

LA CONTRATRANSFERENCIA EN WINNICOTT.

A lo largo de este trabajo, se va a hacer un desarrollo del término de contratransferencia, unido a su par indisoluble en el proceso psicoanalítico, a saber, la transferencia. A continuación, se seguirá su desarrollo en el transcurrir del tiempo, destacando los principales autores que se han ocupado de su estudio. Para terminar, deteniéndome en el trabajo de Donald Winnicott y su particular concepción sobre ella.

TRANSFERENCIA VERSUS CONTRATRANSFERENCIA

El término transferencia no es exclusivo del psicoanálisis. Por el contrario, es considerado un fenómeno universal e inconsciente, el cual describe la forma peculiar en la que cada uno percibimos la realidad, dependiendo del bagaje acumulado, desde nuestra primera infancia (sentimientos, frustraciones, dificultades, conflictos, deseos, etc.).

Freud a lo largo del trabajo clínico con sus pacientes, fue observando de manera sistemática, como llevaban a la sesión analítica lo que les acontecía en su vida diaria. Además, percibió “in situ” el despertar de fuertes emociones y pasiones hacia el terapeuta. Pronto, gracias a su perspicaz inteligencia, pudo asociarlo con la tendencia a tratar al analista, de forma similar a sus anteriores relaciones con las figuras arcaicas más significativas de su vida.

Así, fue perfilando los pilares de su teoría, incorporándolo gradualmente, junto a Sandor Ferenczi, como componente de la relación terapéutica. Entendiendo por transferencia, según Roudinesco: <<un proceso constitutivo de la cura psicoanalítica, en virtud del cual los deseos inconscientes del analizante concernientes a objetos exteriores se repiten, en el marco de la relación analítica, con la persona del analista, colocado en la posición de esos diversos objetos>>. (1) Siendo su primera alusión en una pequeña referencia en Estudios sobre la Histeria (1895) y refiriéndose más ampliamente al fenómeno, en Fragmento de análisis de un caso de histeria (1905).

El psicoanálisis de hoy en día se basa precisamente en el trabajo conjunto entre analizado y analizando, en la elaboración de todas las emociones y conflictos que el paciente lleva a la consulta de manera consciente e inconsciente, expresándose el material reprimido, a través de la proyección de fantasías, deseos y emociones dirigidas al terapeuta.. Considerándose el método fundamental, el análisis de transferencia, tanto la neurosis como la psicosis transferencial. Que unido a la contratransferencia, forman la piedra angular del trabajo psicoanalítico.

Para que este trabajo sea posible y el paciente pueda desarrollar su transferencia, de forma pura, el terapeuta tiene que crear un encuadre neutral, así como cuidar su propia actitud para no contaminar afectivamente al paciente. Por este motivo, se implanta la necesidad de su propio análisis personal, en el que pueda trabajar sus propios núcleos neuróticos y psicóticos, ya que como persona no está exento de ellos. Trabajo analítico, en el que pueda conocer y elaborar sus conflictos, ansiedades, fantasías, etc., conteniéndolos y no actuándolo con el paciente.

El concepto de contratransferencia, definido como el conjunto de reacciones y sentimientos que el analista experimenta respecto al paciente, ha despertado desde su concepción, serias polémicas en las diferentes escuelas dentro del movimiento psicoanalítico.

Ya desde su descubrimiento, la contratransferencia fue puesta por su padre, en una relación dinámica con la transferencia del paciente (1910) <<ella surge en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente>>. Señalando: <<cada psicoanalista sólo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores>>. (1910). Para ello, implanta el análisis didáctico como medio para resolver los <<puntos ciegos>> de los analistas.

La contratransferencia, mantuvo durante décadas su imagen negativa, debido a la interpretación literal de las recomendaciones técnicas de Freud: <<sé aséptico como un cirujano en el quirófano>>, <<sé el reflejo de un espejo>>. Siendo muy importante para entender todo este proceso, saber que para él era fundamental se considerase el psicoanálisis como método científico. Esto le hace prevenir y luchar contra las resistencias exteriores, y también, contra las interiores que ponían en peligro este objetivo. Por tanto, le daba gran valor a la comprensión del paciente de una manera pura, sin contaminaciones colaterales, producidas por las valoraciones personales. Anhelaba, que a través de los análisis didácticos, se produjera uniformidad entre los diferentes analistas. Después, tuvo que aceptar a su pesar, que aún eliminada la contratransferencia, prevalecía el peso individual de cada profesional.

