

## **ALGUNAS CONSIDERACIONES EN EL MANEJO DE LA TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA EN PACIENTES PRE-ESTRUCTURALES**

*Ma. Celia Abrego de Michaca*

**Resumen.** Se realiza un análisis de la transferencia-contratransferencia en pacientes pre-estructurales, a partir de dos concepciones teóricas que son Kohut-“narcisistas” y Kernberg-“fronterizos”.

**Palabras clave:** Transferencia, contratransferencia, patología pre-estructural, Kohut, Kernberg, psicoanálisis.

En el campo psicoanalítico se han presentado cambios importantes en la conceptualización teórica, que han repercutido sobre la técnica psicoterapéutica. En la década de los setenta la aplicación del psicoanálisis se extendió de los pacientes neuróticos a aquellos llamados “fronterizos” por Otto Kernberg, o “narcisistas” por Heinz Kohut. Estos nuevos modelos de aproximación terapéutica se diseñaron para enfrentar formas de alteración emocional que se dan en sujetos que han sufrido detenciones en el desarrollo de su estructura psíquica y a los que se les ha llamado "pre-estructurales" a diferencia de aquellas personas conocidas como pacientes "estructurales" o neuróticos y de quienes el psicoanálisis se ha ocupado en su técnica clásica.

En esta presentación se dan algunas características de la transferencia y contratransferencia que son claramente discernibles en los pacientes pre-estructurales, tomando como punto de partida las aportaciones de H. Kohut y de O. Kernberg.

Para Kohut, la patología narcisista se inicia desde los primeros meses de la vida, a partir de una relación de objetos inadecuada, es decir, con una madre (conceptualizada como *self-object*), que no posee la capacidad para responder empáticamente a la existencia y necesidades de contacto de su pequeño hijo; que no es capaz, como lo señala Winnicott, de una buena "maternización", que ante la angustia del bebé no puede reaccionar ofreciéndole un marco de contención y, en vez de tranquilizarlo, entra en su propia angustia de desintegración abandonándole y generando en el bebé un sentimiento de aniquilación que se tornará en patológico.

En su conceptualización, plantea que en los pacientes existen dos escisiones fundamentales: una vertical y otra horizontal. La primera implica el uso de defensas primitivas de negación, de forma tal, que los dos polos narcisistas a los que él se refiere en el desarrollo -el "self grandioso" y el "objeto parental omnipotente"- coexisten conductualmente, pero sólo uno de ellos alcanza al yo consciente, mientras que el otro es negado, estableciéndose la escisión. De ahí que, en los pacientes denominados narcisistas, tengan por ejemplo la necesidad de un objeto protector idealizado, al mismo tiempo que perciben su autoestima muy baja o viceversa. La otra escisión denominada horizontal, se mantiene por la represión, que es el prototipo de las defensas que tradicionalmente se conciben como neuróticas y que son parte del conflicto intrapsíquico. El razonamiento de Kohut le lleva a señalar que, si no se ha resuelto primero la escisión vertical, aunque se trabaje intensamente en el conflicto represivo, en las resistencias, en las defensas y se den interpretaciones genéticas, la escisión vertical se mantiene y los resultados serán incompletos. La técnica que propone se inicia por un manejo de la escisión vertical, permitiendo la expresión de la grandiosidad del *self*, hasta que ya en la conciencia se le pueda confrontar y frustrar óptimamente, permitiendo la "internalización trasmutadora". Resuelta la escisión vertical se puede pasar a una técnica analítica clásica, si es posible y deseable.

H. Kohut concibe la cura como un movimiento de tres pasos; los dos primeros pueden ser descritos como el análisis de las defensas y el desarrollo de la transferencia; el tercero, importante porque define la meta y el resultado de la cura, es la apertura de un camino de empatía entre el *self* y el *self-object*, específicamente en el establecimiento de una sintonía entre el terapeuta y el paciente en un nivel de adultos maduros. Añade que este nuevo canal de empatía toma permanentemente el lugar de las relaciones narcisistas primitivas anteriores. Durante el tratamiento se van a reactivar los dos polos narcisistas en transferencias de tipo idealizador por un lado y de tipo especular por el otro, con sus consecuentes resistencias, *acting-out*, *insight* y elaboraciones, siempre dentro de un marco transferencial. Del rol del analista hace énfasis en la necesidad de crear un ambiente positivo, más relajado y menos distante que en un análisis clásico, sin apartarse de las reglas establecidas tradicionalmente para el analista. La experiencia terapéutica debe ser correctiva de aquella que causó la detención o desviación en el desarrollo psíquico durante la infancia.

La herramienta fundamental del analista es el uso de la empatía, que significa "introspección vicaria", o sea la capacidad para pensarse y sentirse uno mismo en el interior de otra persona. Esta capacidad es la que permite al analista reconocer las fallas que ocurren en la situación terapéutica, cuando no se ha *espejado* adecuadamente al paciente, o no se le ha permitido que se funda con el analista en busca de tranquilización o cuando la cercanía ha sido excesiva y se tiene que retraer ante la amenaza desintegradora, o atacar con rabia infantil. El reconocer estas emociones que reflejan en la transferencia el estado de cosas que ocurrieron y siguen ocurriendo en los pacientes, y la posibilidad de interpretarlas, es lo que constituye una gran parte del trabajo analítico por parte del terapeuta.

