

# Regresión en la contratransferencia<sup>1</sup>

*Christopher Bollas*

El uso que el psicoanalista hace de la contratransferencia para entender la transferencia del paciente y para procesar la identificación proyectiva del mismo, es un rasgo distintivo firmemente establecido ya, en la técnica de muchos psicoanalistas y psicoterapeutas clínicos. En efecto, es difícil distinguir la función estructural de la contratransferencia (como un procesar los actos transferenciales del paciente) de su producción hermenéutica, cuando el analista transforma su experiencia psíquica interna del analizando en significado. Tratar al paciente es conocerlo. Interpretar la situación de alguien, en el aquí y ahora, es transformar lentamente la estructura de la proyección y, también transmitir los significados de las múltiples transferencias.

Una de las consecuencias de este salto creativo del psicoanálisis es el informe narrado por los psicoanalistas de sus estados de ánimo durante el trabajo con sus pacientes. Los estudiosos de la literatura clínica buscan, ahora frecuentemente, trabajos clínicos que incluyan un informe sobre el estado interno que transcurre en el analista. Mi punto de vista (Bollas, 1987) es que la observación de la contratransferencia es una reintegración sistemática al movimiento psicoanalítico de una función exiliada: la del autoanálisis. Anteriormente, los analistas se equivocaron al pensar que el autoanálisis de Freud, instrumento eficaz en el tratamiento de sus pacientes, de su evolución interna, y de su creación y recreación imaginativa del psicoanálisis, fue una anormalidad biográfica. Necesitaba el autoanálisis porque no tenía analista.

---

<sup>1</sup> Del libro: *Master Clinicians on Treating the Regressed Patient*. Editado por L. Bryce Boyer y Peter L. Giovacchini. Copyright © 1990 Jason Aronson Inc.

Cuando el autoanálisis fue visto como algo que se utilizaba por falta de un análisis apropiado, se eliminó un rasgo crucial del freudismo. El intenso interés por la contratransferencia es, en mi opinión, una reintroducción en el psicoanálisis del elemento autoanalítico, ese factor que continuamente lleva a los analistas a sorprenderse de sí mismos al desarrollar asociaciones, tener ensoñaciones, fantasear, hacer aparecer ideas concretas que tienen una vida sorprendentemente breve, somatizar periódicamente y viajar a través de sus estados de ánimo. La experiencia interna de sí mismos que tienen los analistas y el dirigir la mente a tales experiencias internas, es lo que llamo el elemento autoanalítico, para distinguirlo del autoanálisis verdadero, que es el resultado informativo del elemento autoanalítico.

¿Deriva de su propia asociación libre interna la teoría de Freud sobre el valor de la asociación libre? ¿Proyectó Freud sobre el paciente su experiencia como analizando cuando el Dr. Freud tenía a Sigmund acostado sobre el diván, asociando a sus sueños, y Freud recogía esta experiencia en una interpretación? Si fue así, la asociación libre sería, entonces, una asociación interna, un procesar interno del conocimiento inconsciente que es precursor de cualquier saber sobre el significado latente de un contenido mental. La experiencia de la contratransferencia es entonces el origen de la vida de la asociación libre, que fue sin darse cuenta, proyectada sobre el analizando. Si mi forma de comprender esto es correcta, entonces el error de Freud hizo posible que los analistas que tuviesen esta inclinación heredasen y sostuviesen esta disociación, permitiéndoles creer en una relativa neutralidad, al tomar las asociaciones del paciente como si fuesen el lugar primario de textos manifiestos y latentes. Al disociar al analizando psicoanalítico, al transferir la integridad intrasubjetiva del autoanálisis al campo interpersonal, Freud transmitió un psicoanálisis despojado en parte de su rico origen subjetivo. Sin embargo, la teoría de la contratransferencia ha concretado, lentamente, el esfuerzo de muchos psicoanalistas por recobrar la pérdida de la asociación libre interna propia del analista y encontrar distintos medios técnicos para llevar este tipo de información a su potencial interpretativo. Si el analista tiene un espacio interno receptivo para registrar las asociaciones libres del analizando y los actos transferenciales, un espacio predispuesto por el ideal de atención uniformemente flotante, este espacio debe recibir y registrar

simultáneamente las asociaciones libres del analista. Podríamos pensar en una pantalla de cine, que representa una doble proyección en un espacio intermedio. Recibe impresiones del paciente y del analista en un entorno especial interno y continente, que es consecuencia mental de la formación psicoanalítica. Entre otras cosas, los analistas desarrollan una parte de su mente para actuar como un entorno continente interno para la recepción de impresiones inter e intrasubjetivas.

Cuando los psicoanalistas trabajan con analizandos seriamente perturbados, pueden encontrar que se vuelcan cada vez más a asociaciones sensibles internas antes que a la recepción, per se, de las asociaciones del paciente, ya que tales comunicaciones, frecuentemente, no son portadoras de significado, sino actos parciales que sólo son sensatos (y entonces con significado potencial) cuando el analista efectúa el hallazgo de su significación en lo que llamamos *relaciones de objeto*.

Consideraré ahora un período en el análisis de un adolescente internado que sufría de una esquizofrenia paranoide. Mi intención acá está limitada al examen de un tipo particular de regresión clínica, que muchas veces es fundamentalmente experimentada sólo por el psicoanalista que se ve forzado por el paciente a estados de ánimo regresivos. El objetivo de este capítulo es descubrir qué es esta regresión, por qué es así, y cómo puede ser manejada. Así que ahora veamos a Nick.