Todo esto, contribuyó a que las trayectorias de la transferencia y contratransferencia, fueran divergentes. Mientras la transferencia, enseguida pasó a erigirse como el principal instrumento técnico del psicoanálisis, la contratransferencia, tardó casi 40 años, en poder desprenderse de ese <<halo>> de contaminación que la envolvía.

De esta actitud de asepsia y neutralidad científica, se instauró una conducta de rechazo hacia la contratransferencia y los puntos neuróticos del analista, desarrollándose una disposición evitativa, casi fóbica, hacia los sentimientos. La responsabilidad profesional <<exige>> al analista, evitar influencias desfavorables, y la contratransferencia llegó a ser el emblema de ellas.

Fue el patito feo del psicoanálisis, que nadie quería mirar de frente, durante 30 ó 40 años. Sólo después de convertirse en bello y elegante cisne, se empezarán a vislumbrarse sus cualidades, que algunos ya intuían. Siendo necesario un gran lapsus de tiempo para que se produjera la aceptación de esta metamorfosis. Numerosos psicoanalistas contribuyen al enriquecimiento de este concepto. Entre ellos Balint (1939), Winnicott (1949), Racker(1948), Reich (1951), Heimann(1950), Little (1951) etc.

Me voy a detener en la original contribución de Heimann, la cual marca un hito en el reconocimiento de la contratransferencia. Con una sutileza exquisita, debido a lo delicado de su situación. Primero, hace caso omiso de los consejos de su mentora Melanie Klein, de la no conveniencia de escribir en esta línea. Publicando "On counter

transferencia (1950) en el congreso internacional de Zurich (1949). Y en segundo lugar, de una forma muy inteligente, tiene en cuenta la percepción del desasosiego que todos los cambios producen, sin ser los analistas una excepción. Mitigando estos posibles efectos, por medio de la conexión de sus desarrollos sobre el tema, con los de Freud. Para ello alude a las malas interpretaciones que se habían hecho de sus recomendaciones. Leyéndolas de forma literal sin tener en cuenta el contexto histórico en que son gestadas. (2)

Definiendo, el término: <<La contratransferencia del analista es, no sólo parte esencial de la relación analítica, sino que es la creación del paciente. Ella es una parte de la personalidad del paciente>> (1950). Su contribución, tiene consecuencias dignas de enumerar, entre ellas, su presentación en 1950 marca el cambio de rumbo, hacia la concepción total, en que todos sentimientos del analista respecto al paciente, son considerados como contratransferencia. Señalando, la importancia de la misma como ayuda diagnóstica esencial y también, como herramienta de investigación psicoanalítica, explicándola como originaria del paciente. Por último, alude a la importancia de que el analista se deje llevar por la contratransferencia, ya que cuanto más se abra, su diagnóstico será proporcionalmente más fidedigno. Puesto que en un principio, su origen fue explicado por la identificación proyectiva, en el sentido de Klein.

De haber sido considerada como la creación neurótica del analista, frente a la transferencia del paciente (que en lo posible debía ser evitada), pasa a ocupar un lugar esencial en la relación analítica.

En definitiva, a lo largo de este escrito quizás encontremos respuestas o por el contrario se vayan perfilando nuevas cuestiones. El único objetivo, sea como sea, podamos pensar libremente, desde nuestra percepción e ir construyendo nuestro propio estilo personal.

HISTORIA DE LA CONTRATRANSFERENCIA

A continuación, siguiendo un eje cronológico, desarrollaré las diferentes perspectivas, de autores que han opinado y trabajado sobre el concepto de contratransferencia.

