



**Universidad Nacional  
de La Matanza**  
Escuela de Posgrado

**TESIS DE ESPECIALIZACIÓN EN  
PSICOANALISIS  
CON ORIENTACIÓN CLINICA EN ADULTOS**

*“La contratransferencia y las organizaciones  
psíquicas deficitarias”*

*Autor:* Lic. María Victoria Menéndez Fernández

*Director:* **Mgter. Sara Antón**

**Buenos Aires, Octubre 2011**

Agradezco a Sara Antón, quien con generosidad e interés me fue guiando en este proceso de tesis.

“Si el psicoanálisis aspira a seguir siendo la fuerza rectora en el intento del Hombre por comprenderse a sí mismo y si desea mantenerse vivo, debe responder con nuevas formulaciones cuando enfrenta datos nuevos, y por ende, tareas nuevas”.

Heinz Kohut

## **Indice General**

Introducción .....	7
Antecedentes históricos del término contratransferencia.....	11
El concepto de contratransferencia y sus alcances .....	17
Las organizaciones psíquicas deficitarias.....	21
Las características de la contratransferencia en los tratamientos de organizaciones deficitarias.....	35
Análisis de la contratransferencia en el tratamiento de un paciente con Trastorno Narcisista: Caso Paulina.....	47
Análisis de la contratransferencia en el tratamiento de un paciente con Trastorno Narcisista: Caso Lucía.....	55
Conclusiones .....	63
Referencias bibliográficas .....	65

## Introducción

El estudio de la técnica psicoanalítica supone un trabajo tan extenso como apasionante. Son tantos los vectores que podríamos profundizar que al momento de plasmar ideas sobre un escrito se hace necesario recortar un eje. Es por este motivo que al haber llegado a la instancia de la tesis, he considerado primordial poder investigar sobre un tema ligado a la técnica, que en su profundización teórica pudiera seguir enriqueciéndome en mi práctica analítica.

En este sentido, las temáticas concernientes al eje transferencia – contratransferencia siempre han sido de especial interés en mi formación, ya que con el tiempo he ido descubriendo su trascendencia para poder comprender las complejidades de cada paciente atendido en el consultorio.

Otro aspecto interesante del tema de la contratransferencia tiene que ver con lo escrito, o no escrito, a lo largo de los años. Llama la atención que en la obra riquísima de Sigmund Freud, en sus extensos trabajos sobre técnica psicoanalítica, y en todos los trabajos sobre transferencia, haya simplemente nombrado en poquísimas ocasiones el concepto. Se podría decir que lo nombró y lo dejó abierto para futuras consideraciones en 1910. ¿Qué hizo que un pensador tan agudo dejara de lado durante sus siguientes veinticinco años de escritos un tema que ya consideraba valioso en 1910?

El tema fue retomado en escasos desarrollos durante 40 años, hasta que tímidamente comenzó a considerarse en escritos y congresos de psicoanálisis. Tuvo una fase de explosión teórica, en la que se escribieron variados planteos y se dio especial importancia al fenómeno en los análisis, los congresos, las supervisiones, etc. Los planteos en torno al fenómeno comenzaron a ser pluralísimos, hasta exacerbarse el papel que tenía en la cura. Desde algunos sectores se comenzó a leer la dinámica completa de la sesión desde lo que el analista sentía y pensaba, lo que derivó en una pérdida de credibilidad del concepto.

No se saben las causas de la poca atención que tuvo durante tanto tiempo este tema que resulta ser tan importante en el vínculo analítico y en la

dirección de la cura. En este punto es interesante lo escrito por Heinrich Racker, quien sostiene que “la escasa elaboración científica de la contratransferencia debe provenir, lógicamente, de la posición de los analistas frente a sus propias contratransferencias, es decir, de un rechazo que representa a los restos sin resolver del viejo conflicto con la propia parte primitiva y con la propia neurosis”.<sup>1</sup>

Enfrentarnos a nuestra contratransferencia significa enfrentarnos en buena medida a nuestros aspectos infantiles y neuróticos, a nuestros afectos más temidos, a lo que nos humaniza y nos arranca de ese ideal de terapeuta perfectamente analizado y formado, irreprochablemente preparado para desarmar la neurosis del otro. Aceptar nuestra contratransferencia supone ver la terapia como un vínculo entre dos neuróticos, en el mejor de los casos, con sus conflictos, con sus rasgos de personalidad y con sus afectos jugándose constantemente. La asimetría del vínculo viene de la mano de nuestro rol de escucha e intervención, sostenidas en la formación continua, las supervisiones, la terapia individual, que nos colocan en un lugar de mayor acceso a dichos núcleos conflictivos desplegados y, de esta manera, con herramientas certeras para poder hacerle frente a los obstáculos y transformarlos en aliados para la cura.

De aquí surgen los motivos que me impulsaron a trabajar sobre tan apasionante aspecto de la técnica psicoanalítica, para profundizar en ella y considerar los aportes que nos pueda brindar en nuestra tarea como analistas.

En esta tesis intentaré profundizar en el valor de este fenómeno en la comprensión y el análisis de lo que nos generan aquellos procesos psicológicos transferidos por el analizado, gracias a lo cual podemos comprender el sufrimiento de un paciente, sus núcleos conflictivos, las defensas que establece para hacer frente a su angustia. Poder descubrir los fenómenos contratransferenciales, desarmar lo perturbador que pueda surgir de ellos será vital para poder profundizar el proceso analítico y acceder al sufrimiento del paciente.

Específicamente la tesis se centrará en el especial valor que tiene la comprensión del fenómeno en terapias de pacientes con organizaciones

---

<sup>1</sup> Racker, Heinrich. Estudios sobre técnica psicoanalítica. Pág. 157. Ed. Paidós, 1986.

deficitarias, ya que los afectos que generan en el terapeuta son más intensos y por ende pueden llegar a ser más perturbadores en su tarea analítica. La hipótesis central de la investigación se centra en la idea que desde la clínica particular se puede observar cómo este tipo de estructuraciones psíquicas generan ciertas reacciones contratransferenciales particulares en el terapeuta, y cómo el acceso a ellas, su comprensión y la concomitante reubicación del terapeuta serán las llaves para el éxito del trabajo terapéutico.

### **Antecedentes históricos del término contratransferencia**

A lo largo de la obra de Freud son muchos los artículos en los que se refiere al valor de la transferencia en la cura psicoanalítica, sin embargo en muy pocos pasajes hace referencia a las reacciones contratransferenciales.

El autor concibe el proceso transferencial como un fenómeno psíquico por el cual los deseos infantiles reprimidos hacia figuras significativas del paciente se repiten con el terapeuta en el aquí y ahora. Lo conflictivo, no elaborado, reprimido, se actualiza en general sobre ciertos objetos, y en especial dentro de la relación analítica. Su valor central será permitir la cura en base a estas reediciones, al actualizarse las modalidades vinculares patógenas del sujeto, relacionadas con su historia y con el núcleo de su neurosis.

Freud en un primer momento consideró la transferencia como una resistencia a la cura, al obstaculizar el recuerdo a través de repeticiones que dificultan la tramitación del material reprimido. Con el correr de los años, pudo ir comprendiendo que no siempre la transferencia se erigía como una resistencia, sino que podía ser el mejor aliado de la cura, ya que permitía desplegar en sus dominios la conflictiva central del paciente, y a partir de allí, procesar en el presente aquello que en el pasado no había podido ser ligado y elaborado psíquicamente por el sujeto.

Así, la transferencia comenzó a comprenderse como la vía central para acceder a lo reprimido, y a la génesis del sufrimiento psíquico del paciente; el camino para “domeñar la compulsión de repetición del paciente, y transformarla en un motivo para recordar”.<sup>1</sup> En este aspecto, Freud comprende que la base del análisis es la instauración de una nueva neurosis: la neurosis de transferencia, para que en el aquí y ahora de la transferencia, se reedite el conflicto que en otro tiempo y con otras figuras generó el núcleo central de la neurosis. Sin embargo, esta transferencia se erigirá por momentos como una resistencia a la cura. Resistencia que surge como una fuerza que busca obstaculizar el recuerdo, originada en la misma fuerza que desaloja los recuerdos patógenos de la conciencia. Descubrir aquello que se está

---

<sup>1</sup> Freud, Sigmund. Recordar, repetir y reelaborar. En Obras Completas, tomo XII. Amorrortu Ediciones.



transfiriendo y que bloquea la posibilidad de acceso de lo conflictivo a la conciencia permitirá transformar el fenómeno en aliado a la cura, a través del recuerdo y la elaboración de los núcleos conflictivos.

En los escritos freudianos el concepto de contratransferencia no siguió el mismo camino, y fue muy poco desarrollado por el autor, siendo llamativamente escasas sus referencias al tema. En *El porvenir de la terapia Psicoanalítica* (S. Freud, 1910) Freud describía este fenómeno como efecto del influjo del paciente sobre el inconciente del terapeuta, y posible foco de resistencias del analista. En este sentido exhortaba a vencerla, para que las resistencias que de ella pudieran surgir no obstaculizaran la dirección de la cura. El modo de domeñar estas reacciones contratransferenciales sería no consintiendo ni sofocando aquello que el paciente genera con su transferencia. En este artículo en el que contratransferencia queda unida al concepto de resistencia del analista, Freud exhorta a todo analista a realizar un autoanálisis como única vía para poder tratar pacientes analíticamente. Pese a identificar a la contratransferencia con los fenómenos resistenciales, Freud en este artículo ubica el concepto como una de las posibilidades futuras en cuanto a innovaciones en la técnica. Deja abierto el camino para nuevas conceptualizaciones que él mismo no logra vislumbrar acabadamente.

En 1912, en su escrito *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*, Freud define como modelo de conducta del analista la conducta del cirujano, que silencia sus afectos por ser peligrosos en su accionar. Sostiene que no acallar los afectos deja inerme al analista frente al paciente, no pudiendo ayudarlo de manera adecuada. Para poder funcionar de inconciente a inconciente, el analista debe vencer todo tipo de resistencias y los complejos que las refuerzan, ya que las considera como puntos ciegos en su trabajo. El terapeuta es pensado por Freud como un espejo, que sólo debe reflejar aquello proyectado por el paciente.

En *Observaciones sobre el amor de transferencia* (1914), Freud sostiene la necesidad de funcionar como analistas desde la abstinencia, no correspondiendo ni intentando amansar los afectos del paciente.

En estos pasajes sólo una vez se refiere Freud a la contratransferencia explícitamente, y en los otros se refiere a aspectos relativos al fenómeno, sin nombrarlo como tal y sosteniendo su papel resistencial en la cura. Quizá por

falta de tiempo, quizá por otro motivo desconocido, Sigmund Freud dejó abierto y casi sin explorar este aspecto de la técnica, que ha sido retomado años después por varios autores, desde diversas líneas dentro del psicoanálisis.

En tiempos de Freud, fue Sandor Ferenczi quien más trabajó sobre este concepto, especialmente interesado por los temas de la técnica y por los efectos en el terapeuta del sufrimiento y los conflictos del paciente. Ferenczi realizó importantes aportes al tema, pero fue denostado durante un largo tiempo por sus colegas debido a sus revolucionarios postulados. Se puede rescatar como aportes suyos al tema la insistencia para considerar las reacciones emocionales del terapeuta como parte del campo analítico, evitando reprimirla por su consecuencia dañina en la posibilidad de comprensión de lo que está sucediendo en sesión. La gran sensibilidad de Ferenczi hacia el sufrimiento humano y hacia el papel de los afectos tanto del paciente como del terapeuta lo condujeron a desarrollos teóricos que le valieron el rechazo de la comunidad analítica de entonces. El uso de la contratransferencia que propuso se tradujo en la posibilidad de comunicar al paciente los afectos contratransferenciales y en el análisis mutuo, donde sostiene el intercambio de roles como manera de comprender mejor los afectos desplegados por ambos participantes en la sesión. Quizá sus consideraciones llegaron a ser en extremo innovadoras, arriesgadas y criticadas, pero la atención que dio al tema fue muy valiosa para que el concepto fuese retomado desde otros autores posteriormente.

El concepto siguió siendo concebido por la generalidad de la comunidad analítica desde su posición de obstáculo, y poco tenido en cuenta en los desarrollos teóricos. Una pequeña parte de los psicoanalistas de entonces consideró el tema, entre ellos Theodor Reik, Wilhem Reich y Otto Fenichel, quienes se refirieron a la intuición del analista y las propias reacciones afectivas.

El interés por el tema resurgió de la mano de la teoría de las relaciones objetales. Si bien Melanie Klein siguió con la idea de Freud de considerar el fenómeno como reflejo de una resistencia del analista, fruto de una falta de preparación o de análisis personal, fueron discípulos suyos quienes despertaron interés sobre el fenómeno y comenzaron a investigarlo con mayor profundidad. Paula Heimann (1950) en Londres y Heinrich Racker (1953) en

Argentina, sostuvieron el valor de la contratransferencia en la comprensión de los estados mentales del paciente. Heimann planteó la importancia esencial del analista de conservar la contratransferencia y reencausarla en dirección a la cura. Plantea que las reacciones contratransferenciales son producto de la comunicación inconciente a inconciente entre paciente y terapeuta.

Partiendo de los desarrollos teóricos de Klein acerca del fenómeno psíquico de la identificación proyectiva, se comenzó a pensar en los efectos de dicho proceso en el vínculo terapéutico. Al ser depositario el analista de los núcleos escindidos proyectados del paciente, aquél queda identificado con aspectos del yo del paciente. El terapeuta no es más alguien neutral y externo en el análisis, sino que queda impregnado de aquello que el paciente deposita en él por los efectos del proceso de la identificación proyectiva. Este proceso profundo genera efectos en el terapeuta, ya que dicha identificación con aspectos proyectados del paciente puede obstaculizar su comprensión o ser aliado para el proceso.

Uno de los autores que planteó esta ligazón entre contratransferencia e identificación proyectiva fue Racker, quien realizó un aporte importantísimo al concepto de contratransferencia a través de sus conceptualizaciones. Afirma que ambos conceptos, transferencia y contratransferencia, deben ser tratados como dos polos de una misma unidad que se genera en cada relación interpersonal entre paciente y terapeuta, de manera tal que cada situación transferencial produce una reacción contratransferencial. El valor de la contratransferencia es decisivo para la comprensión y el análisis de aquellos procesos psicológicos transferidos por el analizado, ya que a través de ella podemos sentir y comprender lo que el paciente mismo siente y hace frente a sus núcleos conflictivos. Esto se logrará si el analista ha podido desarrollar un yo observador que capte su propia contratransferencia.