#### **NICK**

Para transmitir mi experiencia con Nick, debo tomar en consideración el período anterior a conocerlo, ya que forma parte de la formación de mi contratransferencia. Internado en otro hospital ocho meses antes de su aceptación en el hospital de régimen abierto donde yo trabajaba, Nick era visto como un paciente más que potencialmente violento; de hecho, había amenazado con un cuchillo y corrido a la madre alrededor de la casa, ubicada en los suburbios elegantes de una ciudad del medioeste. Tenía 18 años, había usado ácido cuatro o cinco veces por semana durante cinco años, y había experimentado con cuánta droga pudo encontrar (o manufacturar), excepto heroína. Le habían dado de alta, en contra de la opinión médica, después de presionar a los padres para que lo llevaran de vuelta a casa. En el curso de su hospitalización

previa tuvo que ser físicamente sujetado en algunas ocasiones; era demasiado destructivo para estar con los otros pacientes y fue necesario que estuviese en aislamiento para proteger a éstos. El director de admisión de mi hospital lo encontró cooperativo, pero extremadamente desconfiado y monosilábico. Se presentó cortés y ceremonioso de un modo raramente falso. En la reunión de personal de la mañana, hubo consenso general acerca de que era muy probable que este paciente se escapase, y la discusión se centró en las consideraciones sobre su medicación. Cuando fue anunciado que me habían asignado este paciente, mis colegas sonrieron y bromearon en la forma en que lo hacemos todos cuando nuestra diversión consiste en el alivio de: “Gracias a Dios no me tocó a mí”.

#### **CONCEPTUALIZANDO AL PACIENTE A PARTIR DE LO QUE UNO ESCUCHA**

Antes de presentar al paciente, va a ser bueno considerar esta fase particular de mi contratransferencia. Nos formamos cuadros mentales de todos nuestros analizandos a partir de lo que escuchamos. Ya sea que un colega nos derive un paciente para nuestro consultorio privado, ya sea que un paciente nos llame por su propia iniciativa, o el hospital nos asigne un paciente; escuchamos sobre ellos antes de conocerlos. Y, por supuesto, el paciente nos imagina aunque no haya escuchado nada sobre nosotros. Algunos analizandos, y Nick es uno de ellos, desarrollan una reputación de cierta notoriedad, de manera que entran en el espacio conceptual en forma bastante perturbadora. Más aún, un Nick sabe esto, y fomenta una reputación preocupante, en parte para entrar en el espacio conceptual del otro bajo sus propios términos.

Yo valoro mi tranquilidad y no me gusta verla perturbada; parte del placer de la formación y la práctica analítica es el desarrollar un área interna para la recepción de las comunicaciones perturbadoras de los pacientes, que sin embargo, es lo suficientemente continente como para no perturbar al continente mismo. Disfruto con sólo escuchar al paciente; es placentero ser parte de una estructura (el proceso analítico) que tiene sus leyes (no mantener relaciones sociales, economía de intervenciones) que me permiten asociar libremente y concentrarme en ciertas configuraciones de significado que aparecen de tiempo en tiempo. Todo analista

que trabaja con pacientes neuróticos, especialmente histéricos buenos, sabe del placer que es ser simplemente un analista que analiza.

#### **FASE UNO: LA ESCISION DEL SELF DEL PSICOANALISTA**

Después están los Nick. Cuando este joven morrudo, pelirrojo, de brazos gruesos, se desplomó en el asiento frente a mí, en nuestro primer encuentro, desapareció instantáneamente mi self analítico. En ese momento no sabía por qué sucedía eso. De hecho, no sabía; esto *estaba* sucediendo. A posteriori puedo decir que me debo haber sentido intranquilo llevándolo dentro mío en ese período de embarazo, desde la concepción en la derivación al parto en la puerta del consultorio. Aquí estaba un niño de lo más extraño y estafalario. Se sentó, escrutándome con una mirada fija; una sonrisa ligeramente burlona pasaba por su cara. Después de un largo silencio le pregunté cómo encontraba las cosas aquí. Dejó que la pregunta quedase suspendida lo bastante como para que los dos sintiéramos el eco de su vacío antes de contestar: “Bien”. Después de una pausa dije: “¿Qué está bien?”, y él dijo: “Me siento cómodo”. Sin duda impactado por la llamativa paradoja de su aparente comodidad contrapuesta con mi intranquilidad, le contesté, “¿Qué es lo que encuentra cómodo?”, a lo que contestó: “Todo”. Al final de una sesión que pareció interminable pude extraer de él la novedad de que le gustaba el hospital porque era de régimen abierto y que encontró “agradables” a los otros pacientes.

Lo que no supe durante esta sesión fue qué era lo que me perturbaba tanto de este paciente, aunque por cierto fui un testigo participante. No me di cuenta que aunque me miraba fijo, lo hacía desde un ángulo preciso, invariable, no exactamente desde el rabillo del ojo, sino en una forma oblicua. Semanas más tarde me di cuenta también que más o menos cada cinco minutos rotaba su cabeza hacia la izquierda para mirar hacia el lado con ventana del consultorio. No era la acción de una persona que mira a través de una ventana para observar el paisaje; era más como el movimiento mecánico de un monitor televisivo explorando el espacio en un vacío, sin propósito. Le vi hacer esto y me pregunté si estaba alucinando; le pregunté si en ese momento había pensado algo, a lo que contestó “No”, dejando, como era habitual, mi comentario