El primero en mencionar la reacción que tenía el analista ante un paciente fue Sandor Ferenczi, comentándole a Freud a través del intercambio epistolar que ambos compartían <<Tengo una excesiva tendencia a considerar como propios los asuntos de los enfermos>> (3). Freud, usa el término por primera vez, en una carta que le escribe a Carl Gustav Jung en 1909. Presentándola, como un obstáculo a superar para la técnica psicoanalítica, afirmando que el analista nunca debe ofrecer nada al paciente proveniente de su propio inconsciente. A lo largo de su evolución profesional, nunca estimó la posibilidad de utilizar la contratransferencia, de una forma activa en el desarrollo del análisis. Aunque si de forma implícita, reconoció la utilidad de los sentimientos del analista, para poder descubrir la vida psíquica del paciente y su relación con el psicoanalista.

En cambio Ferenczi que al principio estaba de acuerdo con Freud, posteriormente discrepa de él, desarrollando la "técnica activa", consistente en dar muestras directas de afecto y ternura al paciente, junto al "análisis mutuo" en el cual el paciente y analista dirigen la cura a la par. Siendo una persona intuitiva y sensible, pronto empieza a darse cuenta de la importancia de sus propias sensaciones despertadas en el curso analítico, escuchándose y entregándose al paciente para que pueda liberarse de la relación transferencial, y así diluirse la artificialidad de la relación analítica clásica.

La concepción de Ferenczi, se ve reflejada en mayor o menor medida, en la escuela inglesa y en la Psicología del Yo.

Glover (1927) distingue entre contratransferencia negativa y positiva, considerándola como reacción a la neurosis del paciente.

En O. English y G. Pearson (1937) encontramos la primera definición amplia de contratransferencia, en la que no se restringe a la reacción neurótica del analista frente al paciente, sino que dan un paso más allá, abarcando todo los sentimientos del analizando respecto al analizado.

E. Balint (1939) define la contratransferencia como el conjunto de todos detalles que mostramos al paciente (ambiente de consulta, frecuencia de sesiones, aspecto físico del terapeuta, tono emocional en las intervenciones) afectándole en su transferencia.

Me acerco a Winnicott (1949) haciendo una breve reseña, para posteriormente desarrollar su ideología al respecto. Culminando el artículo con sus originales aportaciones, sobre cómo trabaja de una manera flexible y <<usa>> la contratransferencia, adaptándose al diagnóstico del paciente. Simplemente señalar, como él distingue tres posibles tipos de actitud, que debe de tener en cuenta el terapeuta.

Paula Heimann (1950) da un viraje a la concepción de la contratransferencia. Transfigurándolo de patito feo a hermoso cisne, lo hace con una gran sutileza, no disintiendo de Klein, ya que ésta no tenía una actitud positiva, respecto a la publicación sobre este tema. La opinión básica de esta autora, es que el inconsciente del analista engloba al del paciente, y esta comprensión en lo más profundo del inconsciente es la que emerge en los sentimientos del analista, percibiéndolo como respuesta a la comunicación y proyecciones que recibe del paciente. Denominando contratransferencia a la globalidad de estos sentimientos. Entendiendo esta comunicación, entre la pareja terapéutica, como la más directa y dinámica.

Margaret Little (1951) en su concepción de la contratransferencia, incluye la actitud total del terapeuta respecto a su paciente. Diferenciando de su colega Heimann, en su visión indisoluble, entre paciente y terapeuta, teniendo éste la obligación de comunicar toda contratransferencia. (4).

R. Fliess (1951) asemeja la contratransferencia para el terapeuta como la transferencia para el paciente, pero así como la transferencia es necesaria, la contratransferencia la considera una contaminación para el proceso. Entendiéndola como una identificación regresiva, en oposición a la identificación no regresiva que sería la empatía. (5)

Al hilo de este recorrido, me parece interesante profundizar en la línea de pensamiento de R.E. Money-Kyrle (1956), acorde con Heimann, para poder entender el proceso contratransferencial. Este autor, plantea que la identificación e interés por el paciente, surge de dos impulsos: el reparativo (como el extremo de un continuo dinámico, siendo el opuesto las tendencias destructivas, característico de la naturaleza humana) y el parental. Cree que el terapeuta, a pesar de percibir objetos e imágenes diversas del paciente, prioriza su atención, hacia el niño inconsciente de éste. A través de su propio análisis y reconocimiento de su self temprano, puede comprender el del paciente y devolverle, su comprensión.