Racker diferenció dos posibles reacciones contratransferenciales, que pueden darse en mayor o menor grado según la situación transferencial que se despliegue. Un aspecto de la contratransferencia puede ser aquél en el que el terapeuta se identifica con la parte correspondiente del aparato psíquico del analizado (yo del analista- yo del paciente, ello del analista- ello del paciente, superyó del analista- superyó del paciente), y que llamó *identificación concordante u homóloga*. Este tipo de contratransferencia permite al analista

comprender profundamente los afectos vivenciados por el paciente. Desde este punto de vista, podría considerarse este tipo de identificación contratransferencial como la base de la empatía y la comprensión. Por otra parte, el autor define la *identificación complementaria*, tomando el término de Helen Deutch. En este tipo de identificación el analista se identifica más bien con los objetos internos del analizado, y de esta manera vivencia los afectos concomitantes al objeto que el paciente está transfiriendo sobre él. El analista, en líneas generales, tiende a bascular entre los dos tipos de identificación, aunque Racker considera que cuanto mayor conflicto presenta el psiquismo del analista, cuanto menor la elaboración de sus propios aspectos neuróticos, menor es la posibilidad de realizar identificaciones concordantes. A su vez, cuanto más rechace el analista las identificaciones concordantes, más tienden a polarizarse las identificaciones complementarias.

Racker también definió dos aspectos de la reacción contratransferencial, que resultan muy esclarecedores para tener en cuenta. El autor distingue las *ocurrencias contratransferenciales* de las *posiciones contratransferenciales*. Sostiene que existe una concordancia entre la fantasía del analizado y la fantasía que surge en el analista, producto de la comunicación inconciente a inconciente. A través de sus propias fantasías en sesión, expresadas en *ocurrencias contratransferenciales*, el analista tiene la posibilidad de comprender aquello reprimido en el analizado. Otro tipo de reacciones contratransferenciales son las *posiciones contratransferenciales*, que son más intensas que las anteriores y en las que el analista queda mucho menos ajeno a la vivencia. Su yo queda inmerso en la experiencia, con menor posibilidad de tomar distancia y mayor tendencia a actuar sin procesamiento y sostener dicha actuación obstaculizadora como patrón estable con ese paciente. Podríamos pensar entonces a las posiciones contratransferenciales mucho más cercanas al concepto de contratransferencia como resistencia.

Los profundos desarrollos de estos autores, entre tantos otros que pensaron el tema, permitieron ir mas allá del aspecto interferente que puede tener el fenómeno, para poder ver su aspecto de aliado para la comprensión del caso, como un indicador importantísimo de las vicisitudes del proceso analítico. De esta manera, rompieron con el unidireccionalismo en la visión de los fenómenos intra-sesión. El vínculo entre paciente y terapeuta comienza a

ser tenido en cuenta desde un lugar bidireccional, en el cual ambos sujetos, cada uno con su psiquismo, influyen en el campo dinámico del análisis. Se quiebra la idea de analista muerto afectivamente, pantalla especular de lo que el paciente proyecta, y comienza a pensarse en un analista continente, que recibe con su psiquismo lo reeditado por el paciente y que reacciona desde allí con su subjetividad.

Pero, ¿cómo se juega este término en relación al de neutralidad en psicoanálisis? La regla fundamental de abstinencia apunta más bien a otro tipo de neutralidad: una neutralidad ética, la no actuación de preferencias personales, valores morales o religiosos, ideales o posiciones más allá de la teoría. De ninguna manera podemos suponer una neutralidad emocional en relación al juego transferencial. El analista participa emocionalmente en el campo, y esto puede ser a veces obstáculo, pero se puede transformar en una de las más interesantes vías de comprensión de la dinámica intra-sesión, cuando se buscan las herramientas adecuadas para que así sea en los espacios inter-sesión (supervisión, análisis personal, formación continua). El analista se transforma en objeto de proyecciones del paciente, y ello resuena emocionalmente en él. De la mayor o menor comprensión de esa resonancia afectiva, gracias al análisis personal del analista, las supervisiones y la formación continua, podrá funcionar la contratransferencia como obstáculo o como uno de los mejores aliados para la cura.

### **El concepto de contratransferencia y sus alcances**

La contratransferencia ha sido siempre un concepto de aceptación polémica y de variadas posiciones teóricas. Por este motivo se debe definir que se entenderá por contratransferencia en este trabajo.

Como primera aproximación al concepto, podemos tomar la definición que proponen Laplanche y Pontalis, quienes lo caracterizan como el "conjunto de reacciones inconcientes del analista frente a la persona del analizado, y especialmente, frente a la transferencia de éste".<sup>2</sup>

En esta definición queda recortado el fenómeno contratransferencial a las reacciones del analista despertadas específicamente por la transferencia. Algunos autores han ampliado esta idea hasta considerar dentro del fenómeno otros aspectos no despertados puntualmente por la transferencia, como la teoría a la cual el analista adhiere, las características técnicas que derivan de ella, u otras circunstancias vitales significativas. Estas teorías han llevado a ampliar de tal manera el concepto de contratransferencia, que finalmente ha perdido identidad y especificidad.

Más allá de conceptualizaciones, es importante que el terapeuta pueda comprender en una u otra instancia la participación de sus propios complejos y dilucidar en sus reacciones qué pudo haber sido transferido por el paciente. Así como el paciente proyecta sobre el analista sus propios conflictos, el analista debe procurar no proyectar los suyos sobre el paciente, considerando que todo lo que sucede surge de los núcleos no elaborados de aquél. En este sentido es muy útil el concepto de *transferencia del analista* (De León – Bernardi, 2000), que permite discriminar aquellos aspectos vivenciados por el analista en sesión en los cuales no ha participado el paciente. Serían más bien conflictos no elaborados del analista, puntos ciegos que interfieren pero no son específicamente contratransferenciales.

A su vez, la definición dada por Laplanche y Pontalis reduce los fenómenos contratransferenciales a los aspectos inconcientes de dichas

---

<sup>2</sup> Laplanche, J. y Pontalis, J.B. *Diccionario de psicoanálisis*. Editorial Labor, 3º edición revisada, 1981. Pág. 84.

reacciones, que se tornan conflictivos y obstaculizadores. Lo inconciente, reprimido, que se reedita en la contratransferencia ha sido nominada por muchos autores como una neurosis de contratransferencia, en relación a la neurosis de transferencia que se instala del lado del paciente. Estos aspectos inconscientes, por ser reprimidos ya no funcionan como herramienta de comprensión, sino más bien como un obstáculo, al funcionar como un cercenador de la comprensión que lleva a desestimar los aspectos que se juegan en ese momento en la relación transferencial. El peligro sería que esta neurosis de contratransferencia se una rígidamente a la neurosis de transferencia, de manera tal que funcionen como un impedimento al trabajo analítico. Es en estas situaciones donde el análisis personal del analista y las supervisiones cumplen su rol irremplazable para esclarecer tales puntos ciegos.

En esta línea de pensamiento, Heinz Kohut diferencia las reacciones a las transferencias y la contratransferencia. Sostiene que las primeras suponen reacciones directamente ligadas a lo que despierta un paciente como stress actual en el terapeuta, más allá de los conflictos personales, a diferencia de las reacciones contratransferenciales, específicamente ligadas a fijaciones y conflictos inconcientes del propio analista, arraigados y arcaicos. Es difícil pensar en algo tan separado y claro en la clínica, ya que el terapeuta trabaja con su propia subjetividad, y ésta interviene de una u otra manera en aquello que en él resuena de lo desplegado por el paciente.

En este sentido, es clarificador lo planteado por Carlos Nemirosky: “Por muy diligente que sea el analista en sus esfuerzos auto-analíticos, sus observaciones, formulaciones e intervenciones estarán siempre influidas por factores personales que se encuentran al margen de la conciencia. Un analista es irremisiblemente subjetivo en el contexto clínico y la forma de mitigar la influencia restrictiva de esa condición subjetiva es establecer principios técnicos que la tengan en consideración (por ejemplo, admitiendo que el analista no puede conocer en todo momento, la forma y cuantía de la participación de su propia psicología en el trabajo analítico)”.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Nemirosky, C. (2007) Winnicott y Kohut. Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría. Pág. 103. Buenos Aires: Grama.

Se podría pensar que estas reacciones inconcientes conforman la contratransferencia en sentido estricto. Sin embargo otros autores han definido la contratransferencia en sentido amplio, que abarcaría también los aspectos preconciente- concientes de las reacciones del terapeuta, que emergen como efecto de lo transferido por el paciente. Es importante considerar ambas aristas del fenómeno, ya que en la práctica permiten una lectura más amplia del complejo entramado vincular que se arma en sesión.

Dadas estas consideraciones, podríamos pensar que no sólo los afectos, sino también las ocurrencias, las acciones, los gestos, cambios corporales y otro tipo de reacciones concientes, preconcientes o inconcientes, podrían ser consideradas como parte del fenómeno.

Podríamos considerar entonces, a los efectos de una mayor discriminación, una contratransferencia en sentido amplio y en sentido estricto. La contratransferencia en sentido amplio abarcaría todo el nivel preconciente- conciente de respuestas y reacciones a la transferencia, y todo tipo de disposiciones que condicionen de una u otra manera esa reacción. La contratransferencia en sentido estricto se referiría más bien a la definición de Laplanche y Pontalis, en cuanto a los aspectos inconcientes de esa reacción, y por tanto de efecto potencialmente obstaculizador. La contratransferencia no comprendida o elaborada será obstáculo, en cuanto inhibidora de la escucha, la comprensión y la posibilidad de intervenir. Si dichas interferencias son rescatadas en un segundo momento de procesamiento, a través de las supervisiones, la terapia individual y la formación continua, la contratransferencia podrá funcionar como una herramienta valiosa para la comprensión del paciente y el trabajo en dirección a la cura. Esto supone de por sí una actitud de introspección y autoobservación en el analista. Citando a De León y Bernardi: "La contratransferencia que está verdaderamente ligada a los conflictos centrales de la relación terapéutica se descubre con cierto dolor. El analista comprueba que no es tan dueño de sí mismo como le gustaría, y más aún, que ha contribuido o está contribuyendo en forma inconciente a que se apriete aún más el nudo del conflicto del paciente. Pero es también a partir de ese aceptar y reconocer estos hechos, que es posible superar dichos



momentos de simetrización del vínculo, recuperar la función y colaborar para que se abra el camino a la transformación psíquica del paciente”.<sup>4</sup>

En relación a este tema, algunos autores como Ferenczi o Kernberg han planteado que pensar la contratransferencia como un mero obstáculo a la cura genera actitudes interferentes en los analistas, que se tornan evitativos o negadores de sus reacciones emocionales, al considerarlas como “erróneas”. El analista no deja de sentir o tener ocurrencias, y pensarlas desde un lugar de mera falta de análisis podría poner en juego la posibilidad de vehicularlas en beneficio del tratamiento.

Muchos autores han investigado sobre configuraciones contratransferenciales específicas que se generan con ciertos perfiles de personalidad. Parecería como si, en cierto punto, cada patología pudiera generar un estilo de reacciones contratransferenciales que van más allá de la configuración personal del analista. Se ha hablado sobre el aburrimiento que generan los pacientes obsesivos dado su control afectivo intenso, o la captura y el interés que la seducción histérica puede producir, así como el rechazo y la perplejidad que siente el analista en pacientes psicóticos. Por supuesto que estas características no son la única reacción contratransferencial posible en estos pacientes, pero son aspectos reiterados y generales que ayudan muchas veces a comprender nuestras reacciones y hasta colaboran para poder definir un diagnóstico.

En este trabajo se intentará profundizar en aquellos aspectos que caracterizan los ejes generales de la contratransferencia cuando se trabaja con pacientes con organizaciones psíquicas frágiles y deficitarias, dado que las mismas suelen generar en el terapeuta afectos más masivos y más primitivos que los que en general surgen de las transferencias neuróticas.

En el siguiente capítulo se profundizará en las características de dichas organizaciones, para poder comprender desde allí la dinámica de sus transferencias y los posibles efectos en las reacciones contratransferenciales del analista.

---

<sup>4</sup> De León, B.; Bernardi, R. (2000) *Contratransferencia*. Pág. 82. Buenos Aires: Polemos.

### **Las organizaciones psíquicas deficitarias**

La clínica que observamos diariamente en los consultorios ha ido modificando sus aristas, induciendo así a la comunidad psicoanalítica a pensar en nuevas teorizaciones que dieran una comprensión más acabada a ciertos funcionamientos que no lograban ser esclarecidos con el modelo tradicional de la neurosis.

Esta clínica actual ya no presenta tan a menudo los conflictos intersistémicos que describió tan genialmente Freud. No son tan comunes las Doras, los Hombres de las ratas o los Juanitos. Hoy llegan al consultorio otros tipos de sufrimientos, marcados por psiquismos estructurados de manera poco cohesiva, mecanismos de escisión y otras defensas primitivas, estados de angustia difusa, invasiva, sin capacidad de ser ligada, significada y encauzada por vías psíquicas. Esta invasión puede generar todo tipo de respuestas como intentos frustrados de limitar esta angustia que se erige como amenaza constante: adicciones, impulsiones, respuestas psicósomáticas, etc. Ya no es moneda corriente la posibilidad de simbolización neurótica, sino la pobreza de procesamiento psíquico, que supone una falla en las vías asociativas que nos permiten representar psíquicamente emociones, afectos, vivencias. Se evidencia una gran dificultad para expresar en palabras y de manera simbólica los estados emocionales, que de esa manera se vuelven intramitables por vías psíquicas. En la base de estos procesamientos deficientes hay una gran dificultad para ligar emociones y por ende para calmar la ansiedad, ya que el afecto no cualificado funciona en el exceso. Las estructuras internas no logran funcionar adecuadamente, siendo entonces necesario un aporte externo constante para las funciones que quedan truncas. Se requerirán aportes externos para sentirse calmado, contenido, registrado, o para reconocer y poder diferenciar estados afectivos, controlar los impulsos, moderar las respuestas afectivas, establecer una constancia objetal, tolerar la ansiedad, etc.

Dadas estas variaciones de la clínica, muchos autores comenzaron a desarrollar nuevas maneras de pensar estos cambios desde una teoría que los

comprenda. Entre las diversas teorizaciones, algunos autores (Killingmo, 1985) comenzaron a pensar la psicopatología en dos grandes grupos: los trastornos por conflicto intersistémico y los trastornos por déficit en la estructuración psíquica.

Dentro del primer grupo se piensa la neurosis, resultante de un conflicto entre dos instancias psíquicas, entre la pulsión y una prohibición superyoica, patologías ligadas a la resolución ineficaz del complejo de Edipo, con despliegue de defensas neuróticas basadas en la represión, y que generan transferencias neuróticas. Se trata de patologías con un cierto grado de estructuración psíquica, de diferenciación interna de sistemas (yo, ello, superyó) y diferenciación entre la representación de sí mismo y de los objetos.

En el segundo grupo, se piensan las organizaciones psíquicas que han sufrido una falla en el momento de su estructuración, en general vinculada a traumas infantiles o fallas en la provisión externa de las funciones de maternaje, aportes narcisistas, etc. Killingmo relaciona el déficit con una falla en la capacidad de feedback o retroalimentación del cuidador, por poca o excesiva estimulación, o una estimulación inadecuada. En todo caso, una falla tan significativa que lastima la organización misma del psiquismo, y por ende su funcionamiento óptimo, haciendo que el centro de la conflictiva no esté ya dado por luchas entre deseos y prohibiciones, sino por la fragilidad de la experiencia de identidad. Las ansiedades concomitantes ya no estarán relacionadas con la angustia de castración, los deseos prohibidos o la culpa superyoica, sino más bien con un estado de ansiedad difuso relacionado a la pérdida de la experiencia de identidad, y en casos más graves con la angustia de fragmentación o desintegración, al presentirse la disolución del sí mismo.