suspendido en el silencio. De lo que no me di cuenta, fue del efecto que esta extraña rotación estaba teniendo sobre mí. Y aunque noté que Nick estaba sentado muy quieto en sus sesiones, no me di cuenta, de hecho, que durante las primeras semanas no se movió nunca en su asiento. Nunca cruzaba las piernas o cambiaba de posición en alguna forma. Colocaba ambas manos en los apoyabrazos y nunca las movía. Nunca, esto es, salvo el momento de la sesión, luego de alrededor de veinte minutos, en que metía su mano derecha en el bolsillo izquierdo de la camisa para sacar su paquete de cigarrillos y su encendedor. Con su mano izquierda sostenida todavía en el apoyabrazos, sacaba un cigarrillo, lo ponía a unas veinte pulgadas de su cara y luego lo llevaba hacia la boca en forma horizontal, donde lo dejaba unos segundos antes de encenderlo con su encendedor. Luego, el encendedor y los cigarrillos volvían al mismo bolsillo. Ambos, la rotación de la cabeza y el encendido del cigarrillo, sucedían sin ningún movimiento acompañante del cuerpo. Pensándolo, puedo decir que sus respuestas monosilábicas eran vocalizaciones simples, aisladas, que estaban tan desvinculadas del significado, como sus movimientos estaban desvinculados de su cuerpo.

Durante las primeras semanas con Nick, trabajé duro para que se involucrara. Mientras hacía esto, estaba enojado conmigo por apartarme de la posición analítica normal que disfruto tanto, y estaba furioso conmigo por las muchas preguntas vacías que yo le hacía, y por mi sensación de ser profundamente falso con este paciente. Estaba enojado conmigo por hacer tanto esfuerzo por involucrarlo, por simplemente tratar de llevarme bien con él, de establecer algún rapport. Todo el trabajo de la sesión partía de mí, ya que si yo no iniciaba, sostenía y desarrollaba mi conocimiento sobre él, Nick seguía sentado, en silencio total. Debido a mi falso self pude extraer detalles de su historia y conocer algunas experiencias en el hospital. Dijo que sus problemas comenzaron cuando cambió de colegio a la edad de siete años. Se había sentido como un bicho raro en su viejo colegio, pero sus compañeros lo querían, mientras que en el nuevo colegio había sido objeto de intensas persecuciones que manejaba aumentando su rareza. Se quedaba parado en el patio, metido en una exhibición aislada de lenguaje por señas, idiosincrático, contemplado por sus compañeros a los que quería hacer creer que ésta era la representación de algún conocimiento superior que él tenía y expresaba de esta

manera. Yo tendía a poner el foco en que el cambio a nuestro hospital debía ser como el cambio a los siete años, y que parecía clara su determinación de tratar de que lo quisieran. Traté de discutir sus miedos con él, pero él insistía que se sentía bien, que yo era un buen terapeuta, que no había nada para saber sobre él, salvo aquel cambio perturbador a los siete años.

Como sabemos, cada uno de nuestros pacientes crea un entorno dentro del cual se espera que vivamos una vida psicoanalítica juntos. Esto significa que el analista va a sufrir cambios internos, y va a esforzarse para ponerse de acuerdo con sus sucesivas vidas en este mundo. Cuando miro en retrospectiva estas primeras semanas con Nick, es claro que de los dos era yo el que estaba sufriendo un cambio psíquico. Nick continuó con su self raramente inerte y desconfiado, mientras que yo estaba cada vez más irritado por mis preguntas o interpretaciones, que sentía sumisas. Estaba incómodo con el paciente, esforzándome sin resultados, para llegar a ese lugar en el que me gusta estar cuando trabajo de analista: el lugar intermedio, un encuentro entre los pensamientos y acciones del paciente y mis asociaciones, todo esto teniendo lugar en esa maravillosa quietud concentrada que caracteriza al silencio analítico. Pero Nick me tenía fuera de ese lugar. Me sentía desplazado, apartado de mi identidad analítica, alarmado por mi aparente incapacidad de frenar mi progresivo falso self adaptándose al analizando. Mientras movía a este paciente para que hable sobre su vida, usando cuanto espoleo sutil podía, comencé a detestar al paciente y realmente a *odiar* el contenido de mis comentarios, el sonido de mi voz y la superficialidad de mi personalidad. A mi modo de ver, había hecho una regresión haciendo una escisión de mi personalidad, en la que estaba fuera de contacto con mi self verdadero, controlado por un falso self, cada vez más incapaz de ser efectivo. Del único estado del self verdadero del que era conciente, era de mi intensa irritación con la situación y mi papel en ella; aunque mi odio – debido a esta regresión– no era útil para mí ni para mi paciente.

La comunicación transferencial-contratransferencial puede ser considerada un tipo especial de relación de objeto, una relación “informativa” (Bollas, 1989), ya que un sujeto altera la estructura psíquica de otro sujeto, a través de acciones intersub-

jetivas determinadas. Enfrentado con un otro inerte, apartado, extraño, disocié mi personalidad adoptando un falso self para encontrar a este otro extraño, disociando mi realidad interna privada que no puedo traer a la sesión. ¿Ha estado él allí, antes que yo? ¿Tuvo que resignar su sentido de identidad para ponerlo fuera del espacio de interrelación? ¿Me muestra algo de la personalidad del objeto (u objetos) que desplazaron a su verdadero self del uso del lenguaje en el mundo objetal? Veremos.