Según Money-Kyrle, el precursor de todo este dinamismo transferencial-contratransferencial será la proyección e introyección. Por medio de la comunicación el terapeuta se identifica introyectivamente con el paciente, entendiéndolo por su movimiento interior, para proyectarlo al mundo externo, una vez metabolizado y elaborado, denominándola contratransferencia normal.

Todo este proceso, se paraliza cuando el terapeuta queda identificado introyectivamente con un aspecto que él no entiende. Produciéndose una etapa de oscuridad. El único camino llegados a esta encrucijada, es que el terapeuta tenga la capacidad <<de no saber>>, con un superyo benévolo, permitiéndole el tiempo necesario para ir discriminando los aspectos que el paciente está introyectando. Puesto que si se precipita una intervención, sin medida, habrá que pagar el precio de consecuencias indeseables para el tratamiento.

H. Racker (1948 1960) llevando a cabo un estudio pormenorizado del concepto de contratransferencia, sus diversos aspectos y formas. Observa y explica el concepto desde tres ángulos diferentes, acorde con los planteamientos freudianos: como obstáculo o puntos ciegos del analista, como instrumento útil para el desarrollo del proceso analítico y como forma de vivirse de manera distinta al analizado.

Demarca el grado de implicación del Yo del analista, a la hora de experimentar contratransferencialmente. En unos casos, son vividas como fantasías, asociaciones donde el Yo del analista se siente ajeno, denominando a esto <<ocurrencias contratransferenciales>>. Distinguiéndolas de las <<posiciones contratransferenciales>>, en que el Yo del analista, se siente desbordado por estas sensaciones, existiendo el peligro del acting, como única salida. La dinámica de la contratransferencia, depende de la propia neurosis del analista, de su propia elaboración o no de sus fantasías y conflictos infantiles. Pudiendo tender a la repetición, actuando, en lugar de ser consciente y elaborar.

También, es muy valiosa su aportación, sobre la distinción entre identificaciones concordantes y complementarias, en el campo de la contratransferencia. El terapeuta

para poder entender al paciente, tiene que identificarse con éste, concretamente cada parte de él tiene que identificarse con la correspondiente de aquél: yo con yo, superyo con superyo, ello con ello, elevando estas percepciones a su consciencia. A este proceso lo denomina identificaciones concordantes. Las identificaciones complementarias son por las que el analista se identifica con los objetos internos del analizado.

Sandler (1976) aporta una visión importante para la comprensión de la contratransferencia. Entendiéndola como una interacción entre paciente y analista, en la cual cada uno intrasiquicamente intenta imponerse al otro. Abriendo la posibilidad, de una autorreflexión del terapeuta, cuando reacciona de una manera irracional ante el paciente, por un lado sus propias dificultades. Esa es una posibilidad, la otra sería, la no consciencia por su parte del papel que el paciente trata de imponerle. Solamente podrá llegar a buen puerto el análisis, si el terapeuta consigue discernir que sus sentimientos no son autóctonos, sino una interacción entre sus propios elementos y los que el paciente trata de imponerle.

León Grimberg (1962) define un nuevo concepto <<la contraidentificación proyectiva>> diferenciándola de las identificaciones concordantes y complementarias de Racker. Destacando que la respuesta de contraidentificación proyectiva por parte del terapeuta, no es debido a sus propios conflictos, por el contrario afirma que se debe casi en totalidad a la identificación proyectiva, percibida por el analista de forma pasiva. Quiriendo enfatizar que el analista es <<movido>> desde fuera. En un trabajo más reciente (1982), que se titula Más allá de la contraidentificación proyectiva, Grinberg intenta integrar su punto de vista anterior dentro de una concepción interaccional, donde el analista ya no es un pasivo receptor de las proyecciones del paciente.