Al quedar la estructura en déficit, las funciones que dichas instancias deberían cumplir, quedan frágilmente armadas y hacen necesario el aporte externo que supla la carencia. La patología resultante muestra un déficit en el desarrollo temprano del self rudimentario, defensas primitivas, fallas en el logro de la constancia objetal y de la diferenciación self – objetos, difusión de identidad, etc. Según el caso, como veremos más adelante, no son analizables por no desplegar transferencia (trastornos Psicóticos y Borderline, según Kohut), o despliegan transferencias narcisistas y por ende son analizables con ciertas modificaciones de la técnica tradicional (trastornos Narcisistas de la

personalidad y la Conducta, Trastornos Secundarios del Self, según Kohut). En esta línea, podríamos pensar las teorías de Winnicott sobre el Falso Self, de Kohut sobre los trastornos narcisistas, de Kernberg acerca de los trastornos límite de la personalidad (y su subtipo los trastornos narcisistas), como ejemplos de las nuevas líneas para pensar la clínica que emerge de manera protagónica actualmente.

Dada esta concepción más amplia del sufrimiento psíquico, se plantean ciertas modificaciones en la técnica psicoanalítica, y por ende un camino hacia la curación diferente del clásico desarrollado por Freud. Los trastornos por conflicto, generados por el mecanismo básico de la represión, serán tratados siguiendo los lineamientos que ya Freud desarrollara, a través del levantamiento de la represión, haciendo conciente lo inconciente y ampliando de esta manera los dominios del yo. La técnica por excelencia para el logro terapéutico será la interpretación. En cambio, los trastornos por déficit requieren una diferente intervención. Ya no se trata de desvelar lo oculto inconciente, sino de construir aquello que no ha sido posible construir en la historia del sujeto. Donde hay déficit, armar funciones, establecer significados que no pudieron establecerse hasta entonces. En estos casos, las intervenciones no apuntarán a interpretar lo inconciente reprimido, sino construir funciones estructurales trucas. Dentro de este rango de intervenciones están las llamadas intervenciones afirmativas (Killingmo, 1989), la reconstrucción, la explicación empática, el sostenimiento winnicottiano, etc. En todo caso, intervenciones que apuntan a una retroalimentación emocional, a un sostenimiento de la fragilidad, a un reforzamiento de los cimientos dañados del psiquismo, a una confirmación de la propia experiencia y la existencia.

Como se nombró anteriormente, entre muchos autores que desarrollaron el tema de las estructuras deficitarias se encuentran Donald Winnicott, Heinz Kohut y Otto Kernberg, quienes tomaron con especial interés en sus teorías los aportes de muchos autores que en años anteriores habían comenzado a dar importancia a los aportes del medio externo y los efectos fundacionales de los vínculos en la estructuración del psiquismo (Mahler, Stern, Balint, Ferenczi, y tantos otros).

Los agudos desarrollos de Winnicott son importantes de nombrar, ya que con su teorización de las patologías de falso self, realizó un gran aporte para

poder pensar el valor de los objetos externos en la estructuración del psiquismo y el despliegue de las potencialidades, las necesidades del infante más allá del despliegue pulsional, y los efectos de un psiquismo escindido y con fallas estructurales.

En sus desarrollos el autor sostiene que el niño es un potencial que se despliega a través de una madre real, quien es activa en el desarrollo del niño. El autor sostiene que existen dos tipos de necesidades primarias: las necesidades instintivas y las necesidades del Self o del Ego. Winnicott sostendrá, a diferencia de Freud, que junto con las primitivas necesidades instintivas, que son las necesidades ligadas a funciones corporales en las que se apuntalan los impulsos sexuales (como la alimentación por ejemplo), existen otras necesidades tan primitivas como las primeras, que las llama necesidades del self. Estas necesidades son: la necesidad de contacto con otro ser humano que cumpla la función de sostén y protector, la necesidad de jugar, la necesidad de mutualidad y la necesidad de ser espejado y reconocido por otro. Para Winnicott estas necesidades son tan primarias como las otras, ya que sostiene que las zonas erógenas no son buscadoras primarias de placer, sino buscadoras primarias de objetos.

Por ende, la madre objeto (el pecho) será satisfactora de las necesidades pulsionales – instintivas, y la madre medio ambiente, a través de sus cuidados, satisficará las necesidades del self.

El sostén materno logrará que la realidad no arrase con la indefensión del niño, y así permitirá que se desarrolle la experiencia primaria de ilusión. Esto se dará a través de las tres funciones del maternaje que realiza la madre medio ambiente: el holding o sostén, el handling o manipuleo y la presentación de objeto. Para que exista crecimiento emocional debe haber relación con el ambiente lo bastante buena. Para Winnicott la crianza materna lo bastante buena tiene una importancia central, y hace referencia a una adaptación total de la madre respecto al bebé y su cuidado en un primer momento, para luego ir fallando óptimamente, gradualmente permitiendo así un desarrollo saludable.

Si el desarrollo emocional primitivo se realiza con una madre que registra las necesidades tanto instintivas como del self de su niño y las satisface de manera suficientemente buena (gradualmente pasando de la total adaptación a fallas tolerables para el psiquismo en desarrollo) el psiquesoma

infantil se irá organizando de manera integrada y saludable: toda acción, pensamiento o deseo serán genuinos, propios, nacidos de su verdadero self. Se producirá una creciente expansión del propio self, con vivencias de pertenencia y enriquecimiento personal. Esto se dará porque en este self no habrá disociación, las fallas vivenciadas serán tolerables, no se habrá roto la continuidad existencial. Se erigirá un psiquesoma integrado, con carnadura desde lo propio. Si todo va bien, entonces el psiquesoma será una integración total del self, de manera que la distinción sea solo una ilusión del observador. Desde este lugar la psique será una elaboración imaginativa de las partes, sentimientos y funciones somáticas, una unidad inseparable. La mente no existirá como entidad separada, será un funcionamiento natural, una extensión del psiquesoma y una manera de procesar el mismo saludablemente.

Si, en cambio, en ese desarrollo ha surgido algo del orden de la intrusión traumática no metabolizable, una madre que no ha podido ser lo suficientemente buena y por ende no ha podido dar continuidad existencial a su hijo, la unidad del psiquesoma se quebrará, en tanto en niño deberá sobreesforzarse cognitivamente para poder paliar esa falla. Esta sobreexigencia es reactiva, no genuina, y pretende solventar la falla materna, hacerla coherente como manera de no derrumbarse ante la intrusión. La mente quedará así disociada del psiquesoma, lo cognitivo comenzará a funcionar de manera escindida, como un ente no integrado y no genuino. Es así como el concepto de mente en Winnicott está más ligado a una defensa disociativa, que sienta las bases para lo que luego se erigirá como falso self patológico. Winnicott dirá que la reacción está más ligada a la patología, a un niño que ha sido forzado, sin respetarse su tiempo interno y su gesto espontáneo. El acatamiento del niño derivará en un funcionamiento de falso self: la vivencia de futilidad e irrealdad, la anulación de la espontaneidad, la huida hacia la sobreadaptación, las fallas en la integración psique - soma (como se da en las afecciones psicósomáticas), etc. El sujeto que ha debido armar un falso self ya no podrá vivir, sino sólo sobrevivir operativamente, dejando de ser él para hacer lo que el medio espera de él.

Heinz Kohut también sostiene el papel central que el ambiente humano tiene para el desarrollo psicológico del niño, un ambiente que debe funcionar empáticamente para que se logre un desarrollo óptimo. Ambos autores

coinciden en que esta importancia central del aporte del medio ambiente es lo que define la presencia o ausencia de déficits estructurales.

Kohut fue quien estudió más profundamente el narcisismo como una línea de evolución libidinal paralela al desarrollo pulsional ya definido por Freud. Este es un punto central diferente de la teoría freudiana: al constituir una línea de desarrollo, el narcisismo irá evolucionando a partir de las relaciones con los objetos, hasta alcanzar un nivel de madurez óptimo. Tomando los desarrollos de Hartmann, Kohut enuncia que el narcisismo es la carga libidinal del self, concepto que diferencia del yo – instancia intrapsíquica. El concepto de Self reviste mayor amplitud que el de aparato psíquico formulado por Freud, y lo concibe como una auto-representación, una “realidad psíquica que se experimenta y vive. La sensación de existir, estar vivo, ser alguien; de sentirse uno mismo provisto de autoestima, iniciativa e ideales... experiencia básica que hace al ser humano”.<sup>5</sup> Esta auto-representación está presente en cada una de las instancias psíquicas, y por ende está referida a la personalidad total.

Otro punto de diferencia con Freud es considerar que el narcisismo no tiene una condición anobjetal. Para Freud, el narcisismo era una etapa en la que las pulsiones parciales se integraban en un mismo objeto, la propia persona, para luego evolucionar hacia las relaciones objetales, en las que la libido pasa a catectizar otros objetos. Más adelante en su teoría sostiene un narcisismo primario anobjetal, y uno secundario, efecto de una patología grave, por la que la carga objetal vuelve al yo luego de pasar por cargas objetales.

Para Kohut, en cambio, el niño en los rudimentos originales de su self, invierte a los objetos significativos de libido narcisista. La antítesis de narcisismo no será para Kohut la relación objetal, sino el logro del amor objetal. Entendido así, el narcisismo no es una etapa del desarrollo del psiquismo que luego se abandona, sino que se va desarrollando y madura, hasta reflejarse en un self armónico, cohesivo y vital, que se experimenta íntegro y satisfecho, y es centro de la propia experiencia. Ya no es pensado el narcisismo como una fase del desarrollo, sino una línea evolutiva que se despliega y se transforma a lo largo de la vida, madurando hacia la adultez en aptitudes y logros de la personalidad. Es en esta maduración que surgen las diferentes transformaciones del

---

<sup>5</sup> Lancelle, Guillermo. “El self; hallazgo clínico y necesidad conceptual”. En *El self en la teoría y en la práctica*. Pág. 48-49. Editorial Piados, Bs. As, 1999.

narcisismo: la creatividad, la capacidad de empatía, el sentido del humor, la sabiduría y la aceptación de la propia finitud.

- La *creatividad* permite al autor cargar su obra con libido narcisista, y de este modo su producto queda como parte de su Self. En el acto creador, según Kohut, el artista intenta recrear aquella perfección narcisista que en otro momento del proceso era atribuido al propio self.

- La *empatía* como medio de conocimiento que permite imaginar una vivencia interna de otra persona, es un correlato de aquella empatía primaria del objeto del self con el self rudimentario.

- El *sentido del humor* permite enfrentar con una posición serena el reconocimiento de la finitud y la imperfección del sí mismo, sin sentir que por ello el self queda limitado o herido.

- La *sabiduría* también permite aceptar las propias limitaciones a través de una renuncia a ciertas exigencias narcisistas.

- La *aceptación de la propia finitud* sigue en la línea de las dos anteriores transformaciones del narcisismo, como aceptación de la realidad y de las pérdidas objetales que el tiempo trae, y de la propia finitud en el tiempo.

Al nacer no existe un self definido, sino que los núcleos del Self están fragmentados, y sólo lograrán ser integrados y cohesionados a partir de una *actitud empática del medio*, de los denominados *objetos del Self* o *Selfobjects*. Estos objetos, originariamente externos, son revestidos de libido narcisista, y por ello son vividos como partes del sí mismo, siendo experiencias subjetivas que se basan en objetos reales, los padres y cuidadores. Kohut sostiene que la experiencia subjetiva con los objetos reales externos tiene una importancia constitutiva para el psiquismo.

El vínculo con los *Selfobjects* va modificándose a lo largo de la vida, desde un primitivo estado fusional en el que el sujeto cree tener control total sobre ellos como parte de sí mismo, hasta poder reconocer con la madurez y los años la diferencia entre el sí mismo y los objetos, ya internalizados como autónomos.

Los objetos del self cumplen una función esencial para el desarrollo del sí mismo: el aporte de un medio empático en su respuesta. Específicamente, cubren tres tipos de necesidades arcaicas del self:



- 1- la necesidad de vivenciar aceptación y espejamiento; son objetos especulares que confirman la perfección, la grandeza y el vigor del niño.
- 2- la necesidad de vivenciar la fusión con la grandeza y la fortaleza de estos objetos, que permite una experiencia de calma; son imago parental idealizada en cuya fusión el niño siente calma, tranquilidad y seguridad.
- 3- la necesidad de vivenciar la presencia de un objeto que es en esencia semejante a uno mismo.

Estas necesidades las debe ir cubriendo el objeto del self, aceptando la fusión y aprobando, admirando y confirmando al self rudimentario (1), tolerando la idealización y admiración, logrando que el niño se sienta importante porque pertenece a quien ha idealizado a través de la fusión (2), y permitiendo que se vivencie como humano entre humanos como experiencia tranquilizadora (3). Esto se podrá lograr si los objetos del self tienen en sí mismos la capacidad empática de comprender que necesita el niño en cada momento, poniéndose en el lugar de él y acompañando el proceso con continuidad. Este concepto es central en su teoría, ya que las fallas en la empatía son, según el autor, la base de la ruptura de la continuidad existencial y de sus efectos: los trastornos narcisistas.

El narcisismo original entonces se va diferenciando en este interjuego en dos formas: *el self narcisista* y la *Imago parental idealizada*. Las frustraciones necesarias e inevitables comenzarán a ejercer presión sobre el self en formación, y como modo de salvar el narcisismo infantil, las catexias narcisistas invisten al self, generando el self grandioso infantil, y a los objetos del self, transformándolos en la Imago parental idealizada. Esta Imago ya reviste un aspecto de transición, al ser idealizada con libido narcisista, pero a la vez contener rudimentos de amor objetal.

En dicho proceso, las frustraciones óptimas, empáticas, irán permitiendo a ese psiquismo incipiente desilusionarse adecuadamente de los Selfobjects, y de esta manera internalizar sus funciones a través del proceso de *internalización transmutadora*. Esto se basa en el concepto psicoanalítico acerca de la internalización como producto de la pérdida de objeto. El self grandioso del niño y los padres idealizados serán reemplazados por estructuras internas que integren las ambiciones, como herederas de la primera forma del

narcisismo, y los ideales, continuadores de la Imago parental idealizada. Las ambiciones serán quienes empujen al self hacia logros, en los que se descargarán las tensiones narcisistas y exhibicionistas, y si todo va bien, se integrarán al yo y permitirán un disfrute de actividades y éxitos. Por el otro lado, los ideales darán una direccionalidad a nuestros propósitos, fruto de dicha imagen de perfección internalizada, transformada en el superyó y el ideal del yo. Esta integración entre ambiciones e ideales se dará de una manera sana y real, que permitan la autocalma y la seguridad, la protección, la confianza en sí mismo, la estimulación que antes cubrían los selfobjects. De esta manera, el self podrá organizarse sobre una base segura, dado que los procesos de fusión y desidealización posterior no han sido traumáticos. Para que este proceso se despliegue sin rupturas, la frustración debe ser tolerable y debe producirse en el momento adecuado del desarrollo.