### **FASE DOS: CON MIEDO A PERDER LA VIDA**

Luego de unos meses, yo había trabajado lo suficiente sobre mí mismo como para disminuir la autoadaptación de mi parte. Lo saludaba en la puerta cuando entraba. Se sentaba y luego, un silencio descendía sobre nosotros. No es algo que pueda describir. Un gran miedo nos envolvía, quizá el miedo que sucede en un sueño común y corriente en el instante antes de volverse una pesadilla, o ese miedo generado por los ojos del otro, tan familiar para mí en un contexto particular de mi juventud mientras practicaba surf en el mar, languideciendo en las pequeñas olas, y al echar un vistazo a los amigos en la orilla, veía que sus miradas estaban fijas en un lugar mar afuera, un lugar fuera de mi campo visual, el lugar donde se originan las olas inmensas. Es la mirada que significa que debo nadar para salvar mi vida, tan rápida y potentemente como pueda, sin siquiera tomarme tiempo para mirar la ola y las que le siguen. Hay que nadar lo más lejos de ella que se pueda; se puede sentir su movimiento hacia uno. Se respira la mayor cantidad del precioso oxígeno que se pueda, y después hay que sumergirse hasta el fondo, agarrarse firmemente de la arena relajando el cuerpo, y esperar que la avalancha de mar le pase a uno por encima, sin arrastrarlo con ella. Quizás este tipo de miedo.

Con el correr de los días, este miedo se intensifica en las sesiones. Cuando rota la cabeza, yo digo: “¿Está mirando algo?”; él contesta, “No”; después sigue un largo silencio. Un día dice: “¿Lo escucha?”; “¿Qué?”, contesto. “La mosca”. “¿Qué mosca?”. “*La mosca*”, dice. “¿Dónde?”. “Allí, al lado de la ventana.” No puedo ver nada, no escucho nada y no he visto una mosca desde el comienzo del otoño. Ahora es invierno y hay nieve en el suelo. Siguen diez minutos de silencio. “Todavía está allí”. “¿Esa



mosca en la pared?”, pregunto. No hay respuesta. Otro silencio largo. Hago una interpretación: “Como sabemos, Ud. mira con frecuencia hacia ese lado de la habitación donde siente que hay una mosca en la pared observándonos, escuchándonos, y molestandonos. Pero pienso que también yo lo molesto, y puede ser que por escucharlo, Ud. sienta que yo lo espío”. Sigue un silencio largo. “No, no lo siento así. Ud. es un buen terapeuta”. Después se instala nuevamente el silencio denso. Los asientos en el consultorio son amplios, de cuero blando. Cuando uno se sienta parecen exhalar objetos ruidosos. Si uno se mueve, el asiento hace un eco del cambio del cuerpo. Y sin embargo Nick está sentado en su asiento y no hace ruido. Esta falta de ruido contribuye a incrementar el miedo escalofriante, siempre *in crescendo*, de este lugar, como si no tuviéramos que hacer ningún sonido que anunciara nuestra existencia. Retrospectivamente, creo que hasta casi dejé de respirar. Rara vez me movía.

Después, un evento extraordinario. En medio del silencio poblado de miedo, Nick se movió ligeramente en su asiento y el cuero soltó un chillido penetrante. Los dos, el paciente y el analista saltaron, como sobresaltada respuesta. Mi corazón latía de ansiedad. ¿Pero por qué? ¿Qué lo produjo? ¿El sonido del chirrido del cuero? Recuerdo haber pensado: “Bueno, es suficiente, ¡demonios! Esto es ridículo”. Estaba furioso que “aquello” hubiese llegado hasta este punto. Aunque no sabía qué decir, estaba resuelto a hablar. “Quiero tratar de pensar en voz alta con Ud. sobre lo que sucedió recién. Cuando Ud. se movió –tan ligeramente– su asiento hizo un ruido, y los dos saltamos. ¿Por qué? ¿Por qué debería ser así? ¿Es así porque Ud. no tiene derecho a moverse, por temor a asustarse a sí mismo y asustarme a mí? ¿Qué es lo que no permite el movimiento? O mejor dicho, ¿Qué es lo que no permite su existencia? ¡Es como si se estuviese escondiendo de un monstruo! ¿Y quién es ese monstruo? ¿Dónde está? ¿Soy yo? ¿Soy un monstruo, un monstruo Bollas?”. Una risa incorpórea rebotó de la pared. Nick nunca se había reído antes, si es que se puede llamar así a este “acceso” de risa. Al día siguiente, caminando por el pasillo, Nick me gritó “Hola, monstruo”. El silencio tan horrible había terminado.

¿Qué es lo que vivieron el analista y el paciente? Yo lo pienso como una lucha por la sobrevivencia, cuando la propia existencia, el propio derecho a estar vivo, está cuestionado por la insidiosa,

y sin embargo confusa, presencia del otro. Yo había hecho una regresión de un falso self extremadamente locuaz a un ser en peligro y asustado. No tenía vitalidad psicósomática dentro mío. Estaba todo anudado por dentro, casi sin respirar, casi sin movimiento corporal: una nulidad sin vida. Aunque esta atmósfera fue fomentada por el analizando, yo era más conciente de mi locura interior, que del estado de ánimo del paciente. Su conducta, como dije, era una constante. Yo había “perdido” la integridad de la estructura del proceso analítico. Yo no tenía vitalidad psicósomática de que hablar. Estaba viviendo una vida marginal, dominado por un terror sin nombre.