PENSAMIENTO DE WINNICOTT SOBRE LA CONTRATRANSFERENCIA

Winnicott en su artículo “El odio en la contratransferencia”, basado en un escrito leído ante la Sociedad Psicoanalítica Británica, el 5 de febrero de 1947. Va un paso más allá y señala el aspecto esencial dentro de la contratransferencia, en el trabajo con pacientes psicóticos. Esto es, siguiendo con el símil de la pareja de crianza -madre y nonato o recién nacido- alude a la imprescindible consciencia del odio objetivo, tanto en la madre como en el terapeuta. El cual tiene que estar preparado para adaptarse a las necesidades especiales de estos pacientes, siendo imprescindible para que el análisis pueda llevarse a cabo, su odio sea consciente y bien delimitado. Manteniéndose en reserva para ser interpretado en el momento adecuado. Simplemente porque objetivamente el análisis con este tipo de pacientes es molesto, siendo personas que movilizan mucho emocionalmente. Señala: <<El analista debe estar preparado para soportar la tensión sin esperar que el paciente sepa lo que está haciendo, tal vez durante un tiempo bastante largo. Para esto el analista debe serle fácil asumir sus propios temores y odios. Se halla en la situación de la madre de un nonato o de un recién nacido. A la larga, debe ser capaz de decirle al paciente lo que él, el analista, ha experimentado en si mismo, aunque puede que el analista no llegue tan lejos>>. (6).

Considerando imprescindible, este odio, sea encontrado objetivamente, cuando el paciente lo busca. Ya que es necesario, para que algunos pacientes puedan adaptarse a la realidad y así, darse por terminado el análisis. Afirma: << (...) En el análisis de psicóticos el analista pasa mayores apuros para hacer que su odio siga siendo latente, cosa que únicamente logrará siendo plenamente consciente de ello. Quiero añadir que en ciertas etapas de ciertos análisis el paciente llega efectivamente a buscar el odio del analista, y lo que entonces se necesita es un odio objetivo. Si el paciente busca odio objetivo o justificado, debe ser capaz de encontrarlo, de lo contrario es imposible que se crea capaz de encontrar *amor objetivo*>> (7) (la cursiva es mía).

Previendo, de lo peligroso que puede ser para el paciente la interpretación del odio objetivo, sino se lleva a cabo con sumo cuidado y sabiendo muy bien lo que se está haciendo. Explica: << (...) seguimos con la necesidad de discutir la cuestión de la interpretación del odio del analista para con el paciente. Se trata, evidentemente, de una cuestión preñada de peligros y a la que debe dedicarse una sincronización de lo más cuidadosa. Pero creo el análisis es incompleto, si incluso cerca de su final, el analista no le ha sido posible decirle al paciente lo que él, el analista, hacia a escondidas del paciente mientras éste estaba enfermo, durante las primeras etapas. En tanto no se haga esta interpretación el paciente es mantenido en cierta forma en la posición de un pequeño, de un pequeño incapaz de comprender lo que debe a su madre>> (8).

Determinados pacientes, entre ellos los psicóticos, no pueden revivir sus primeras experiencias satisfactorias de la infancia, ya que nunca tuvieron lugar, siendo el analista la primera persona que se las puede aportar. No representa a la madre, es la madre. Acomodándose la técnica psicoanalítica, para poder dar respuesta a sus necesidades especiales, señalando el diferente significado para un neurótico y un psicótico lo que el analista ofrece “Para el neurótico, el sofá, la habitación caldeada, la comodidad pueden *simbolizar* el amor materno para el psicótico sería mejor decir que estas cosas constituyen la expresión física del amor del analista. El sofá es el regazo o el vientre del analista, la temperatura de la habitación es el calor vivo del cuerpo del analista y así sucesivamente” (9). Añade: “El analista debe desplegar toda la paciencia, tolerancia y confianza de una madre dedicada a su pequeño; debe reconocer como necesidades los deseos del paciente; debe apartar de sí otros intereses a fin de estar disponible puntualmente y de ser objetivo; y debe dar muestras de querer dar lo que en realidad solamente se da debido a las necesidades del paciente”. (10)