Este proceso, que se va definiendo aproximadamente hacia el segundo año de vida, irá armando el self, de estructura bipolar para Kohut, al contener dos polos: el de las ambiciones (heredero del objeto reflejante) y el de los ideales (herencia de la Imago parental idealizada), entre los cuales se erige un marco de tensión imaginario, tensión que permite el despliegue del individuo gracias a los talentos y las habilidades. Igualmente, Kohut sostiene que los vínculos con los objetos del self no se disuelven, ya que se necesitan a lo largo de toda la vida, sobre todo en momentos de mayor tensión interna. No generan patología fallas esporádicas de los objetos del self, sino más bien una disposición repetida a la falla, producto de una falla empática reiterada y constante, y por ende de la existencia de una patología en los padres.

El resultante de este proceso en la salud es un sí mismo independiente, cohesivo y con sentido de identidad constante, cuyas dos funciones psíquicas básicas son la autoafirmación sana frente al objeto del self especular, y la admiración sana por el objeto del self idealizado.

En palabras de Heinz Kohut: "Si los padres no tienen conflictos con sus propias necesidades de brillar y triunfar en la medida en que es posible gratificarlas en términos realistas, si, en otras palabras, la autoconfianza de los padres es firme, entonces el orgulloso exhibicionismo del self incipiente del niño encontrará una respuesta de aceptación. Por duros que sean los golpes a los que la grandiosidad del niño está expuesta frente a las realidades de la

vida, la sonrisa orgullosa de los padres mantiene vivo un resto de la omnipotencia original, que se conservará como núcleo de la autoconfianza y la seguridad interna con respecto a la propia valía que sustentan a la personalidad sana durante toda la vida. Y lo mismo puede decirse con respecto a nuestros ideales. Por grande que sea nuestra desilusión a medida que descubrimos las debilidades y limitaciones de los objetos del self idealizados de nuestra vida temprana, su autoconfianza cuando nos sostenían, su seguridad cuando nos permitían fusionar nuestro self ansioso con su tranquilidad, a través de sus voces serenas o de nuestro estrecho contacto con sus cuerpos relajados cuando nos tenían en sus brazos permanecerá como el núcleo de la fortaleza de nuestros principales ideales y la serenidad que experimentamos a medida que vivimos nuestra existencia orientada por nuestras metas internas".<sup>6</sup>

Si los padres, por propias falencias narcisistas, no toleran frustrar, o frustran de manera no empática, no sosteniendo las necesidades narcisistas del niño, y estas fallas son una actitud crónica, generarán una vulnerabilidad difusa en el self en formación, debido a las estructuras internas lábiles. La tensión narcisista generada hará que el self grandioso infantil no se internalice adecuadamente, quedando congelado, y la Imago parental idealizada seguirá a su vez estancada y arcaica. Una de las posibles reacciones dada la frustración generada será la *furia narcisista*, agresión reactiva a la falla empática disruptiva. El sujeto reaccionará con ánimos de venganza y justicia a cualquier precio, y ya en este terreno se irán forjando los trastornos narcisistas.

Cuando los objetos del self no han sido lo suficientemente empáticos, el self no alcanzará niveles maduros de integración, y mostrará fisuras: las necesidades narcisistas arcaicas no satisfechas quedarán como aspectos escindidos en el self del sujeto. Así, las vivencias de carencia interferirán en el óptimo desarrollo de las estructuras internas. El sufrimiento concomitante se expresará en diversos síntomas: un mayor o menor grado de fragmentación, debilitamiento, desorganización, una mayor vulnerabilidad, al carecer de las estructuras necesarias para calmarse a sí mismos y amortiguar el impacto de los estados de angustia; autoestima lábil y dependiente del medio; hipersensibilidad a los rechazos y desilusiones; falta de sentido de la vida,

---

<sup>6</sup> Kohut, H., Wolf, E (1979) *Los trastornos del self y su tratamiento*. En Revista de psicoanálisis 1, N°2. Pág. 341. Buenos Aires: Apdeba.

desvitalización, enfermedades psicosomáticas, exacerbaciones instintivas (Ej. Furia narcisista); falla en las funciones yoicas; y en líneas generales un self agotado por la constante búsqueda externa de reaseguramiento y autoestima.

Kohut diferencia los trastornos primarios y secundarios del self. Los trastornos secundarios son aquellos reactivos, es decir que presentan un self armónico y cohesivo pero circunstancias de la vida impactan en el psiquismo produciendo un debilitamiento temporal. Son aquellas oscilaciones de la autoestima reactivas a éxitos o fracasos, o los estados de enfermedad física, estados neuróticos o circunstancias de la vida que se hacen tolerables en los selfs cohesivos.

Los trastornos primarios, en cambio, son aquellos en los que se ha producido un daño severo y permanente en la estructuración del self, y podrá ser de diferentes tipos según el grado de debilitamiento, fragmentación y desorganización generado por la falla estructural. En los casos más graves, con mayor desorganización y hasta caos están las psicosis, en las que se produce un daño severo y continuo, sin defensas que lo encubran. En un segundo grado de debilitamiento se encuentran los trastornos fronterizos, que presentan, al igual que las psicosis, desorganización, debilitamiento y fragmentación, pero la diferencia está en la organización defensiva que los encubre. En un tercer gradiente de patología se encuentran las personalidades esquizoides o paranoides, que las plantea como organizaciones defensivas (a través de la frialdad emocional o la hostilidad y la suspicacia) ante la posibilidad de sufrir una fragmentación permanente o prolongada, debilitamiento o seria distorsión del sí mismo. El cuarto y último grado de trastorno primario del self engloba los trastornos narcisistas de la personalidad y la conducta. Estos sujetos han quedado fijados a un período temprano evolutivamente, relacionado con un self grandioso y selfobjects hipercatectizados narcisísticamente, aunque ambos (self y objetos del self) son medianamente cohesivos, a diferencia de las estructuras borderline, y presentan fragmentaciones del self temporarias. Para Kohut, este último grupo de patologías son los únicos analizables, ya que son capaces de establecer transferencias (no neuróticas), un vínculo transferencial con características narcisistas.

El autor realiza a su vez una diferenciación entre Trastorno Narcisista de la Personalidad y Trastorno Narcisista de la Conducta en base a los síntomas característicos. El primer grupo se caracteriza por depresión, hipocondría, hipersensibilidad a desaires, falta de entusiasmo, timidez, inseguridad, aislamiento social, vergüenza. Es decir, síntomas de tipo autoplástico (Ferenczi, 1930). El segundo, por síntomas aloplásticos: gran necesidad de atención y elogio constante, reclamos abiertamente narcisistas, conductas perversas, delincuencia o adicciones, por lo que suelen ponerse en potencial peligro. El autor considera que pese a las diferencias en los síntomas, ambos subtipos del trastorno tiene una misma base psicopatológica, el self dañado en su estructuración, y por ende una constante búsqueda de medios para aumentar o fortalecer la autoestima dañada. Por ende, el proceso terapéutico también tiene el mismo derrotero: la búsqueda del fortalecimiento del self.

Otto Kernberg, desde otra línea teórica dentro del psicoanálisis, postula un tipo de desórdenes psíquicos llamados fronterizos, y ubica los trastornos narcisistas como un subgrupo dentro de los mismos. Sostiene que este subgrupo posee un mayor control sobre los impulsos, un pseudo desarrollo de ciertas áreas (laboral, etc.) y un mejor comportamiento social, entre otras características. En sus desarrollos hay varios puntos de encuentro con la teoría kohutiana, y otros aspectos en los que se distancia del autor. Sostiene que los pacientes narcisistas se caracterizan por una autorreferencia inusual, una gran necesidad de sentirse amados y admirados por los demás en contradicción con un inflado autoconcepto. Son poco profundos y poco empáticos, y parecerían solamente poder disfrutar de aquellos aspectos de la vida que están relacionados con la admiración o el amor de los demás hacia ellos. En este mismo sentido, idealizan a quienes los admiran o quieren, y desvalorizan a aquellos que de alguna manera no les confirmen su valor, su grandiosidad o su perfección. Tras una máscara de simpatía y pseudo seducción, son fríos, calculadores, envidiosos y tienden a usar a los demás para su propio beneficio. Kernberg relaciona este comportamiento controlador y omnipotente con una defensa contra la agresividad oral que supone punto central de esta patología. Las defensas predominantes que se erigen son primitivas, como la disociación, negación, identificación proyectiva e idealización, y su objetivo central es proteger la autoestima inflada y frágil.

El autor explica la génesis de este trastorno en una refusión de las imágenes ya internalizadas del sí mismo real e ideal, con el objeto ideal. Se confunden estas imágenes, de manera tal que se niega la dependencia de los objetos externos e internalizados. Hay un gran miedo a depender de los objetos, ya que para ellos la dependencia supone el odio, el resentimiento, la envidia, la posibilidad de ser explotados y maltratados. El vacío resultante del extremo odio y envidia se relaciona con el rechazo de los objetos, la desvalorización de aquéllos y el concomitante pobre desarrollo yoico.

Kernberg diferencia su postura de la de Kohut al sostener que la personalidad narcisista es una patología que difiere del narcisismo normal infantil, ya que se produce por la refusión de imágenes internalizadas del sí mismo real e ideal, con el objeto ideal, mientras Kohut sostiene que son personalidades en las que se ha fijado el self grandioso infantil, arcaico pero normal. Para Kernberg no es una detención del desarrollo normal, sino un desarrollo patológico. No comparte a su vez la diferenciación que hace Kohut de una línea de desarrollo pulsional, objetal y narcisista, ya que sostiene que las cargas narcisista y objetal se dan unidas y confluyen constantemente.

Estas nuevas teorizaciones han permitido comprender las actuales presentaciones del sufrimiento psíquico, trayendo de la mano modificaciones necesarias de la técnica tradicional. Al tratarse de organizaciones psíquicas con rasgos primitivos dada su estructuración deficitaria, los fenómenos transferenciales también suelen ser en líneas generales más masivos, indiscriminados, o basados en necesidades narcisistas como el espejamiento, el sostén, la necesidad de idealización, etc. Este tipo de transferencias pueden generar en el terapeuta reacciones contratransferenciales a su vez más masivas, indiscriminadas y primitivas. En este sentido, en estos pacientes se hacen aún más esenciales las supervisiones continuas, como modo de comprender lo que se juega en estas reacciones, cómo está implicado el analista, y cómo estos obstáculos a la comprensión pueden transformarse, una vez elaborados, en aliados indiscutidos para el avance en el tratamiento.

En sus escritos, Freud sostenía que el tratamiento de las neurosis narcisistas era extremadamente difícil, sino imposible, y el obstáculo principal era el muro que se erigía en dichos tratamientos por la dificultad de estos pacientes de establecer una neurosis de transferencia con el analista. En esa

época, sostenía que "en las neurosis narcisistas la resistencia resulta invencible y lo más que podemos hacer es echar una mirada por encima del muro que nos detiene y espiar lo que al otro lado del mismo sucede. Nuestros métodos técnicos usuales deben ser reemplazados por otros, pero ignoramos todavía si nos será posible operar esta sustitución".<sup>7</sup> Podemos pensar las teorías de estos pensadores postfreudianos como una interesante aproximación al tratamiento de dichos trastornos.

Dada la amplitud de los fenómenos abarcados en las patologías de déficit, y teniendo en cuenta que esta tesis tiene un corte clínico – técnico fundamentalmente, el trabajo se centrará en los Trastornos Primarios del Self analizables, ya que son los que realizan transferencias específicas y por ende son analizables. Centraremos entonces el trabajo en los trastornos Narcisistas de la Personalidad y la Conducta.

---

<sup>7</sup> Freud, S. (1916- 17) *Lecciones introductorias al psicoanálisis. Conferencia 26: La teoría de la libido y el narcisismo*. Obras Completas, Tomo 2. España: Biblioteca Nueva.

### **Las características de la contratransferencia en los tratamientos de organizaciones deficitarias**

Dadas las características que definen estos trastornos, las vicisitudes del proceso terapéutico tendrán también ciertas características especiales.

Los mecanismos primitivos predominantes de estas estructuras (escisión, regresión, etc.) marcan una falla empática del medio, en la que éste no ha podido funcionar como continente de lo improcesado del psiquismo del infante y reformularlo de modo más diferenciado. Esta falla otrora externa ha quedado internalizada como una falla en las estructuras internas y la capacidad de procesar ansiedades que se desplegarán en la terapia. Las experiencias quedan por momentos como abrumadoras realidades, traumáticas, intolerables. Las fallas primitivas en la estructuración psíquica suponen en algunos pacientes una perturbación en el funcionamiento del proceso secundario, que se jugará en la transferencia como momentos de no discriminación, confusión, no diferenciación, pudiendo sentirlos el terapeuta a modo de reacción contratransferencial.

Ante tanta intensidad, el terapeuta podrá responder desde una adecuada contención, funcionando como dicho continente empático, editando algo novedoso para ese psiquismo. O podrá verse, por vía de la identificación con el paciente, abrumado en su capacidad de pensar, cayendo muchas veces en actuaciones de dicha contratransferencia, interviniendo sin haber elaborado adecuadamente su intervención.

Otto Kernberg (1994) sostiene que cuanto mayores son los aspectos regresivos de un paciente, más intensa y menos elaborada suele ser la reacción del terapeuta, y por ende menos neutral puede ser en su funcionamiento. Sostiene que el terapeuta queda inmerso en un proceso de regresión empática con el paciente, como modo de mantener una conexión emocional con él. Las identificaciones más arcaicas y los procesos de identificación proyectiva reactivados por el paciente generan una situación de vulnerabilidad especial, por la cual el terapeuta queda enfrentado a



determinados peligros: ansiedades primitivas conectadas a impulsos primitivos, primordialmente de tipo agresivo, un borramiento de la discriminación yo-no yo, intentos de control sobre el paciente dada la menor discriminación objetal. Esta experiencia emocional puede ser útil como modo de comprender los procesos que tienen lugar en el psiquismo del paciente, si se producen mecanismos compensatorios ligados a los aspectos más maduros del yo del analista, que seguirá funcionando en sus tareas de discriminación yo- no yo.

Kernberg también sostiene que en los tratamientos de pacientes regresivos (en los que incluye los narcisistas como un subtipo de pacientes borderline) el terapeuta suele atravesar momentos de intensas dudas acerca de su propia capacidad y valía, temores exagerados a críticas de terceros, retiros narcisistas que lo llevan a perder la empatía con el paciente, reaparición de cierta omnipotencia arcaica que se puede reflejar en creencias de una capacidad exacerbada para ayudar al paciente o una tendencia ilusoria de dedicación total al paciente.