Sin embargo, Nick y yo compartimos una común respuesta al mundo en que vivimos. Los dos nos sobresaltamos. Y cuando me sentí furioso, tuve la sensación que mi enojo, mi protesta, y mi esfuerzo por hablar fue la expresión de ambos. Sentía como si estuviese enfrentándome a algo, hablando desde el soma de la aflicción, estableciendo el derecho de hablar a mi mente.

Al promover un silencio mortal y exterminar la interrelación, el paciente patrocinó una falsa autoadaptación en mí, no muy distinta a la defensa que él había adoptado tempranamente en su vida, cuando fue expuesto a un exterminio similar de la intimidad humana, aunque Nick escondía su falsa autoadaptación al manifestarse como una identidad negativa (Erikson, 1968). La intensidad de mi miedo no puede, sin embargo, ser ocasionada simplemente por el extraño comportamiento y la hostilidad del otro hacia mí. Como sabemos, la unión de lo que realmente sucede con los estados internos proyectados es lo que produce la crisis emocional. Si examinamos mi miedo, era tan apremiante porque, al haberme vuelto un falso self, escindí y proyecté mi odio en X. No en el paciente per se, sino en el entorno habitado por el paciente y por mí. Mi furia a propósito de nuestra reacción sobresaltada, puede verse, por lo tanto, como mi recuperación parcial de este proceso patológico. Quizá mi odio se volvería útil.

### **FASE TRES: LA MADRE PREOCUPADA DENTRO MIO**

Nick salió de este silencio para volverse un paciente comparativamente más hablador, aunque no hasta el punto en que yo hubiese podido relajarme en la posición de analista. Sin embargo, de ninguna manera mis problemas habían terminado. “De paso”,

decía Nick observándome intensamente, “Fumé una marihuana buenísima anoche”. Como él sabía, esto estaba indudablemente en contra del reglamento hospitalario, como lo estaba también su consumo de bebidas alcohólicas, cosa que también me contaba. Más aún, cada sesión estaba condimentada ahora por una u otra forma de provocación calculada. “Sue y yo estábamos en Safeway (Supermercado) el otro día y robamos una caja de M & M” “Fui al bar de enfrente ¿adivine que pasó? ¡Me sirvieron!” “Encontré una pila de hongos. Los voy a preparar”. Me daba cuenta que sus acting out tenían la intención de ofenderme, pero al principio no estaba seguro cuál era el sentido preciso de la relación objetal que había detrás del acting out.

Tenía conciencia de un nuevo tipo de ansiedad dentro mío caracterizada por una preocupación intrusiva sobre qué se traía entre manos. Cada vez que Nick venía a sesión yo tenía alguna dificultad para escucharlo, porque me preguntaba si había sido el autor de alguno de los delitos de los que habían informado en la reunión de la mañana, sólo unas horas antes. Este estado de ánimo se acompañaba de una reacción instintiva a darle un sermón sobre el reglamento hospitalario y demás, pero me guardaba para mí tales respuestas y en su lugar le decía que pensaba que estaba tratando de preocuparme, lo que creo que le daba placer. Pronto se quejó diciendo que pensaba que era pesado que el hospital tuviese tantas reglas. Quería ser libre, y tomar drogas o alcohol, era su forma de ejercer su libertad. No estuve de acuerdo y dije que me parecía que era bastante lo opuesto: él estaba provocando al hospital a prestarle atención, a controlarlo y finalmente a restringir sus movimientos. Finalmente él equiparaba algunas de las inspecciones cuidadosas del personal a la vigilancia, quejosa e intrusiva, de su madre. Desde que podía acordarse, ella siempre estaba espionando su habitación. No tenía pestillo en la puerta y finalmente tuvo que armar un sistema de alarmas para ser alertado cuando ella abriera la puerta corrediza para mirar dentro de su pieza. Al principio de su adolescencia ponía toallas en el piso contra la puerta para que su madre no pudiese detectar si tenía la luz encendida. Mientras se quejaba de la intrusividad materna, quedaba claro que también había desarrollado una técnica para provocarla, dejando evidencias por toda la casa, para que ella las viera, de su adicción a las drogas. Fue claro entonces para mí que él estaba haciendo aparecer la madre preocupada dentro mío, al

informarme sobre las acciones que se proponía a hacer. Le dije esto, y por primera vez hubo un indicio de reconocimiento dentro suyo de la utilidad de la interpretación psicoanalítica. Aunque es verdad que me estaba provocando para establecer una madre alarmada e intrusiva que él pudiese controlar, este rasgo de su transferencia era inconciente.

Sin embargo, este período de mi propia regresión en la contra-transferencia, se caracterizó por estar ocupando un estado de la madre, una posición fragmentada, esparcida con islotes no integrados de afecto, interés, abandono, sobreprotección, indiferencia, etc. Sucedió que la madre de Nick escribió al hospital para darnos su historia personal y los detalles de la vida temprana de Nick. Fue un relato conmovedor de su fracaso temprano con su hijo. Unos 18 meses después de su nacimiento, se preocupó mucho por la enfermedad terminal de un familiar. Nick respondió aferrándose a ella. Cuando estaba en la casa casi no podía tener un momento para ella misma. Su preocupación con la enfermedad de su familiar continuó hasta que, teniendo Nick tres años y medio, ella encontró que sentía una intensa frialdad hacia él. Escribió de cómo lo había rechazado, y cómo a raíz de ello, Nick se separó de ella, matando en apariencia sus sentimientos hacia ella. Al cabo de los años, ella comenzó a estar obsesionada por lo que había sucedido, y cuando Nick comenzó a drogarse y a actuar en forma extraña, sólo podía ser intrusiva. En realidad, no sabía cómo amarlo realmente.