Posteriormente, en su artículo “La contratransferencia” trabajo presentado en un simposio sobre la contratransferencia, Londres, en 1959. Define tres tipos diferentes de actitud del analista, a saber, el primero, nos lleva a un callejón sin salida, en el que el analista se encuentra con sus puntos ciegos y la única opción es la continuación de su análisis personal. El segundo nos habla de la “actitud profesional” y técnica del analista, en la que sus identificaciones y tendencias personales, aportan el marco adecuado para su labor analítica y definen su propio estilo de trabajo. Y por último, nos menciona la flexibilidad del terapeuta, adaptándose a las necesidades del paciente, dependiendo del diagnóstico. Alude a esta variación del rol del analista, cuando se trabaja con casos fronterizos, concretamente con pacientes antisociales y con pacientes que necesitan una regresión.

Los pacientes que necesitan una regresión, tendrán que pasar por una fase de dependencia infantil. Señala "(...) Para que en este caso el self verdadero oculto se haga reconocer, el derrumbe del paciente formará parte del tratamiento, y el analista tendrá que ser capaz de interpretar el rol de la madre para el infante del paciente. Esto significa brindar un yo auxiliar en gran escala. El analista tendrá que seguir orientado hacia la realidad externa, mientras de hecho se identifica con el paciente, incluso se fusiona con él" (11)

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

A partir que Winnicott empieza a desarrollar sus propias aportaciones psicoanalíticas, describe la "madre suficientemente buena" y la díada madre-hijo, como modelo de tratamiento psicoanalítico. Otorga a la madre una capacidad especial para hacer lo adecuado, ya que sabe exactamente como se siente su hijo. Definiéndolo como la "preocupación maternal primaria" estado de profunda sensibilidad durante el embarazo y los meses siguientes, después del parto. Explica "Sólo si la madre se halla sensibilizada tal como acabamos de exponer, podrá ponerse en el lugar del pequeño y, de este modo, satisfacer sus necesidades. Éstas, al principio son corporales, pero paulatinamente pasan a ser necesidades del yo, a medida que la psicología va naciendo de la elaboración imaginativa de la experiencia física" (12). Trasladándolo al trabajo psicoanalítico: "En nuestra labor terapéutica son incontables las veces en que nos encontramos ligados a un paciente; pasamos por una fase en la que somos vulnerables (como lo es la madre) debido a esa participación nuestra; nos identificamos con el niño que depende temporariamente de nosotros en grado alarmante; observamos cómo el niño se va desprendiendo de su falso self; presenciamos el comienzo de un verdadero self, un self verdadero con un yo que es fuerte porque, tal como lo hace la madre con su bebé, hemos podido proporcionar apoyo yoico. Si todo sale bien, tal vez descubriremos que un niño ha surgido, un niño cuyo yo puede organizar sus propias defensas contra las ansiedades inherentes a los impulsos y las experiencias del ello. Un "nuevo ser" está naciendo, merced a nuestro trabajo, un verdadero ser humano capaz de tener una vida independiente. La tesis que propongo aquí es que lo que hacemos en la terapia equivale a un intento de imitar el proceso natural que caracteriza la conducta de cualquier madre con respecto a su propio bebé. Si estoy en lo cierto, la pareja madre-bebé es la que puede proporcionarnos los principios básicos para fundamentar nuestra labor terapéutica, cuando tratamos con niños cuyo temprano contacto con la madre fue deficiente o se vio interrumpido. (13)

Y para terminar, añadiré unas breves pinceladas de cómo Margaret Little vivió su análisis con Winnicott. Siendo sostenida y proporcionándole un ambiente facilitador donde le iba proveyendo de contención y confianza, como sostén de la cura. Dando lugar a una situación de regresión a la dependencia y de transferencia delirante. Escribe <<El psicoanálisis común no surtió efecto, y necesite una regresión profunda al nivel de la dependencia total, a partir de la cual he podido desarrollarme, sin bien en forma tardía hasta convertirme en una *persona más madura, equilibrada y real*>>(la cursiva es mía)(82)

Little comienza su análisis con Winnicott en 1949, a los 48 años, trece años después de la primera vez que demanda ayuda psiquiátrica. Básicamente Little presenta un miedo a su aniquilación total. Tenía miedo- “ese terror que sólo los niños pueden experimentar”. (Jane Eyre, capítulo 3)- a la destrucción total, al desmembramiento de mi cuerpo, a volverme irremediablemente loca, a ser borrada, abandonada y olvidada por todo el mundo como alguien que nunca hubiera existido_” y echada a las tinieblas de afuera” SAN MATEO 22:13.

