.

Evidentemente no estamos ofreciendo el modelo de un terapeuta sacrificado, si así se entiende ser “un buen samaritano”, sino como dice el libro de San Lucas, alguien que se interroga sobre quién es su prójimo, libre de todo prejuicio personal o teórico. Más aun, qué hacer, como se preguntaban coincidentemente Ferenczi y Winnicott, para que “la vida (de los pacientes deficitarios ) valga la pena de ser vivida”.

## Notas

<sup>1</sup> Transcripción, con leves correcciones sintácticas y eliminación de reiteraciones, del debate surgido tras la presentación de una versión abreviada del trabajo «La Subjetividad en la Técnica Analítica. Escucha en acción» por el Grupo de Investigación de la Técnica Analítica (GRITA) en las VI Jornadas Internacionales Grupo, Psicoanálisis, Psicoterapia organizadas por SEGPA, Nerja (Málaga), 6 y 7 de Noviembre de 1998.

<sup>2</sup> Ordenados según el turno de su primera intervención en el debate.

<sup>3</sup> Esta reflexión se hizo posteriormente y figura como epílogo.

<sup>4</sup> La redacción de este epílogo ha sido a cargo de Alba Gasparino.

---