La descripción de Nick de la personalidad de la madre era lo bastante ajustada como para compararla con mi contratransferencia; ahora, con el relato que la madre hacía de sí misma, yo estaba bastante convencido de que nos habíamos desplazado a un nuevo nivel de relación de objeto. Pero el entender un proceso inconciente e interpretarlo al paciente, como todos sabemos, no lleva necesariamente al cambio, y los acting out de Nick ahora habían llamado la atención de las enfermeras, el personal del centro de actividades, los terapeutas que trabajaban en las sesiones de grupo y demás. Yo sabía que la mejor forma de trabajar con las actuaciones de Nick era no reaccionar como la madre, sino interpretarle lo que intentaba hacer aparecer en mí, y el placer sádico pero organizador de esta relación de objeto. Al proceder de este modo, yo sentía que lentamente estábamos saliendo de la patología de la relación hijo-madre, y al lograr contener y procesar

a la madre loca que hacía aparecer en mí, yo estaba teniendo éxito en resolver la patológicamente regresiva relación de objeto. Pero la respuesta comprensible del hospital complicó e intensificó nuestra tentativa.

Encontré que en casi todas las reuniones de la mañana, cuando las enfermeras leen sus informes del día y de la noche anterior, Nick figuraba en forma prominente en las noticias. En sus primeras semanas en el hospital, casi ni se lo mencionaba. En esa época yo esperaba con gusto la reunión de la mañana, como una ocasión para tomar café, escuchar un relato del tipo “Under milk wood” de la vida nocturna de los muchos y distintos pacientes: sus pesadillas, sus aventuras sexuales, sus intrigas y cosas por el estilo. Podía saludar a distintos colegas, mirar a una u otra de las enfermeras atractivas, ponerme al día con las noticias del hospital. Era una linda forma de comenzar el día.

Cuando el nombre de Nick comenzó a ser mencionado en relación con la perturbante marihuana fui sacudido, expulsado de este estado de placentera inactividad a un estado de ánimo completamente diferente. Me volví más una criatura de mi sistema respiratorio, fomentado, como era el caso, por mis ansiedades, casi imposibilitado de pensar en lo que yo debía decir. Sabía que finalmente mis colegas me iban a pedir que los ayudase a comprender lo que estaba ocurriendo. Sabía que no querrían hacerlo, ya que es una intrusión en la terapia, pero que sucedería. Al continuar los informes, con las enfermeras informando sobre rumores que hacían circular los otros pacientes sobre delitos de Nick, me encontré en medio de otro conflicto mucho más difícil: el esfuerzo para prevenir que mi paciente tuviera éxito en su esfuerzo inconciente de transformarse en un objeto de comportamiento.

Creo que hay una lucha, común a la mayoría de los tratamientos de los pacientes psicóticos, que se caracteriza por el esfuerzo inconciente del analizando para forzar al analista a mirarlo como un objeto de comportamiento, como una criatura definida por su conducta manifiesta. A través de su acting out contra las reglas y rutinas establecidas del hospital, el paciente fuerza al medio a reaccionar con él como un fenómeno definido por sus acciones. Ciertamente, el paciente se convierte en algo asociado a sus actos: “Bueno, se encontró marihuana, así que: ¿qué estaba haciendo Nick anoche?”. “Tuvimos un informe de la policía de un

robo en la tienda local. ¿Alguno sabe dónde estuvo Nick ayer a las cuatro de la tarde?”. La respuesta del entorno es entendible, y en cierta forma debería ser así, pero la situación total puede tener el efecto de transformar al paciente en una cosa. Volverse una cosa, una fuente irreflexiva de reacción definida por acciones manifiestas, es una de las intenciones inconcientes de la relación de objeto esquizofrénica. El esquizofrénico intenta desvitalizar la empatía psicológica del otro, de la misma forma en que desvitaliza su propia vida interna. Durante este largo período en el tratamiento de Nick, yo enfatiqué cómo intentaba que se lo vea como una cosa-criatura-de-costumbres, ser eso que su madre veía, y de causar un odio desvitalizador hacia él en el hospital. Por suerte, él sabía que esto era así, y me ayudó a elaborarlo con él. Hubo muchas oportunidades en el curso de las reuniones de la mañana, donde mis colegas y yo nos encontrábamos en un conflicto inevitable: ellos para anunciar las transgresiones de Nick y considerar cursos de acción, yo para recordar al grupo el significado psicológico detrás de estas acciones. A veces se sentía como si el parte de enfermería sobre sus acciones, y la respuesta administrativa fuesen todos elementos beta (lo que Bion quiere decir por *hechos no digeridos*) y yo fuese puro alfa: pensamiento reflexivo trabajando sobre beta (Bion, 1962). Un buen grupo de trabajo, como el de mi hospital, permite la polarización creativa, y siempre sentí un apoyo subyacente para mi conflicto con la opinión conductista sobre mi paciente. Lamentablemente, muchos pacientes psicóticos finalmente llevan a que el hospital los vea como un objeto de comportamiento y los trate con una mezcla de quimioterapia y una terapia de “apoyo”, que es más o menos la forma en que uno trata a un perrito.

Reflexionando sobre este último período de trabajo con Nick, llegué a ver que él intentó, inconcientemente primero, hacer aparecer una parte de la personalidad de la madre dentro mío, una madre preocupada e intrusiva; después nos hizo regresar a mí y a la comunidad, a una madre más temprana, más letal, que lo miraba como a una cosa.