Ella menciona su primera entrevista como corta, de unos quince minutos. Winnicott no escribe pero de alguna forma va comprendiendo lo que le perturba, “lo que mi corazón necesitaba” (George Elliot). Poniendo el pretexto de su relación amorosa para no comenzar su análisis, él acepta, sin interpretar y le reserva horario. No tarda en regresar, para emprender su análisis. Repitiéndose la situación de terror, como no podría ser de otra forma... Se recostó en el diván acurrucada y cubierta completamente con una manta. Winnicott la sostiene, diciéndole “En realidad no lo sé, pero me parece que por alguna razón me está evitando”. Winnicott le provee un sostén y le muestra sus límites, admitiendo su “no saber”, lo que provoca en Little alivio.

En una sesión posterior, presa de su angustia, debido a que cree que nunca logrará hacerse comprender. Lleva a cabo un acto en el que escenifica su propia fragmentación: << En una de las primeras sesiones sentí con desesperación que nunca lograría hacer que entendiera nada. Recorrí el consultorio intentando encontrar un medio. Me vi arrojándome por la ventana, pero pensé que él me detendría. Luego, se me ocurrió arrojar todos sus libros, pero finalmente me lancé sobre un florero con lilas blancas, lo hice trizas y lo pisoteé. De pronto, salió de la habitación, pero regresó cuando ya terminaba la hora. Me encontró ordenando el revoltijo y exclamó: <<podría suponer que haría eso (¿ordenar o romper?) pero más adelante >>. Al día siguiente, una réplica exacta había reemplazado el florero con las lilas y unos días después, me explico que yo había roto algo valioso para él. Ninguno de los dos volvió a referirse a ese episodio, y ahora no parece extraño, pero creo que si hubiera ocurrido más adelante probablemente él hubiera reaccionado de otro modo. Pero en este caso, me resulto tan como mis peleas con la señora Sharpe o con mi madre, y hasta hace poco lo tenía olvidado. Muchos años después de haber terminado el análisis, mientras le pedía su opinión acerca de un paciente muy alterado que me hacía daño a sabiendas y, en repetidas ocasiones, le recordé que yo lo había agredido. El estuvo de acuerdo en eso, pero agregó <<que había resultado útil>> (45).

Winnicott se retira para no volcar su odio contratransferencial, evitando un caos, como el vivido por Little en su infancia. Se ausenta, buscando la calma y acepta su falla cómo analista (un analista suficientemente bueno). No interpreta la agresión, ya que lo entiende como parte de la regresión a la dependencia. Al reponer el florero, con uno idéntico, sale de la zona de *ilusión de omnipotencia*, sobreviviendo al ataque y por tanto, permitiendo, *ser usado*.

Unas semanas después Little cuenta el incidente que vivió en una sesión posterior:<<(…) unos espasmos de terror recurrentes se apoderaron de mí. Una y otra

vez sentí que la tensión crecía en todo mi cuerpo, alcanzaba un clímax, luego se apaciguaba sólo por unos segundos y volvía a empezar. Me aferré a sus manos con firmeza hasta que me libre de los espasmos. Al finalizar, dijo que creía que yo estaba reviviendo la experiencia de mi nacimiento; sostuvo mi cabeza unos minutos ya que inmediatamente después de nacer, al bebé podía dolerle la cabeza y tal vez la sentiría pesada por un tiempo. Todo parecía concordar, ya que era el nacimiento a una relación...>> (45).