El otro autor, O. Kernberg, quien llama "psicoterapia expresiva" al tratamiento para la patología fronteriza, señala que hay transferencias primitivas inmediatas actuando como

resistencias, y que el terapeuta se debe enfocar en ellas interpretándolas en el aquí y el ahora, mientras que la reconstrucción genética se deja para un estadio muy posterior ya que al paciente le es difícil diferenciar el pasado del presente de: sus relaciones de objeto. El análisis de la transferencia, en contraste con el psicoanálisis clásico, no es sistemático, enfocándose en los *acting-out* severos y en los disturbios con la realidad externa que amenacen la continuidad del tratamiento o la sobrevivencia del paciente. Kernberg acepta que la neutralidad técnica es indispensable, pero que en ocasiones se ve limitada por la necesidad de parámetros, que a veces incluyen estructurar la vida externa del paciente. Señala que la herramienta principal es la interpretación; sin embargo, es común que el entendimiento por parte del paciente de las interpretaciones del terapeuta deba ser bien explorado, de manera que la clarificación toma preferencia sobre la interpretación. Lo mismo puede decirse de las distorsiones que el paciente hace de la comunicación verbal y actuación del terapeuta. Señala, por otra parte, que el desarrollo de la empatía es tan importante como el mantenerse a distancia equitativa de las fuerzas que determinan los conflictos del paciente.

Kernberg da una importancia primordial al papel de la agresión en la génesis de la patología fronteriza, y así hace énfasis en el manejo de la escisión porque el paciente es incapaz de integrar los impulsos de amor y odio, lo que a su vez interfiere con la disponibilidad de energía neutralizada. De ahí que el romper la escisión y promover la integración de los impulsos es una tarea básica en su técnica.

Como se puede apreciar, los dos autores hacen énfasis en aspectos diferentes en su técnica. Kernberg se mantiene dentro del encuadre psicoanalítico, mientras Kohut se acerca a una terapia más experiencial, donde permitir un proceso reparatorio es el camino hacia el logro del alivio de las ansiedades desintegrativas. Sin embargo, ambos dan importancia al manejo de la escisión como un aspecto fundamental para el avance del paciente.

La viñeta clínica que presento en este trabajo se refiere a una mujer de veinticinco años, soltera, profesionista. Es hija de madre soltera, con dos hermanos menores del mismo padre. De pequeña fue educada por una nana que es descrita como una mujer violenta, autoritaria e ignorante. Convivió con varias tías, hermanas de la madre, que también intervinieron en su educación en forma alternada. Aunque la madre estuvo pendiente de sus necesidades físicas, estaba poco tiempo con ella.

Para la madre de la paciente siempre fue importante el rendimiento escolar y puso mayor empeño en este aspecto. Por lo demás, la paciente fue atendida por diversas personas y a veces en diferentes lugares, con la sensación de sentirse como “La Cenicienta”. El ambiente familiar fue considerablemente hostil, predominando los pleitos entre la madre con la nana, la madre con ella, o ella con los hermanos.

Llega a tratamiento empujada por una amiga que también lo hace con otro especialista. Menciona que elabora historias que ella se imagina y luego se las platica a las amigas para llamar su atención. Tiene sentimientos que la confunden, pelea mucho en su casa y luego no sabe ni por qué se desarrolló el pleito. A los hombres los utiliza para sentir placer, pero no se compromete con ninguno. Profesionalmente es una mujer exitosa.

A continuación, se muestran algunas reacciones que son típicas de esta paciente y que ilustran las conductas y afectos que son característicos de los pacientes pre-estructurales durante las sesiones terapéuticas.

Hay sesiones en que su discurso se muestra caótico. Habla de una cosa y luego de otra en forma maniaca, sus reacciones afectivas son intensas y exageradas. En una sesión se siente maravillosa e inteligente, se “trae a todos arrastrando”, y en la siguiente se siente fea, tonta, que nadie la quiere. En la relación terapéutica, quisiera ser tan bonita e inteligente como su terapeuta; pero en otro momento le parece tonta. O como contraste,

considera que la terapia no vale la pena o se dedica a hablar mal de su terapeuta fuera de la sesión.

En este material se puede observar cómo en sus reacciones transferenciales se manifiesta la escisión en el *self* y en los objetos; a veces es muy buena o muy mala, su terapeuta es muy buena o no sirve para nada. Estas distorsiones se tienen que manejar continuamente en el aquí y el ahora, aclarando lo que la paciente entendió de las interpretaciones y evitando la distorsión. Como señala O. Kernberg, no es posible hacer interpretaciones genéticas porque la confusión de sus afectos no lo permite. El primer paso es aclarar los sentimientos en la relación terapéutica.

En cuanto a las reacciones contra transferenciales, es una paciente provocadora, que cuando percibe a la terapeuta como mala, trata de hacerla enojar. O en otras ocasiones, cuando ella se siente mal, le hace sentir que es lo mejor que tiene. Estos sentimientos que la paciente provoca en la terapeuta son importantes porque a través de ellos, ésta se permite sentir lo que la paciente siente y lo que provoca en otras personas, para así empatizar con ella y aclararle lo que siente y lo que provoca, así como confrontarla con su escisión, hacia los objetos y hacia ella misma.

Para terminar, podemos concluir que el manejo de la transferencia y contra transferencia en pacientes pre estructurales debe ser diferente del manejo de pacientes estructurales que requieren de un análisis clásico y que las aportaciones que han brindado H. Kohut y O. Kernberg permiten tener una idea más clara del manejo con este tipo de paciente que encontramos con tanta frecuencia en la consulta psicoanalítica.