#### **FASE CUATRO: CONCLUSION**

Antes que discutamos los temas latentes de esta presentación,

es bueno resumir las etapas de regresión y recuperación dentro de la contratransferencia del analista.

1. La etapa de escisión de la personalidad del analista en un falso self adaptativo, que llevó a una pérdida del sentido de realidad personal en su trabajo con el analizando. Esto se debe, en parte, a la manera en que el paciente trajo a la sesión el profundo rechazo de la madre, con el analista experimentando la pérdida de la realidad personal del niño-paciente.

2. La etapa de terror por sobrevivir, cuando el analista es desbordado por un silencio espantoso que inmoviliza su psique-soma. Se lo entiende como la forma en que el paciente comunica el odio materno, los deseos de muerte de ésta a la vitalidad del niño. El miedo, sin embargo, se debe a la respuesta destructiva del niño frente a estos deseos de la madre, expresada en la contratransferencia del analista. El analista, al escindir su personalidad, proyectó su odio al medio, lo que lo deja, sólo parcialmente como analista. En una sesión puede revertir esta situación y su furia es llevada al discurso. Su agresión se vuelve, entonces, un medio para sobrevivir.

3. La etapa de la madre preocupada, en la que el analista toma el rol de la madre, cuando el paciente cambia la posición subjetiva del analista, del lugar del niño al de la madre. El analista se recupera de su regresión a la locura materna por medio de la comprensión y la interpretación.

4. La etapa de desobjetivización del paciente, en la cual el paciente intenta forzar al analista y a la comunidad a verlo como un objeto de comportamiento. Pensar o no pensar en el significado que tienen las acciones del paciente, esa es la cuestión, y el trabajo del analista para transformar la desvitalización del significado por parte de la madre en algo con significado.

## **DISCUSION**

Tratar a un paciente severamente perturbado, quiere decir que cada analista va a tener que vivir dentro de ese entorno (Bollas, 1983) creado por el analizando; un mundo perturbado, y que va a perturbar. Muchos analistas, pero especialmente Searles (1965, 1979, 1968) y Giovacchini (1971), han escrito sobre sus propios estados de locura interna mientras estaban con un paciente

borderline o psicótico. En tales situaciones, el analista puede ser la figura en la relación paciente-terapeuta que experimente una *regresión informativa*. Esta es una regresión inconscientemente determinada por la proyección del paciente de partes de sí mismo y de objetos de su mundo parental, en la psiquis de analista, produciendo de esta manera las experiencias internas del analista para comunicar la experiencia del paciente de ser y relacionarse. Algunos pacientes psicóticos como Nick conservan una calma irreal en su self mientras el analista, por otro lado, puede estar soportando estados mentales bastante perturbados. Cuando esto es así, el analista debe mantenerse dentro de estas regresiones, dándole tiempo a las otras partes de su personalidad, para que la información que está siendo procesada en la contratransferencia, una relación de objeto informativa que es parte de lo sabido no pensado, pueda ser elaborada por las partes de su personalidad que todavía están disponibles para reflexionar sobre la experiencia. Todas las situaciones clínicas son una *realidad psíquica intermediada*, y durante el trabajo con los pacientes psicóticos, la naturaleza intermedia asume un significado mayor en la mente del analista de lo que sucede con el analizando neurótico. Los pacientes más sanos producen significados sobre los que se puede reflexionar dentro de la sesión. Gran parte de este trabajo ya es el resultado del procesamiento intrasubjetivo del analizando, pero el paciente más perturbado no puede hacer esto y el trabajo de la sesión tiene lugar en el área intermedia del experimentar. El analista, llevando ahora porciones escindidas del self verdadero del paciente y sus experiencias de objeto, no está seguro en ningún momento de quién está llevando qué, y por qué en ese momento. Esta falta de límites es una condición para el trabajo en el área intermedia. A medida que pasa el tiempo (y es interesante como el tiempo asume una función diferente y curativa en esta situación), el analista es capaz de transformar una relación de objeto informativa en pensamiento. Cuando puede objetivar su posición contratransferencial, el analista puede formularla en una interpretación disponible para el paciente. Y dado que, algunos pacientes psicóticos fomentan la regresión del analista más que la regresión dentro de sí mismos, los analistas van a soportar episodios regresivos de los que van a recobrase con el tiempo, la paciencia y el trabajo reflexivo. Cuando esto es así, el insight analítico y la interpretación son, en primer lugar, curativos para el



analista, que es el que se mejora primero. El cambio psíquico en esta instancia comienza con el analista. Sólo gradualmente, a través de interpretaciones, contención, y el paso del tiempo, mejora el paciente.

Finalmente, creo que los analizandos aprecian inconscientemente la experiencia interna sufrida por el analista. Saben que el analista está viviendo a través de su mundo objetal interno y a través de su historia. La tolerancia del analista al dolor psíquico, al esfuerzo de pensar, y el deleite algo agresivo de elaborar regresiones malignas, es alentador para aquellos pacientes que han sido encarcelados en un mundo que aparentemente no tiene salidas.

## RESUMEN

El autor se refiere al uso de la contratransferencia como instrumento para entender la transferencia y procesar la identificación proyectiva. Piensa que ello implica una reintroducción del “elemento autoanalítico”. Este consistiría en la experiencia interna de sí mismo del analista y en el dirigir su mente a la misma, lo que debe ser discriminado del autoanálisis, que considera su resultado informativo.