Para Little Winnicott no representaba a su madre, en su delirio transferencial él era su madre << (...) para mí las manos de D. W. eran el cordón umbilical, su diván la placenta, y la manta las membranas; todo esto más allá de todo nivel consciente hasta una etapa mucho más avanzada. Nunca se hablo de delirio-yo lo reconocí tiempo después -pero por su comportamiento-, él lo aceptaba tácitamente, al entrevistarse conmigo en ese nivel, pero siempre manteniendo su propia madurez y realidad>>. (92)

Afirma que gracias a su confiable sostén y a la aceptación de una relación directa, comenzó a confiar en D. W y a hallar continuidad y una especie de *situación de alimentación mutua*.

Elisa Peinado Muñoz
Psicóloga-psicoterapeuta

Notas:

(1) Elisabeth Roudinesco y Michel Plon en *Diccionario de psicoanálisis*. Paídos. 1998, p. 1079.

(2) Este tema se desarrolla en <<Contratransferencia: encuentro con la subjetividad>>.

(3) Elisabeth Roudinesco y Michel Plon en *Diccionario de psicoanálisis*. Paídos. 1998, p.195.

(4) En este punto sería interesante la reflexión, sobre los peligros subyacentes de que un terapeuta comunique, sin medida la contratransferencia a su paciente. Según Joan Coderch, al cual me adhiero "(...) El terapeuta debe utilizar sus sentimientos contratransferenciales para captar mejor aquello que el paciente le está comunicando, o aquello que está intentando introducir en su interior. Pero al paciente lo único que le importa es la explicación acerca de su funcionamiento mental, sin que necesite, para nada, enterarse de lo que le está ocurriendo al terapeuta. Las informaciones en este sentido sirven sólo para gratificar el narcisismo de este último (...)" (Coderch, (2002).

- (5) Llama la atención, como este autor considera la empatía como un aspecto diferenciado de la contratransferencia. Con lo cual difiero, al entender la empatía como parte inexorable del total de la contratransferencia. Otro aspecto, a tener en cuenta es su opinión, sobre la distinción que efectúa entre identificación regresiva y empatía, como no regresiva.
- (6) Winnicott, D, <<El odio en la contratransferencia>>, en *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Editorial Paidós, 1999, p.268.
- (7) *Ibid.*, p. 269.
- (8) *Ibid.*, p. 274.
- (9) *Ibid.*, p. 269.
- (10) *Ibid.*, p. 274.
- (11) Winnicott, D, <<La contratransferencia>>, en *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós. 1993, p. 214.
- (12) Winnicott, D, <<Preocupación maternal primaria>>, en *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Paidós, p. 402.
- (13) Winnicott, D, <<El primer año de vida>>, En *La familia y el desarrollo del individuo*, Lumen- Hormé, 1995, p. 34.

Bibliografía:

- Abadi, Sonia, *Transiciones: El modelo terapéutico de D. W. Winnicott*. Argentina, 1996.
- Bofill, P y Tizón, J., *Qué es el psicoanálisis*. Barcelona. Herder.1994.
- Coderch, Joan., *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona, Herder. 2007.
- Etchegoyen, Horacio, *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires. Amorrortu editores,.2005.
- Grinberg, León, *Teoría de la identificación*. Buenos Aires. Paidós. Biblioteca de psicología profunda, 1978.
- Hinshelwood. R. D., *Diccionario del pensamiento kleiniano*. Buenos Aires. Amorrortu editores. 1989.
- Lacruz, Javier, *Donald Winnicott: Vocabulario esencial*, Zaragoza, Mira editores, 2011.
- Little, Margaret, *Relato de mi análisis con Winnicott, Angustia psicótica y contención*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1995.
- Nemirovsky,Chomsky, Winnicott y kohut. *Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría. La intersubjetividad y los trastornos complejos*, Argentina. Grama. 2007.
- Roudinesco, Elisabeth y Plon, Michel, *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona. Buenos Aires, Paídos, 1998.
- Winnicott, Donald, *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, .Buenos Aires. Barcelona Paidós. 1993.
- Winnicott, Donald: *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona, Buenos Aires Paidós, 1999
- Winnicott, Donald: *La familia y el desarrollo del individuo*, Buenos Aires, Lumen-Hormé, 1995.