Para Kohut, el diagnóstico de los trastornos narcisistas de la personalidad y la conducta están esencialmente vinculados al tipo de transferencia especial que despliegan, y se realiza primordialmente en base a dichas transferencias. Este fue un aporte importantísimo de la teoría del self, ya que hasta ese momento se consideraban solamente las transferencias neuróticas y por ende las neurosis como los trastornos analizables por el psicoanálisis. El autor llamó a estas transferencias diferentes de las neuróticas, *transferencias narcisistas*, y más adelante en su obra, *transferencias con los Objetos del Self*.

En estas transferencias se juega como aspecto fundamental el sufrimiento central narcisista. Suelen sentir fácilmente su narcisismo herido, tienden a ofenderse en vez de enojarse. Se juega constantemente la búsqueda de ser cuidados, registrados, contenidos, valorados. Muchas veces la línea de la contratransferencia tiene en parte esta cualidad también: el analista puede experimentar al paciente como parte de sí mismo, dado el borramiento narcisista de las diferencias yo – no yo, dejando de captar empáticamente al paciente. La terapia se torna una necesidad confirmatoria del buen analista que es, si el paciente mejora, o se transforma en un sufrimiento narcisista si el

paciente no logra la mejoría que según la mirada del terapeuta debería lograr. En definitiva se comienza a jugar toda la dinámica en base a la valoración personal, espejo del mismo juego doloroso que despliega transferencialmente el paciente.

En el proceso terapéutico, a través de los fenómenos transferenciales, se reactualizará este Self fallidamente estructurado, dando a la dinámica transferencia –contratransferencia los rasgos específicos antes mencionados. De esta manera, las transferencias que estos sujetos podrán realizar en el tratamiento serán transferencias de aquél déficit en la estructuración de su mundo interno: transferirán aquellas necesidades arcaicas del self, que no se lograron cubrir adecuadamente debido a fallas de los objetos del self.

En base a estas necesidades, se podrán establecer tres tipos de transferencia:

- ❖ La necesidad de vivenciar aceptación y espejamiento será reeditada en el analista a través de la *Transferencia especular*: Se trata de la reactivación en el análisis de aquel Self grandioso exhibicionista de la infancia y sus fantasías omnipotentes. El otro existe en tanto y en cuanto sea reflejo de esa omnipotencia, y en ese lugar es puesto el terapeuta, quien refleja y confirma el self del paciente. De esta manera va dando cohesión y continuidad a la experiencia infantil trunca, lo que será la base para una mayor autoestima.
- ❖ La necesidad de vivenciar la fusión con la grandeza de estos objetos se reflejará en la *Transferencia idealizadora*: Se trata de la reactivación en el análisis del objeto omnipotente, de la Imago parental idealizada, a quien se ha atribuido en la infancia toda la perfección narcisista. Esta atribución, que en sesión se realiza sobre la figura del analista, deja al self en un estado de indefensión al estar lejos del objeto idealizado, que da tranquilidad, calma y seguridad. Se intenta entonces por todos los medios mantener la fusión con dicho objeto, y de esa manera sentirse seguro.
- ❖ La necesidad de vivenciar la presencia de un objeto semejante a uno mismo se reeditará en la *Transferencia gemelar o alter ego*: En sesión se reactiva, en este tipo de transferencia, la búsqueda de un objeto del self que pueda ser sentido como un gemelo, un par que comparta metas, ideales, etc. Esta

transferencia fue pensada por Kohut como un subtipo de la especular, pero más tarde en su obra las distinguió como dos transferencias diferentes.

A través del trabajo con la transferencia, Kohut sostiene la posibilidad de ser un nuevo objeto del self que pueda otorgar una novedosa experiencia de cohesión, grandeza y semejanza al self herido del paciente. El analista como un objeto del self transferencial responderá empáticamente a las necesidades narcisistas desplegadas en sesión: la necesidad de encontrar en ese objeto del self comprensión, alguien que se puede ubicar en su lugar, serenidad, atención, estímulo, registro, alguien que puede sobrevivir a su furia o sus embates, alguien que puede ser idealizado. Esto no se logra estimulándolo, sino permitiendo que surja sin interferencias ni ataques.

En esta nueva experiencia, el sujeto podrá ir reconstituyendo su self arcaico hasta lograr una estructura más fuerte, que le permita tolerar las vicisitudes de sus vivencias. Se va logrando la integración del self y una modificación más adaptativa de las pulsiones. Este proceso se logra si el analista puede desarrollar una respuesta empática activa, que Kohut define como un instrumento para percibir y pensar frente al sujeto que padece. No es una actitud forzada de mayor ternura o compasión, sino una manera de percibir a través de la comprensión de lo que el paciente siente.

Kohut sostiene que se desplegará una de estas modalidades transferenciales primordialmente, según aquello que se reactive en la terapia como el núcleo conflictivo del paciente. Sin embargo observa que algunas veces estas formas se dan de manera mixta, con demandas de especularidad y necesidad de idealización del analista.

En el analista, estas transferencias generan reacciones muy diferentes a las de las transferencias neuróticas. Las reacciones más usuales suelen estar impregnadas de la carga narcisista desplegada por el paciente, y son más intensos cuanto mayores sean los aspectos narcisistas enquistados en el analista. En este sentido, Kohut sostiene que ningún analista está exento de estas reacciones, dada la vulnerabilidad narcisista que siempre existe en algún grado. La diferencia se da en la posibilidad de revisión y modificación de las actitudes y reacciones luego de ser percibidas por el análisis personal o la supervisión. Si se trata de reacciones rígidas y arraigadas dada una

vulnerabilidad narcisista patológica en el terapeuta, éstas continuarán surgiendo e impedirán que el proceso terapéutico avance.

Si bien Kohut nombra sólo a estas últimas como reacciones contratransferenciales, en esta tesis se tomarán todas como aspectos de la contratransferencia, cada una con derroteros diferentes. Como se decía en anteriores capítulos, será la diferencia entre reacciones contratransferenciales obstaculizadoras y aquéllas que logran funcionar como aliados para la comprensión del paciente. En el caso específico de las transferencias narcisistas o de objetos del self, se hace difícil diferenciar taxativamente como lo hace Kohut, teniendo en cuenta que la corriente narcisista subsiste, con mayores o menores transformaciones, a lo largo de la vida de cada uno. Lotte Köler lo explicita de esta manera: "las necesidades de self-objetos persisten durante toda la vida, aunque también se desarrolla una representación del objeto objetivo, vivido como centro de iniciativa propia. Pero esta representación no reemplaza ni absuelve a la función de self – objeto ya que ésta permanece durante toda la vida como un factor necesario para la supervivencia psíquica".<sup>8</sup>

Dentro del marco de las posibles reacciones contratransferenciales, podemos entonces pensar en aquéllas resultantes de las transferencias idealizadoras, las transferencias especulares o las transferencias alter ego.

Ante las *transferencias narcisistas idealizadoras* (Kohut, 1971), el terapeuta puede reaccionar de diversas maneras:

- Puede censurar el narcisismo manifiesto del paciente, sobre todo en los casos de trastorno narcisista de la conducta. Kohut advierte sobre esta posibilidad y sus efectos devastadores: "si, sobre la base de la madurez terapéutica o de la moral-realidad, el terapeuta se dedica a censurar el narcisismo manifiesto del paciente, sólo logrará hundir las necesidades narcisistas reprimidas aún más en la represión, o bien hará más honda la escisión de la personalidad que separa el sector de la psiquis que contiene el self autónomo que no encontró

---

<sup>8</sup> Köhler, L. (1989) *La problemática del psicoanalista en las transferencias self-objeto*. En psicoanálisis XI, N° 1. Pág.46. Buenos Aires: Apdeba.

respuesta del self exteriormente seguro que carece de autonomía, e impedirá así el establecimiento de una transferencia narcisista".<sup>9</sup>

- Puede el analista reaccionar, por una reactivación de su propio self grandioso no elaborado suficientemente, con fantasías grandiosas inconcientes. Para defenderse de la estimulación de estas fantasías, muchas veces reacciona con un rechazo a la idealización, cercenando con ello la posibilidad de despliegue y elaboración de los núcleos del Self lastimados del paciente. Kohut sostiene que "el rechazo analíticamente injustificado de las actitudes idealizadoras del paciente es motivado, en general, por una protección defensiva respecto de tensiones narcisistas dolorosas (experimentadas como desconcierto, cohibición y vergüenza, que llevan incluso a preocupaciones hipocondríacas) que se generan en el analista cuando las fantasías reprimidas de su self grandioso resultan estimuladas por la idealización del paciente".<sup>10</sup> Estas reacciones pueden ser sustituidas por respuestas más ajustadas gracias al autoanálisis o la supervisión, salvo que el terapeuta posea aspectos narcisistas no elaborados y muy inconcientes que no le permitan modificar este tipo de reacción.

El rechazo a la idealización puede ser menos directo y encubrirse de interpretaciones que pueden ser correctas pero que están hechas demasiado prematuramente o con cierto exceso de objetividad, distancia o jocosidad que marquen algún aspecto de rechazo al proceso de idealización reeditado en transferencia.

- Al ser para el paciente un objeto del self, es decir, objeto subjetivo, puede el analista sentir que se le adjudican características que le son ajenas. Esto puede generar una necesidad de aclarar el error, no pudiendo verse la fantasía desplegada y necesitando corregirlo, a veces en nombre del "criterio de realidad".

- Puede tender a resaltar los logros del paciente cuando éste está intentando desplegar su necesidad idealizadora, y con ello trabar el proceso y hacer que el paciente se sienta incomprendido en su necesidad de idealización.

---

<sup>9</sup> Kohut, H., Wolf, E (1979) *Los trastornos del self y su tratamiento*. En Revista de psicoanálisis 1, N°2. Pág. 355. Buenos Aires: Apdeba

<sup>10</sup> Kohut, H. (1971) *Análisis del Self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Pág. 238. Buenos Aires: Amorrortu.

- Algunas veces el paciente se defiende fuertemente de la transferencia idealizadora, dando lugar al despliegue de actitudes de rechazo, crítica, enojo o desvalorización hacia el terapeuta, y dada la fina percepción que suelen tener los pacientes narcisistas para detectar los puntos débiles del otro, pueden generar reacciones masivas de defensa en el terapeuta si éste no logra reconocer en dicha actitud una necesidad narcisista no elaborada adecuadamente.

- Köler (1989) profundiza en una posible reacción del analista a la idealización del paciente, en el caso en que éste es exitoso o talentoso. Puede aparecer un respeto genuino de las posibilidades del paciente, como centro de iniciativa propia, o puede sentir esa grandeza del paciente como medio para sostener su propia autoestima. Si éste fuera el caso, el analista carga al paciente de sus propias expectativas narcisistas, y cualquier circunstancia del paciente puede hacerlo sentir un fracaso narcisista propio. El paciente reaccionará posiblemente con una necesidad de estar siempre bien, como forma de alimentar el narcisismo del terapeuta y el propio narcisismo.

- Hacia el final del análisis, otra reacción que puede aparecer es la de quedar afectado por la desidealización del mismo paciente que antes lo había necesitado idealizar. Si este proceso de desidealización del terapeuta se produce correctamente, la comprobación de la realidad los hará ir aceptando las limitaciones reales del terapeuta, y preparándolos para el final de tratamiento.

Si se da alguna de estas reacciones en el analista, una vez más el paciente quedará enfrentado a un objeto del Self fallido. Kohut sostiene que sólo una reacción es en ese momento recomendable: la aceptación de la idealización.

En cuanto a las *trasmisiones especulares* (Kohut, 1971) en sentido estricto, el analista es centro de las exigencias del self grandioso del paciente, y en este sentido es quien refleja y confirma, recibe y aprueba sus fantasías grandiosas. Estas intensas exigencias pueden generar una carga difícil de manejar en el terapeuta, que a veces le resulta una tarea muy ardua poder limitarse a tolerar la irrupción del exhibicionismo e interpretar la grandiosidad.

Dada la intensidad de la energía narcisista desplegada, puede suceder

que el terapeuta reaccione con una actitud resistencial frente a tal irrupción, mostrando lo irracional de tales fantasías, o inhibiendo el despliegue de las mismas.

Por otro lado, la sobrecarga de corriente narcisista que lo ubica en un lugar de Selfobject, en algún punto desubjetivizado, y por el que se reduce a ser un mero espejo del narcisismo herido del paciente, puede decantar en reacciones actuadas de rechazo, anulando la posibilidad de canalizar ese núcleo narcisista enquistado en el paciente. A diferencia de subtipo alter ego, en las transferencias especulares propiamente dichas no suele estar amenazado el estado de atención, ya que el terapeuta si bien es tocado en su narcisismo y esto puede generar reacciones de incompreensión o rechazo, el ser ubicado en un lugar de espejo y eco del despliegue narcisista lo mantiene atento y activo. El analista es y existe en la medida que satisface las necesidades narcisistas del paciente.

En cambio, en las transferencias de tipo *alter-ego* o *fusionales* puede resultar difícil mantenerse atento, interesado, empático, dado el despliegue narcisista en transferencia que supone un borramiento del otro, una cuasi eliminación de su existencia, que dificulta el compromiso emocional con el paciente, al quedar el terapeuta anulado como sujeto diferenciado. En palabras de Kohut: "en las variedades gemelar (*alter ego*) y fusional de la removilización del self grandioso, empero, el analista como individuo independiente tiende a ser tachado por completo de las asociaciones del paciente, y de ese modo se lo priva de esa gratificación narcisista ínfima que recibe incluso en la transferencia especular: que el paciente reconozca su existencia separada de él".<sup>11</sup>

Las consecuencias de este borramiento son, además de la falta de atención, una posible ausencia de compromiso emocional con el paciente, reacciones de ira, interpretaciones incorrectas, tensiones, impaciencia y otros tipos de actuaciones. El retiro de la atención suele repercutir en un estado de aletargamiento o aburrimiento, y un aumento de la inactividad, dada la ausencia de catectizaciones objetales en juego que pueden generar temores

---

<sup>11</sup>, H. (1971) *Análisis del Self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Pág. 245. Buenos Aires: Amorrortu  
Las características de la contratransferencia  
en los tratamientos de organizaciones deficitarias

arcaicos de disolución de la propia subjetividad por la fusión. Kohut sostiene que estas fallas son altamente frecuentes en estos tratamientos. Dada la corriente desubjetivadora por el despliegue de libido narcisista, el terapeuta puede a su vez tender a vivenciar cada logro del paciente como alimento del propio narcisismo y cada momento de dificultad o angustia como una laceración a su omnipotencia, y hasta en algunos casos, una afrenta personal del paciente. Será necesario establecer espacios de supervisión continua para poder despegarse de esta fusión narcisista y poder volver a funcionar desde un lugar más neutral y sostenedor.

Kernberg sostiene, al igual que Kohut, que en estas personalidades es central para el diagnóstico el tipo de transferencia que se despliegan. Para Kernberg, las reacciones transferenciales se mueven entre la grandiosidad y la distancia narcisista, y por otra parte, una tendencia marcadamente paranoide. No logran internalizar al analista como una persona independiente, y no toleran la dependencia hacia él que va generando la terapia. Pueden llegar a intentar destruir todo aquellos que ellos ven como bueno en el analista, destruir todo valor de una intervención, como forma de recuperar el control omnipotente y no sentir envidia o dependencia. El analista tiende a sentir, según el autor, un estancamiento paralizante. Los intentos de control omnipotente hacia el analista pueden generar en éste una tendencia a ser correctivo, como si hubiera que reeducar al paciente.