Tal función habría sido “exiliada” del psicoanálisis –dice el autor– cuando, al principio, los analistas se equivocaron al pensar que el autoanálisis de Freud, instrumento eficaz para la comprensión del paciente y la creación del psicoanálisis, constituía una anomalía biográfica, inherente a las circunstancias únicas de su creador (de no haber contado con analista). Freud habría llevado, en pro de una supuesta neutralidad, a disociar un factor fundamental de su propia comprensión (el analista transforma su experiencia psíquica interna del analizado, la contratransferencia, en significado), legando así un psicoanálisis despojado, en parte, de su origen subjetivo.

A través del análisis de un adolescente esquizofrénico, el autor examina una particular regresión clínica por él experimentada, estado mental al que fue forzado por su paciente. En ella distingue cuatro

etapas: escisión de la personalidad del analista en función de un falso self adaptativo; terror por la supervivencia debido a un espantoso silencio inmovilizador; toma de la personalidad de la madre preocupada; y desobjetivación del paciente, que intenta ser cosificado. Considera que estas regresiones, estados mentales bastante perturbados, deben ser soportados, dando tiempo para que la información que está siendo procesada en la contratransferencia, lo sabido no pensado, pueda ser elaborada por las partes aún disponibles para reflexionar sobre la experiencia.

### **SUMMARY**

The author refers to the use of countertransference as a tool to understand transference and to process projective identification. He thinks that implies a new introduction of the "analytic element". This would consist in analyst's inner experience of himself and in directing his mind towards his experience, which must be thought as something different of autoanalysis that considers its results only as informative ones.

This function had been exiled from psychoanalysis –says the author– when, at the beginning, analysts thought wrongly that Freud's autoanalysis, a useful tool to understand patient and to create psychoanalysis, was only a biographical abnormality produced by his creator's circumstances (because he had no analyst). Freud had been got, in pro of a kind of neutrality, to dissociate a fundamental factor of his own understanding (analyst transforms his inner psychic experience of his analizand, countertransference, in meaning), leaving so a psychoanalysis which has lost, in part, its subjective origin.

Through the analysis of a schizophrenic adolescent the author examines a particular clinical regression experimented by himself, a mental state to which he was forced by his patient. In it he distinguish four stages: splitting of analyst's personality in relation to a false adaptable self; terror of his own survival caused by an immobilizing silence; assumption of the worried mother's personality and patient's, who intents to be treated as a thing, unsubjectivization. He considers that these regressions, these so perturbed mental states, must be hold, giving time to the information, which is being processed by countertransference, the known but no thought, to be processed by the different available parts, to reflexion about experience.

**RESUME**

L'auteur fait référence au contre-transfert en tant qu'instrument pour comprendre le transfert et traiter l'identification projective. Il pense que cela conduit à la réincorporation de "l'élément auto-analytique". Celui-ci partagerait l'expérience intérieure du psychanalyste dans le fait de conduire son esprit envers cette expérience, ce qui doit être dûment séparé de l'auto-analyse, lequel considère son résultat informatif.

Une telle fonction aurait été "exilée" de la psychanalyse lorsque, dans ses commencements, les psychanalystes ont pensé, à tort, que l'auto-analyse de Freud –instrument efficace pour la compréhension du patient et pour la création de la psychanalyse– constituait une anomalie biographique, propre aux circonstances particulières qui entouraient son créateur (lequel n'avait pas d'analyste lui même). Freud aurait été conduit à dissocier, en faveur d'une neutralité prétendue, un facteur fondamental de sa propre compréhension (l'analyste transforme son expérience psychique de l'analysé, le contre-transfert, en signifiant), laissant ainsi une psychanalyse dépouillée en partie de son origine subjective.

A travers l'analyse d'un adolescent schyzophrénique, l'auteur examine une régression clinique particulière qu'il a recue, arrivant à cet état mental forcé par son patient. On y distingue quatre stades: scission de la personnalité de l'analyste en fonction d'un faux-self adaptatif, terreur de la survie due à un affreux silence immobilisant, prise de la personnalité de la mère préoccupé; désobjectivisation du patient qui tente d'être chosifié. L'auteur considère que ces régressions, état mental de perturbation, doivent être tolérées. On laisse ainsi le temps pour que l'information qui est en train d'être traitée dans le contre-transfert, ce qui est su mais n'est pas pensé, puisse être élaboré par les parties encore disponibles, pour réfléchir sur l'expérience.

**BIBLIOGRAFIA**

- BION, W. C. (1962). Learning from experience. In *Seven Servants*. New York: Jason Aronson, 1977.
- BOLLAS, C. (1983). Expressive uses of the countertransference. In *The Shadow Object*, pp. 200-235. London: Free Association.
- (1987). Self-analysis and the countertransference. In *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*, p. 236. London: Free Association.

CHRISTOPHER BOLLAS

- (1989). *Forces of Destiny: Psychoanalysis and Human Idiom*. London: Free Association.
- ERIKSON, E. (1968). *Identity: Youth and Crisis*, pp. 172-176. London: Faber.
- GIOVACCHINI, P. (1979). *Treatment of Primitive Mental States*. New York. Jason Aronson.
- SEARLES, H. F. (1965). *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. New York: International Universities Press.
- (1979). *Countertransference and Related States: Selected Papers*. New York: International Universities Press.
- (1989). *My Work with Borderline Patients*. New York: International Universities Press.

Traducido por Beatriz Schechter.

Descriptores: Contratransferencia. Regresión. Psicosis.  
Autoanálisis.

*Christopher Bollas*  
47 Mount View Road  
London N4 4SS  
England