Dada la fusión de las imágenes de objeto idealizadas con el sí mismo, que queda armado en una base de grandiosidad, aquellos aspectos inaceptables del self quedan reprimidos o disociados, y son eventualmente proyectados hacia los objetos externos, que quedan por todas estas razones absolutamente desvalorizados. El mecanismo de disociación es muy importante en esta patología, y puede generar en el terapeuta momentos de incompreensión del material, una sensación de haber perdido alguna conexión en el discurso, o de no poder ligar asociaciones para poder intervenir adecuadamente.

Kernberg sostiene que las reacciones contratransferenciales en los tratamientos de pacientes narcisistas permiten ir infiriendo las tendencias ocultas en el comportamiento del paciente.



Dado el trato hacia el analista, como una simple extensión del paciente, éste tiende a sentir mucho más intensamente los conflictos internos del paciente. Kernberg sostiene que es por este motivo que la contratransferencia resulta tan reveladora en estos pacientes. El autor sostiene que la dificultad mayor en la transferencia narcisista radica en la constante negación del analista como otro independiente. Esta descatectización del otro que se reproduce con el analista tiende a generar en él una gran dificultad para prestar atención en la sesión, además de otras posibles reacciones (impotencia, frustración, incompreensión, etc.)

El rechazo sistemático a interpretaciones puede generar impotencia en el analista. Luego de una intervención se producirá posiblemente un repentino abandono del tema, dada la imposibilidad del sujeto narcisista de aceptar y agradecer una intervención, y de seguir ligando y procesando. Cuanto más valiosa la intervención, más objeto de envidia será, y mayor la desvalorización posterior.

La tendencia antisocial, que suele ser más común en los trastornos narcisistas de la conducta, puede generar un mayor temor en el analista por los comportamientos del paciente que lo que el mismo paciente percibe. De alguna manera el paciente ha podido transferirle, a través de mecanismos proyectivos, la preocupación o la culpa que el paciente mismo no puede sentir.

Una temporaria idealización del analista puede darse por la proyección del self grandioso idealizado. El analista es parte del sí mismo, no hay una real percepción de otro. En estos casos son muy comunes dos tipos de reacciones contratransferenciales: el rechazo sistemático a la idealización o una excesiva aceptación. Kernberg sostiene, al igual que Kohut, que es llamativa la capacidad de los pacientes narcisistas para detectar en el analista aquellos puntos menos elaborados de su propio narcisismo.

Son por ende, en líneas generales, reacciones contratransferenciales mucho más masivas, indiscriminadas, primitivas, en las que el terapeuta puede verse inmerso sin poder elaborarlas, obstaculizándose de esta manera su capacidad analítica.

Desde un principio de la relación terapéutica, los ejes transferencia – contratransferencia con estos pacientes son muy intensos, a tal punto de

generar la necesidad permanente de objetivar la mirada y la comprensión a través de colegas y supervisores. Al menos en mi experiencia clínica he necesitado más que nunca estas instancias, y gracias a sus miradas he ido pudiendo comprender más claramente los casos y mi implicancia contratransferencial en cada uno de ellos.

Muchos postfreudianos analizaron el tema y realizaron vastos desarrollos teóricos, sosteniendo que el proceso analítico en estas estructuras es muy diferente, pero sin dudas se generan afectos paciente – terapeuta, una comunicación afectiva con características de masividad, sin posibilidad de una mediación, llegándose a la acción por la indiferenciación que se genera en el vínculo.

El vínculo se caracteriza entonces por una relación, pero de tipo narcisista, donde el otro (terapeuta) ya no es percibido como otro, sino más bien como una extensión del paciente, en el cual ha depositado aspectos propios y desde allí se vincula. Por este motivo algunos autores han considerado que éstas no son verdaderas transferencias. Sin embargo, el paciente está transfiriendo de alguna manera un patrón vincular muy primitivo que en el aquí y ahora se reedita, aunque sea de manera masiva e indiscriminada, y este patrón reeditado genera un desconocimiento y una distorsión en el vínculo actual, a la manera de la transferencia. En este sentido se puede sostener que en este tipo de trastornos se produce un verdadero proceso transferencial.

## **Análisis de la contratransferencia en el tratamiento de un paciente con Trastorno Narcisista: Caso Paulina**

Dado el tipo de temática, de corte primordialmente clínico, se trabajarán dos casos para poder pensar algunos de los lineamientos desplegados en este trabajo. Se han elegido dos ejemplos cuyos procesos fueron muy diferentes, y que en ambos se jugó de manera especial el desarrollo del proceso contratransferencial. Es importante aclarar que estos ejemplos han sido modificados en aspectos no relevantes para poder cuidar el anonimato de los pacientes.

La primera viñeta clínica tiene características muy diferentes a la segunda, y un desarrollo y un resultado del tratamiento con menos logros y peor pronóstico.

Paulina es una joven de 25 años, que consulta por una situación de malestar difuso ante la inminente separación de su novio, Jaime, y la sensación de soledad que la atrapa. Paulina tuvo episodios extensos de anorexia y bulimia en su vida. Actualmente la compulsión oral se derivó en un abuso del cigarrillo. Ella refiere de sí misma: "tengo una tendencia adictiva fuerte". Se observa una dificultad para registrar afectos e integrar vivencias, reflejada en su discurso pobre, abstracto, que contratransferencialmente inunda de confusión y trasmite una sensación de vacío.

Ha vivido conductas de riesgo de diferente tipo, como probar drogas, practicarse un aborto por un embarazo no deseado o comenzar a salir con un posible portador de sida sin protección adecuada, sin medir las consecuencias de tales experiencias. Su embarazo fue un descuido, y el aborto muy expeditivo, "sin pensarlo, rápido, sin querer saber nada. Fue bastante rápido, y nada". Con su pareja, amigo de su ex pareja y posible portador, comenzó a tener relaciones "sin darse cuenta", habiéndosele dicho que podía ser portador. Ante las intervenciones al respecto, ella refiere "debe ser una mentira de Jaime, porque está celoso". No hay registro de peligro, ni búsqueda de la autoprotección por análisis de sangre o uso de métodos de barrera. La escisión domina su discurso: no se registra el concomitante afectivo de dichas

vivencias, las cuales al no registrarse psíquicamente en su condición más acabada, se precipitan como pasajes al acto en la conducta.

Muestra un perfil afín a lo que desde la psicología del self se ha denominado trastornos narcisistas de la conducta. Se observan fantasías omnipotentes abiertas, frente a una difusa inseguridad y dificultad para la autocalma. Se presenta una intensa energía psíquica autorreferencial, y por momentos muestra aspectos persecutorios frente a sus vínculos sociales. Su actitud omnipotente, recelosa y competitiva le genera grandes dificultades en sus relaciones sociales. Se presentan actitudes manipuladoras hacia los demás, un uso del otro para los propios fines, y descargas en actos de la ansiedad no procesada: aspectos adictivos en relación a la comida, al cigarrillo o a sus relaciones amorosas, que tienden a ser, según ella, fusionales. “No sé separarme, me cuesta estar sola”. Se introduce en una relación para poder terminar otra. Empezó a salir con Jaime para olvidarse de un novio anterior, pero cada cierto tiempo, estando con Jaime, volvía con su anterior novio. A su vez relata la existencia de un tercero, que simplemente la hace sentirse acompañada. Comenzada la terapia, se separa de su novio, cuando tiene relaciones sexuales con el mejor amigo de Jaime.

Así una y otra vez se repite un patrón de huida de los duelos y de las situaciones de soledad. Parecería no poder ser sin otro, y el otro pasa de ser objeto idealizado a ser objeto malo, que la maltrata, la hace sufrir, y la echa violentamente de su vida. No se observa mucho registro afectivo de las separaciones vividas, dada la escisión del yo y la predominancia de una modalidad vincular narcisista: el otro es en cuanto funciona como objeto del self, que la registre, la contenga o funcione de objeto omnipotente que la calme. Parecería necesitar constantemente un objeto que preste un servicio ante el desvalimiento intrínseco, para no sentir el desamparo y la vivencia de aniquilamiento. Así Paulina se precipita de una relación en otra, o en varias a la vez, confusamente, como seudo – garantía contra el desvalimiento y la soledad.

En transferencia se reeditaba este tipo de vínculo, siendo yo como terapeuta un objeto del self que sostenía su despliegue narcisista y sus fantasías omnipotentes. Mientras me mantenía en identidad con ella, era sostén, daba calma, y participaba de su goce narcisista. Cuando con alguna

intervención (sobre todo al final de la terapia, que más adelante se considerará) ubicaba algo del orden de un otro diferente a ella, un hiato en su fusión imaginaria conmigo como objeto del self, su actitud cambiaba, su reacción era de distancia emocional, furia narcisista y desazón.

Podría pensarse entonces en un despliegue transferencial del orden de la fusión con el objeto del self arcaico, una transferencia de tipo gemelar o alter ego, por el cual el paciente utiliza al terapeuta como extensión de su propio sí mismo. Desde lo conductual esto se observaba también en lo poco que miraba a los ojos, como si no hubiera adelante suyo un interlocutor diferente a ella. Contratransferencialmente, estas características de borrado de la subjetividad del otro – terapeuta, generaban en mí una sensación de ausencia en la escena de la sesión, y a veces dificultad para seguir el hilo de su discurso.

La paciente mostraba poca profundidad emocional, indiferencia, y una gran dificultad para participar de situaciones sociales. Se reiteraban en su historia y en la actualidad en sus relaciones laborales una constante y difusa tendencia persecutoria. Solía referir pensamientos acerca de los demás, que dirían, que pensarían, si querrían usarla por sus capacidades intelectuales, si querrían arrebatarle su puesto, si estaban celosos o envidiaban su gran preparación universitaria. Había una sensación de vacío y deshumanización en sus relaciones, una intensa distancia emocional que dejaba desafectivizados sus lazos con los demás. Tenía aspectos típicamente narcisistas en su funcionamiento con otros: la grandiosidad, la manipulación para lograr sus objetivos, el poco registro del otro y la tendencia a adjudicar pensamientos o intenciones a las acciones de los demás. En sesión se reeditaban estas características vinculares conmigo, tendiendo a adjudicarme pensamientos o afectos, como si “supiera” que iba a decir o pensar. Esto producía en mí reacciones contratransferenciales de confusión, al sentir un desfase entre lo que se me adjudicaba y lo que verdaderamente sentía. La confusión ha sido también considerada por Kernberg como un efecto del mecanismo de escisión dominante, al quedar en evidencia los quiebres internos, como desarticulaciones que rompen la unidad del discurso.

La presencia de estados de angustia, desvalimiento, disminución de la confianza en sí misma, se superponían con síntomas de índole contraria: vacío, jactancia, grandiosidad, arrogancia, tendencias persecutorias, conductas

manipuladoras. Esta superposición también podría ser indicador de una escisión vertical predominante (Kohut, 1979). Ambos estados parecían coexistir sin mucho registro de esta yuxtaposición. Podríamos pensar en un self sobrecargado, que Kohut y Wolf relacionan con la ausencia de objetos del self con los cuales fusionarse para encontrar la calma a las situaciones de ansiedad y de afectividad desbordada. Kohut y Wolf (1979) sostienen que este tipo de self queda traumatizado por el exceso, y la ausencia de un objeto omnipotente y tranquilizador genera un estado de constante alerta, por percibir el mundo como hostil o peligroso. La percepción de mundo hostil suele aparecer cuando se produce una herida narcisista.

La vivencia en estos sujetos es la de una desestructuración de su lábil psiquismo ante la mínima falla del objeto idealizado, que se torna persecutorio al fallar, por el mecanismo de disociación que opera. Paulina refería “altos y bajos” en su vida, en los que si estaba bien con alguien se percibía deseable y tranquila, en contraposición con un estado de confusión y miedo en situaciones de soledad. Los aspectos persecutorios que desplegaba, esta hipersensibilidad a los desaires y desencuentros vinculares, generaban en mí una especie de bloqueo en mis intervenciones y me encontraba por momentos con miedo a realizar señalamientos por la posibilidad de una reacción de Paulina. Tuve que supervisar mucho estos estados afectivos que me invadían, para no quedar inhabilitada como analista.

Paulina tenía un vínculo muy ambivalente con sus padres. Necesitaba sentar distancia ante una vivencia enloquecedora de dobles discursos y tratos agresivos. La imagen materna internalizada funcionaba violentamente, e impactaba en la joven generando confusión, agresividad. “Mi madre es muy violenta, de violencia verbal, es muy distante y ególatra, y necesita constantemente alimentar su narcisismo (...) nunca pudo lograr un vínculo con sus hijas, necesita relacionarse de una en una, y constantemente arma alianzas entre unas y otras”. En sus relatos aparecía una madre en extremo autorreferencial, con rasgos narcisistas claros y con una gran dificultad para transmitir y decodificar afectos. Esta función materna fallida influía así en el psiquismo de la sujeto con consecuencias devastadoras. Kernberg sostiene que suele existir en los sujetos con fallas narcisistas la presencia de padres fríos y encubiertamente agresivos, insensibilidad e indiferencia bajo una

máscara de maternidad formalmente organizada. Se suele observar a su vez que desde el origen el adulto no ha podido funcionar como membrana para excitación y metabolizar las emociones. Un objeto del self que no logra calmar, no podrá luego ser internalizado como función de autocalma. La madre no logra codificar un estado de excitación, y la no – codificación queda como exceso en el aparato; la función parental fallida será luego una función interna también fallida. Así, este aparato seguirá funcionando en el exceso, en el no procesamiento, en la imposibilidad de autocalma, por haber sufrido las consecuencias de objetos del self que no pudieron funcionar como objetos calmantes.

En este marco de funcionamiento, la terapia fue un espacio novedoso para forjar un enlace entre acontecimientos, que generara un nuevo tipo de inscripción. El terapeuta como nuevo objeto del self permite reflejar, registrar las demandas narcisistas y codificarlas. Cuando se pueden empezar a encontrar otras palabras, se realizan nuevas inscripciones que editan en este vínculo una nueva modalidad de procesamiento. Las funciones internalizadas de manera incompleta o fallida tendrán una nueva posibilidad de fortalecerse y cohesionarse.

Al funcionar la transferencia en el déficit, masiva y lábil, estos sujetos transfieren las necesidades inadecuadamente tramitadas frente al objeto originario, por lo que no se pudieron terminar de elaborar. Frente al nuevo vínculo que se les ofrece, tenemos la posibilidad de inaugurar algo novedoso: la posibilidad de afirmar en vez de desmentir las vivencias y permitir el despliegue de las fantasías omnipotentes, integrando así los procesos del yo que han quedado disociados, y confirmándosele por primera vez una experiencia emocional. El encuadre genera todas las condiciones para que se genere una relación de objeto diferente, y pueda crearse una representación en el déficit.

Se considera que en estos análisis el terapeuta es ubicado en lugar de objeto del self, es decir que el paciente exige de él el desempeño de ciertas funciones que los originarios objetos del self no han podido cumplir, y en esta exigencia puede llegar a ser muy manipulador, ya que no se logra percibir al analista como objeto separado de sí mismo. Esto traía en mi contratransferencia reacciones difíciles de manejar por momentos, de pérdida

de atención y de estados de confusión por su discurso vago y abstracto, efecto de la libido narcisista predominante, por la cual yo no era catectizada como objeto diferente sino como objeto en fusión e identidad con ella. A su vez, me generaban desconcierto, una sensación de extrañeza, por adjudicárseme desde fuera afectos o pensamientos, producto de esta misma libido narcisista con que se me investía.

Poco a poco pudo ir mostrándose más introspectiva y menos proyectiva, a medida que yo se lo devolvía con preguntas, con un espacio de pensamiento tolerante y no retaliativo. De esta manera yo no repetía el patrón de acción – reacción, sino que introducía un hiato, una posibilidad de pensar en lo que la hacía funcionar a ese nivel. En vez de sostener la escisión, daba un espacio para que se desplieguen sus fantasías; en vez de ser un objeto del self que volvía a funcionar sin registro de su mundo psíquico, intentaba dar registro a sus necesidades narcisistas de reflejo y sostén. En este punto pudo ingresar mi intervención más productiva: ser un nuevo objeto, que escucha lo que dice, le da un lugar, y hasta se puede mantener vivo ante la irrupción de su propia agresión. Por momentos en la terapia se tornaba agresiva, cuando su narcisismo se sentía dañado por algún motivo (vacaciones, alguna cancelación o pedido de cambio horario, situaciones excepcionales que eran vividas con molestia). El sostener esa agresión sin represalia, es poder hacerle vivir quizá por primera vez que los objetos sobreviven a su furia, punto de anclaje de una relación menos primitiva con un otro diferenciado. De esta manera podía comenzar a vivenciar una experiencia con un objeto no reactivo, que sostiene sin venganza.

Se trabajó en esta línea por un tiempo mayor a un año, y el fin de la terapia se precipitó en paralelo con el fin de mi embarazo y por una situación laboral de la paciente. Paulina tenía muchos problemas con sus compañeros de trabajo, se sentía dejada de lado por ellos, no considerada, adjudicaba envidia y celos a los demás por sus capacidades y su preparación profesional. Esto decantó en algunas ausencias para evitar este ambiente que le hacía sufrir ante la irrupción de una ansiedad de tinte persecutorio. Días después, me pidió un certificado en el que justifique sus ausencias por un estado de “estrés laboral”, y explique que en esos días había tenido que hacer sesiones extra. En otras palabras, me impulsaba a faltar a la verdad y la ética para cubrir su



conducta, mostrando de esta manera sus aspectos más manipuladores y antisociales. Este intento de manipulación y mentira fue rechazado cortésmente por mí, explicando las razones por las cuales yo no podía acceder a su pedido, e intentando pensar con ella la situación. Pero la reacción no se hizo esperar, y no pudo ser del orden del pensamiento reflexivo. Se sintió “absolutamente defraudada”, dijo que no seguiría con la terapia y decidió no pagarme los honorarios debidos. Explicó sus razones diciendo que “con lo del certificado sentí que ya no estábamos alineadas en el pensamiento”.

Había aparecido un otro diferente que le ponía un límite a sus exigencias narcisistas, por la predominancia de libido narcisista se había sentido en identidad con el objeto del self – terapeuta, sin lograr vislumbrarlo como sujeto separado de ella. Este tipo de acting out transferencial es considerado por Kohut como un reflejo del carácter antisocial narcisista, un síntoma que marca la irrupción de las fantasías grandiosas arcaicas antes reprimidas. En ese momento la reacción de Paulina mostraba incredulidad, una auténtica perplejidad fruto de un objeto narcisísticamente investido que no hacía su voluntad, que marcaba un hiato en la fusión, que mostraba la presencia de un otro que hacía barrera. Kernberg sostiene que en transferencia, los sujetos narcisistas suelen reeditar el miedo a la dependencia, y si aparece una pseudo dependencia, en lo profundo suelen sentirse parte de esa persona. Cuando la persona admirada los hace sentir rechazados por algún motivo, desvalorizan y dejan de lado automáticamente. La distancia transferencial denota una desvalorización del terapeuta y la terapia, un desprecio por lo que puede aportarles.

Los pacientes como Paulina, con un funcionamiento superyoico no del todo eficaz, tienden a comportamientos antisociales aunque no sean expresados de manera franca, y a la manipulación, siendo de peor pronóstico. Según Kernberg, cuanto mayor sea la capacidad para la culpa y la depresión, mejor será el pronóstico. A mayores reacciones paranoides, peor pronóstico. A menor grado de cohesión superyoica, peor pronóstico, al igual que la mayor necesidad de poder, de importancia social y admiración. En este sentido Paulina no mostraba un buen pronóstico, y su manera abrupta de finalizar el tratamiento lo confirmó.

El primer período tuvo un tinte de idealización del analista y de fusión con este objeto arcaico idealizado. Es interesante pensar que en este período quedé embarazada y Paulina no registró mi estado hasta aproximadamente pasados los seis meses. Luego comenzaron manifestaciones de desvalorización y ataques, que se correspondió con el período final de mi embarazo y las cercanías del parto. La futura separación, la presencia de otro que rompía la fusión quizás predispusieron a ubicarme en este lugar de objeto abandonico que se torna persecutorio. El duelo ante la separación del objeto del self – terapeuta no pudo darse de manera adecuada, y tuvo una reacción tipo acting out, no procesada, no mentalizada. Predominaron las reacciones paranoides y de ira antes que las de duelo, culpa y depresión. Esta reacción actuada, de precipitación vertiginosa la podríamos pensar desde los aspectos disociados en la paciente, reactivados quizá con la separación inminente a causa del parto.

En todo caso, fue una paciente que mientras pudo sostener el tratamiento, que duró un tiempo considerable, pudo encontrar al menos un espacio de escucha, registro y calma en sus momentos de ansiedad. Pudo encontrar un lugar para pensarse a sí misma y pensar en lo que la hacía sufrir.

### **Análisis de la contratransferencia en el tratamiento de un paciente con Trastorno Narcisista: Caso Lucía**

El próximo ejemplo es el caso de una paciente, Lucía, que llega a consulta cuando tiene 21 años. Lucía se presenta a la primera entrevista con una actitud extremadamente tímida y evasiva. Se esconde, se tapa la cara con el pelo, mira de reojo, y refleja una edad muy inferior a la suya. Su cuerpo y su rostro muestran algunas secuelas físicas de un accidente sufrido hace muchos años.

Esta situación ya mostraba una fijación narcisista dada por un físico lastimado que acaparaba un quantum considerable de su energía psíquica. Presentaba un bloqueo emocional muy significativo, dando la sensación de no poder poner en palabras ni en llanto la angustia intensísima que la invadía, y que sólo transmitía como tensión y expectativa angustiosa. Parecía no haber tramitación posible, y los silencios se extendían a veces hasta casi toda la sesión. Yo percibía contratransferencialmente la angustia no verbalizada, surgiendo en mí por momentos intensos deseos de llorar. Su historia era absolutamente angustiante, pero Lucía sólo podía transmitir silencios abrumadores.

La angustia se ubicaba rígidamente en los ámbitos sociales, cercenando cada deseo genuino de abrirse al mundo. Cuando llegó a consulta, no podía salir a la calle ni subirse a un transporte público, ya que se sentía observada, y vivenciaba con extrema angustia la certeza de que podía pasarle algo, podía ser raptada o agredida por otro. Era muy significativo el quantum de energía psíquica autorreferencial. En este punto me preguntaba si esta angustia social, un miedo irracional a los efectos de los otros sobre ella, no podía estar relacionado con una intensa tensión entre el ideal internalizado y la vivencia de la propia valía, es decir de una autoestima dañada.

De todas maneras, la libido narcisista se mostraba desde el comienzo de manera intensificada. La autoestima de Lucía estaba profundamente herida, frente a la vivencia de la falta de valor personal, de falta de sentido de su vida, la constante vivencia de su impotencia y un importante rechazo a todo lazo

social que dificultaba el logro de vínculos exogámicos que pudieran investirla libidinalmente. Pasado un tiempo comenzó a quedar más expuesta una situación de depresión difusa, falta de ganas de realizar actividades y la constante sensación de “deber” hacerlas para contentar a los demás y demostrar que podía.

Los padres mostraban actitudes bastante polarizadas en relación a su hija. Por momentos sostenían un discurso con características negadoras, y por momentos seguían quebrándose al hablar del accidente, al parecer congelados en un trauma de muchos años. La angustia volvía entonces reiteradamente con impacto de presente.

Lucía podía ingresar en la misma línea negadora al no querer hablar de las situaciones de dolor o sufrimiento, o en momentos de llanto contenido en el que la sesión se plagaba de angustia sin palabras, intramitable. Esta oscilación lábil entre un discurso y otro mostraba la fragilidad de su self, íntimamente ligado a objetos arcaicos que al parecer no habían podido tolerar ellos mismos el impacto del trauma. El self había quedado entonces dañado en su cohesión, y los efectos eran una gran timidez, inseguridad extrema, aislamiento social, sufrimiento intenso frente a cualquier tipo de rechazo, que era vivido por Lucía con una sensibilidad extrema.

En la relación transferencial se activaron estos núcleos arcaicos de un self herido en su narcisismo a través de una gran necesidad de ser espejada por mí. Mostraba una necesidad constante de ser registrada, que yo le confirmara que la quería escuchar, y que lo que tuviera para decir iba a ser interesante para mí. Repetía incesantemente que no tenía nada importante para contar, y yo sentía que buscaba que le siguiera preguntando y mostrando interés. Mostraba un miedo paralizante a decir una palabra, una estupidez y confirmar su temor de no ser todo lo que se esperaba de ella. Se repetían una y otra vez situaciones en las que me preguntaba qué pensaba de ella, si la veía capaz de estudiar o trabajar.

La vivencia de no especularización era muy fuerte en Lucía, y lo reflejaba expresando que a nadie le importaba lo que tenía para decir. En el tratamiento yo intentaba por momentos especularizar, registrando y verbalizando cada

cambio que observaba en ella o la comunicación gestual rica que tenía. Una vez le comenté que se había hecho cambios estéticos en el pelo. Lucía pareció iluminarse, y me dijo que nadie se había dado cuenta. Yo dudaba sobre este tipo de intervenciones poco ortodoxas, pero entendí en esos momentos que quizá valían mucho más que mil interpretaciones. Que Lucía tuviera un objeto que la reflejara y la mirara tal cual era catectizándola podría impactar como experiencia novedosa y reestructurante. Nemirosky (2007) se refiere a este nuevo lugar que ocupa el analista en los trastornos narcisistas, un lugar que muchas veces necesita ciertos ajustes de encuadre, y que se especifica en funciones diversas: mayor presencia en las intervenciones familiares, especial cuidado a las situaciones de separación que pueden requerir dejar algún teléfono o mail para que el paciente pueda contactarse con nosotros, espejar, poder sobrevivir a lo que el paciente despliega, aceptar ser usado, sostener emociones, rescatar gestos reparatorios, etc.

Poco a poco comenzó a poder catectizar su propio cuerpo, registrar sus limitaciones y hablar de ellas, pero a la vez comenzó a hacer cambios en su imagen, quiso hacerse una cirugía estética correctora por una secuela física del accidente, señales que yo interpretaba como cambios importantísimos que la iban alejando de a poco de ese lugar de masa corporal sin sentido, para percibirse como cuerpo libidinizado.

A su vez las sesiones fueron siendo cada vez más difíciles de llevar, ya que comenzaron a surgir en ella raptos intensos de enojo y agresión. Murmuraba maldiciones contra mí, y las decía en un tono que podía escucharlas por momentos. Me miraba con un intensísimo odio, y se quedaba callada por sesiones enteras. Yo decodificaba estas actitudes como muy positivas, ya que Lucía no podía enojarse con nadie, no daba muestras de enojo, ni de malestar con los demás. Que lo pudiera hacer conmigo, creía yo, era una manera de buscar que alguien la resistiera, la aceptara y catectizara como era. Alguien que *la viera*, más allá de un ideal de perfección o de un cuerpo traumatizado.

La reedición de las necesidades narcisistas en la terapia fue el centro del trabajo con Lucía. En la transferencia especular intensa dirigida hacia mí se reinstalaba lo que Kohut llamó "aquella fase normal de desarrollo del self grandioso en la cual el destello del ojo materno, así como otras formas de

participación materna en el goce narcisista de aquél, y las respuestas empáticas de la madre, confirman la autoestima del niño... lo que la madre fue durante aquel estadio de la evolución lo es ahora el analista: un objeto importante exclusivamente en la medida en que es invitado a participar en el placer narcisista y a confirmarlo”.<sup>12</sup>

El tipo de transferencia desplegada era de tipo especular, por la cual se reinstalaba en el tratamiento la fallida necesidad narcisista de ser reflejada en su grandiosidad por sus objetos del self. Como nuevo objeto del self era invitada a espejarla, registrar sus necesidades, confirmar su autoestima, y permitir de este modo el despliegue grandioso – exhibicionista que había quedado trunco en su desarrollo. La grandiosidad y el exhibicionismo infantil habían quedado reprimidos y por ello resaltaban los síntomas autoplásticos, característicos de un Trastorno Narcisista de la Personalidad. Exigía de mí un eco y un espejo de su propio valor. Este lugar especular en el que yo era ubicada se me tornó difícil de tolerar por momentos, y necesité de instancias de supervisión que me ayudaran a comprender lo que me estaba sucediendo a nivel contratransferencial. En esta especularidad supresora de identidades, por momentos mi capacidad empática se transformaba en una identificación masiva con Lucía, y yo experimentaba en mi psiquismo la angustia invasora de ella, los intensos deseos de llorar, la sensación de no encontrar una salida ante tanta intensidad traumática.

La identificación con aspectos de Lucía parecía ser el origen de las irrupciones violentas de angustia que vivenciaba como analista al principio del tratamiento. Racker relaciona estas irrupciones con la “identificación con partes del yo del analizado intensamente disociados y proyectados en el analista”.<sup>2</sup> Esta disociación se observaba en la actitud de Lucía, al no poder llorar ni hablar sobre sus vivencias traumáticas, y lo que podía decir era “nada...no tengo nada importante que contar”.

Cuando Lucía pudo empezar a enojarse conmigo y volcar en la transferencia toda su furia, yo me encontraba por momentos experimentando

---

<sup>12</sup> Kohut, Heinz. *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Pág. 114. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1992.

<sup>2</sup> Racker, Heinrich. *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Pág. 103. Editorial Paidós, 1986

una furia semejante a la de ella. Así como ella sentía que lo que hiciera o lograra no era suficientemente exitoso o valioso, yo sentía que cualquier intervención que hiciera en sesión era destrozada con su rechazo y agresión, y no era lo suficientemente adecuada. Esta dinámica podría ser pensada como la reactivación en transferencia de ciertos aspectos narcisistas no elaborados: los constantes enojos hacia mí surgían si sentía que yo no comprendía del todo sus demandas, así como se había sentido en su vida frustrada en su demanda narcisista. Estos aspectos tiránicos que se actualizaban conmigo pero que se repetían en sus vínculos más cercanos tenían quizás que ver con la posesividad de una relación de objeto narcisista.

Sin embargo, pudiendo tomar distancia y comprendiendo estas situaciones como productos de la especularización en la que estaba inmersa con su transferencia, pude comenzar a utilizar este espejo en el que estaba puesta para devolverle sus vivencias más profundas en palabras, aceptando su lado más oscuro y nunca aceptado.

Más adelante en el tratamiento surgieron deseos de trabajo, cursos, hobbies, y hasta estudio, aunque una y otra vez se veían obstaculizados por la intensa angustia ante la posible exposición que ello supondría. La ambivalencia entre sus deseos de independizarse y la intensa angustia que ello le generaba se reeditaron en la transferencia. Lucía comenzó a enojarse constantemente en las sesiones. No hablaba, había intensos silencios, que Lucía llenaba con caras de molestia y enojo, con susurros que se dejaban escuchar sobre hostilidad hacia mí y sobre sus deseos de abandonar la sesión. Estas actitudes me generaban mucha impotencia: todo lo que hacía generaba en ella molestia, si respetaba sus silencios, si le preguntaba algo, si intervenía con algún señalamiento, siempre su respuesta era mayor enojo. Podrían relacionarse mis percepciones con aspectos transferenciales, y estas actitudes con la relación de Lucía con su madre: la constante ambivalencia que sentía entre sus deseos de independizarse de ella y crecer, poder tener una vida más propia, y por otro lado la angustia intensa de esta posibilidad, al percibir su fragilidad y dependencia. Así como se enojaba cuando su mamá le preguntaba algo, y ella lo vivía como intrusión, sentía mis intervenciones y preguntas como intrusivas. Así como se angustiaba ante la independencia, y se enojaba con su madre si la

dejaba “sola”, repetía conmigo su angustia, mudada en enojo, si hacía un silencio y la dejaba “abandonada” a un espacio para ella. Una vez más, el obstáculo de mis reacciones contratransferenciales pudieron transformarse en una posibilidad de comprender su conflicto interno.

Esta experiencia identificatoria, tan común en los tratamientos de pacientes con trastornos del Self, podrá funcionar con un efecto masivo e inhabilitante, y ponerse al servicio de la resistencia, o podrá transformarse en la más valiosa herramienta para comprender empáticamente a nuestro paciente y poder operar efectivamente, en una forma novedosa de procesar psíquicamente lo que no pudo ser procesado adecuadamente hasta el momento.

Mi contratransferencia se erigía en este período como obstaculizadora del proceso, y por este motivo necesité supervisiones seguidas, que me permitieran comprender desde otro lugar el efecto de “inundación” que generaba la angustia de Lucía en mi actitud analítica. La preponderancia de la libido narcisista y del mecanismo de identificación, facilitaban que yo captara y vivenciara la angustia de ella con mi propio psiquismo, lo que pudo ser de a poco transformado en una herramienta de trabajo, en la que mi psiquismo alojaba parte de su angustia no tramitada, la registraba en toda su intensidad y la procesaba en palabras.

Kohut sostiene que en este tipo de personalidades suelen registrarse raptos de ira narcisista, ante el fracaso de la empatía, como una reacción a un objeto de sí mismo vivido como no empático, que ataca la integridad de su self. Si no se logra analizar las causas, entender qué es aquello que está fracasando en el proceso empático, se terminará reforzando la ira o se generará una actitud dependiente y sobreadaptada (Köler, 1989). En este sentido, me pregunto si la dinámica que se desplegaba no tenía que ver con mis propias expectativas en torno al tratamiento que ella vislumbraba como sobreexigentes, como aquellas que los padres tenían por momentos de ella. En este caso, la reacción agresiva era una lucha por una posición más independiente, como una resistencia ante esas expectativas para defender la propia autoafirmación.



Podríamos pensar que en parte se estaba jugando una manera de ir separándose de mí, ya marcada por Kohut como una reacción muy típica en los trastornos narcisistas cuando el paciente comienza a retirar la libido idealizadora del objeto del self – analista. Este retiro puede muy comúnmente darse a la manera de ataques contra el terapeuta.

Los logros del tratamiento se reflejaron en el enriquecimiento notable que tuvo su vida en cuanto a vínculos, creatividad, motivación, autonomía, productividad, etc. La psicología del self sostiene que los resultados del tratamiento tienen que ver con el fortalecimiento de lo que estaba debilitado, en los polos de ambiciones y de ideales. El narcisismo patológico se pudo ir procesando hacia funcionamientos más sanos, aunque no se pudo lograr llegar hasta el final, ya que Lucía decidió abandonar el tratamiento.

Un tiempo después recibí un llamado de su parte, contándome cómo estaba, lo que consideré una posibilidad de realizar un cierre más sano, una manera de despedirse sin furia, con mayor posibilidad de elaboración. Esto puede relacionarse con una expansión de la capacidad de sabiduría, una transformación del narcisismo según lo plantea Kohut: “Ese mínimo de sabiduría que en realidad aparece en las fases terminales del análisis (quizás se establezca más ampliamente por sí sola un tiempo después de finalizado el tratamiento) capacita al paciente para mantener su autoestima pese a reconocer sus limitaciones, y sentir amistoso respeto y gratitud hacia el analista aunque acepte los conflictos y limitaciones de éste”.<sup>13</sup> En este sentido, el éxito de su terapia consistió en una mayor firmeza y cohesión del sí mismo, reflejado en la multiplicación de sus actividades, el despliegue de ambiciones, la disminución del letargo y la apatía, una mayor alegría al sentir la propia vida más valiosa y productiva, y mayor capacidad de disfrute de su vida (amistades, salidas, viajes, actividades nuevas, proyectos, etc.).

Se produjo entonces una expansión de la libido objetal antes reprimida, una transformación de la grandiosidad reprimida por ambiciones y actividades que la plenificaban, una mayor capacidad para el humor, la sabiduría y la creatividad. Según palabras de Kohut, “a menudo la curación no se logra mediante una compensación completa de la deficiencia primaria, sino de la

---

<sup>13</sup> Kohut, H. (1977) *Análisis del Self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Pág. 293. Buenos Aires: Amorrortu.

rehabilitación de las estructuras compensatorias. Lo importante (...) es si el ejercicio de las funciones de las estructuras rehabilitadas permite ahora al paciente disfrutar de la experiencia de su sí mismo capaz de crear y funcionar con eficacia".<sup>14</sup>

Los intensos procesos contratransferenciales que fueron desplegándose a lo largo de la terapia surgieron por momentos como obstáculo para mis intervenciones, pero lograron ser, una vez elaborados, una de las mayores herramientas para comprender empáticamente la intensidad del sufrimiento psíquico de la paciente.

---

<sup>14</sup> Kohut, H. (1977) La restauración del sí mismo. Pág. 101. Paidós: Buenos Aires

## **Conclusiones**

De todo el universo de fenómenos que el psicoanálisis ha considerado en sus teorizaciones, los temas concernientes a la clínica han sido siempre de especial interés para mí, por la comprensión que permiten obtener de la propia experiencia en el consultorio, siendo de una ayuda invaluable para seguir creciendo como analista.

Dentro de este grupo de fenómenos, el de la contratransferencia ha capturado mi atención de manera especial, ya que considerar las propias reacciones en el campo de una relación transferencial ubica al analista en un lugar más humano, más vulnerable, menos ideal. Permite por ello estar más alertas a estas reacciones, ya que pueden ser un obstáculo infranqueable en una terapia, o una de las más valiosas herramientas de trabajo para poder comprender lo que en ese vínculo sucede y por qué sucede, y de esta manera funcionar como aliado de la cura.

Este fenómeno fue asomando tímidamente en el desarrollo teórico del psicoanálisis. Fue ignorado, minimizado en su valor e idealizado; fue considerado como una resistencia y un obstáculo y pudo ser comprendido como una vía importantísima para la comprensión de aquello que se produce en cada uno de nosotros como terapeutas. No podemos pensar que la sesión inunda de reacciones solamente al paciente, quedando el terapeuta ininfluenciable ante la presencia de aquél. El terapeuta está vivo, y trabaja desde su propio mundo interno, con los aspectos concientes, preconcientes e inconcientes que lo pueblan. Sus reacciones, pensamientos, ideas, afectos, pueden serle obstáculo para pensar y funcionar adecuadamente o pueden permitirle, gracias a instancias de supervisión, análisis personal y formación continua, comprender profundamente la transferencia del analizado y en definitiva dirigir mejor la cura.

Estas instancias son aún más necesarias en ciertas patologías que, por el tipo y la intensidad de las transferencias desplegadas, generan en el terapeuta reacciones mucho más masivas y primitivas, y por ende si no son comprendidas y encauzadas a tiempo pueden obstaculizar los logros

terapéuticos y hacer peligrar los logros del tratamiento. Los trastornos narcisistas son un ejemplo de estas patologías, al ser organizaciones edificadas con un déficit en ciertas funciones, y donde la libido narcisista puesta en juego en la transferencia inunda al terapeuta con procesos más primitivos e intensos. El terapeuta se encuentra por momentos invadido, con pérdida de la distancia óptima, no pudiendo pensar claramente, actuando desde el enojo, la confusión o el rechazo, sintiéndose anulado en su subjetividad. Es entonces más necesario aún una instancia externa que lo ayude a comprender aquello tan primitivo que se pone en juego, con el riesgo de perder la posibilidad de ayudar al paciente si no logra decodificar y encausar sus reacciones.

Podemos pensar entonces la contratransferencia como un fenómeno del campo de la sesión, que amalgama diferentes perspectivas relevantes para comprender lo que en ese campo único sucede, para poder diagnosticar aquello que está sucediendo y de alguna manera encontrar nuevos y mejores caminos para tramitar lo no tramitado que se erige como foco de sufrimiento psíquico del paciente que consulta.

En el caso de la contratransferencia en los Trastornos narcisistas, podrá permitir comprender ese sufrimiento tan estructural que supone la no cohesión del self y la inestabilidad de la autoestima. Si se logra comprender sin perderse en una identificación cercenante, o en las reacciones antes analizadas, la empatía del terapeuta dará al paciente una nueva experiencia de registro, calma y seguridad otrora fallidas. El analista logrará funcionar como un nuevo objeto del self que funcione como referente de idealización, calma, seguridad; como espejo del narcisismo y como sostén de la autoestima. Una nueva experiencia que funcione como edición de algo novedoso en el psiquismo herido del paciente.

### Referencias bibliográficas

- Antón, S. y Rosenvald, M.. *Acerca del narcisismo: Winnicott y Kohut*. Trabajo presentado en las XIV jornadas de Investigación. Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. La investigación en Psicología, su relación con la práctica profesional y la Enseñanza, realizado en Buenos Aires, Agosto 2007.
- Antón, S. (1987) *Heinz Kohut: La Psicología psicoanalítica del Self*. Clase teórica de la Cátedra psicoanálisis: Psicología del Yo. Facultad de Psicología UBA. Buenos Aires.
- Avenburg. R. (1987) *Abordaje psicoanalítico de la patología narcisista*. En psicoanálisis, IX, N° 2. Buenos Aires: Apdeba.
- Corti, Beatriz. (2003) *La contratransferencia del paciente silencioso*. Trabajo presentado en el Instituto de Formación Psicoanalítica de APDEBA. Buenos Aires.
- De León, B. y Bernardi, R. (2000) *Contratransferencia*. Buenos Aires: Polemos.
- Fuentes, M., Harare, R., Merea, C. y Paz, R. (1994). *Mesa redonda. Contratransferencia y clínica*. Revista asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, N° 20.
- Freud, S. (1910). *El porvenir de la terapia psicoanalítica*. Obras Completas, Tomo 2. España: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1912). *La dinámica de la transferencia*. Obras Completas, Tomo 2. España: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1914) *Introducción al Narcisismo*. Obras Completas, Tomo 2. España: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1915). *Observaciones sobre el amor de transferencia*. Obras Completas, Tomo 2. España: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1916-17). *Lecciones introductorias al psicoanálisis. XXVI La teoría de la libido y el narcisismo*. Obras Completas, Tomo 2. España: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1916-17). *Lecciones introductorias al psicoanálisis. XXVII La Transferencia*. Obras Completas, Tomo 2. España: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1916-17). *Lecciones introductorias al psicoanálisis. XXVIII La terapia analítica*. Obras Completas, Tomo 2. España: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1918). *Los caminos de la terapia psicoanalítica*. Obras Completas, Tomo 3. España: Biblioteca Nueva.

Kernberg, O. (1975). *Desordenes fronterizos y narcisismo patológico*. (1997) México: Paidós.

Kernberg, O. (1994). *Notas sobre la contratransferencia*. En Revista de Asociación Escuela psicoanalítica para Graduados, N° 20. *Contratransferencia*. Buenos Aires: Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados.

Kernberg, O. (1984) *Trastornos graves de la personalidad: Estrategias psicoterapéuticas*. (8° reimpresión) México: El manual moderno.

Killingmo, B. (2005). *Una defensa de la afirmación en relación con los estados de afectos no mentalizados*. En *Psicosomática. Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar.

Killingmo, B. (1989). *Conflict and deficit: Implications for technique*. En International Journal of Psychoanalysis, N° 70.

Kohut, H. (1971). *Análisis del Self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. (7° reimpresión) Buenos Aires: Amorrortu.

Kohut, H. (1977). *La restauración del sí mismo*. México: Paidós.

Kohut, H. (1984) *¿Cómo cura el análisis?* Buenos Aires: Paidós.

Kohut, H. (1966) *Formas y transformaciones del narcisismo*. En Journal of the American Psychoanalytic Association, XIV, N° 2.

Kohut, H. y Wolf, E. (1979) *Los trastornos del self y su tratamiento*. En psicoanálisis N° 2. Buenos Aires: Apdeba.

Köhler, L. (1989) *La problemática del psicoanalista en las transferencias self-objeto*. En psicoanálisis XI, N° 1. Buenos Aires: Apdeba.

Lancelle, G. (1989) *El self en la practica clínica*. En psicoanálisis XI, N° 1. Buenos Aires: Apdeba.

Lancelle, G. y otros (1999). *El Self en la teoría y en la práctica*. Buenos Aires: Paidós.

Laplanche, J. y Pontalis, B. (1959) *Diccionario de psicoanálisis*. (3° Ed. revisada) Buenos Aires: Lugar.

Nemirosky, C. (2007). *Winnicott y Kohut. Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría. La intersubjetividad y los trastornos complejos*. Buenos Aires: Grama.

Racker, H. (1960). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.

Sandler, J., Dare, Ch., Holder, A. (1992) *El paciente y el analista. Las bases del proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1964). *La familia y el desarrollo del individuo*. (3° Edición) Buenos Aires: Hormé.

Winnicott, D. (1965) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1949). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.