

DESARROLLOS ACERCA DE LA TRANSFERENCIA, LA CONTRATRANSFERENCIA Y LA ABSTINENCIA EN LA ESCUELA INGLESA DE PSICOANÁLISIS: D. WINNICOTT.

Lics. Martín J. Etchevers, Guillermo Pietra Figueredo y Gabriel Battaglia.

Cita:

Lics. Martín J. Etchevers, Guillermo Pietra Figueredo y Gabriel Battaglia (2004). *DESARROLLOS ACERCA DE LA TRANSFERENCIA, LA CONTRATRANSFERENCIA Y LA ABSTINENCIA EN LA ESCUELA INGLESA DE PSICOANÁLISIS: D. WINNICOTT. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-029/302>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eVAu/0Zc>

375 - DESARROLLOS ACERCA DE LA TRANSFERENCIA, LA CONTRATRANSFERENCIA Y LA ABSTINENCIA EN LA ESCUELA INGLESA DE PSICOANÁLISIS: D. WINNICOTT.

Autor/es

Lics. Martín J. Etchevers; Guillermo Pietra Figueredo; Gabriel Battaglia

Institución que acredita y/o financia la investigación

Institución: Programación UBACyT 2004-2007 Proyecto P098 Director: Dr. David Laznik – Cátedra: Psicoanálisis Freud II Titular: Dr. Juan C. Cosentino-Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Resumen

Resumen: La presente comunicación corresponde a uno de los objetivos planteados en el marco de la investigación UBACyT 2004-2007 (P098) “ Configuraciones de la Transferencia” . Consiste en un relevamiento acerca del concepto de transferencia, sus ampliaciones e interpretaciones de acuerdo a las diferentes concepciones surgidas en el psicoanálisis en la Sociedad Psicoanalítica Británica. Se abordan las principales controversias acerca de la contratransferencia y las variantes de la transferencia por fuera del denominado encuadre tradicional, considerando la psicopatología tanto como la clínica desarrollada por estos autores- clínica de niños – jóvenes antisociales – pacientes no neuróticos - . Se presentan los principales puntos de vista de Donald D. Winnicott en relación con la concepción del tratamiento, el encuadre, la transferencia y la contratransferencia.

Resumen en Inglés

Abstract This communication concerns one of the objectives presented within the framework of the research UBACyT P98 2004 - 2007 "Configurations of Transference". This is a report about the concept of transference, its extensions and interpretations according to the different conceptions arisen from the psychoanalytical considerations in the BRITISH PSYCHOANALITICAL SOCIETY. The main controversies regarding the counter-transference and its variants of transference outside the so called traditional settings are presented taking into account the psychology as well as the clinic developed by these authors: clinic of children, antisocial young men and - not neurotic patients -. Donald D. Winnicott's main points of view in relation to the conception of treatment, setting, transference and counter-transference are presented.

Palabras Clave

Transferecia Abstinencia Contratransferecia Obstáculos

Ordenamiento Freudiano

En relación a la práctica del psicoanálisis el primer ordenamiento que establece Freud se ubica en la posibilidad por parte del paciente de establecer la transferencia. En principio postula la oposición entre neuropsicosis de defensa y neurosis actuales. Luego entre neurosis de transferencia y neurosis narcisistas. Dentro del mismo campo de las neurosis de transferencia surgen diversas referencias a lo que hace obstáculo a la cura, la compulsión a la repetición, la transferencia negativa, la vertiente masoquista del yo y la reacción terapéutica negativa. El psicoanálisis con niños y el trabajo con pacientes psicóticos exigen, de acuerdo a Freud, diferentes perspectivas de abordaje y modalidades transferenciales. Sin embargo estas no llegan a ser formalizadas teóricamente.

Sostén, conducción, privación, abstinencia, una mirada desde Winnicott – Middle Groupe

Winnicott, se forma como analista dentro la Sociedad Psicoanalítica Británica hacia fines de 1920. La hegemonía teórica se encontraba disputada entre el Grupo de M. Klein y el que se formó poco después alrededor de Anna Freud. Si bien otros autores han abordado previamente el tema del análisis de niños, es Klein quien se dedica específicamente a la práctica del psicoanálisis de niños y construye una teoría que da de la misma. Sostiene la posibilidad del establecimiento de una transferencia en niños contraponiéndose a la de tesis de Hildi Hug-Hellmuth y Anna Freud (Daniel, P 1994).

En ese contexto no era frecuente ni sencillo no pertenecer a ninguna de estas dos ortodoxias. De los integrantes del grupo de Klein dirá que eran como sus hijos. Del grupo de Anna dirá que era como la maestra con sus alumnos (Winnicott, D. 1962). Desde esta posición de “libertad” para pensar, Winnicott desarrolla conceptos propios, plantea el tratamiento de casos no neuróticos, reconsidera y cambia el objeto pecho por madre, madre por función materna e incluye al medio ambiente dentro de su teoría.

Es a partir de estos y otros conceptos que desarrolla una clínica donde el marco terapéutico, el setting, tiene un papel destacado. Se encuentra en toda su propuesta clínica, una relación entre los desarrollos del bebé y su madre, con la tarea del analista. Esta relación podría llevar a confundir las conceptualizaciones de Winnicott con la indicación al analista a funcionar como si fuera una madre. De esta manera muchos creyeron que indicó un “maternaje”, equivocando los conceptos de Medio Ambiente con el de madre suficientemente buena. Sin embargo podemos presentar algunas de estas funciones del analista derivadas del concepto de MSB.

1 El analista debe estar listo para sostener al paciente y crear una “situación de confianza” imprescindible para permitir un estado de regresión, de modo que las fallas del desarrollo temprano se reconozcan y adquieran sentido en el análisis, (proceso de simbolización).

2 Así como el bebé hace “uso” del objeto, sea este su madre u otro transicional, el paciente “usa al analista”, es decir que el analista está colocado en la transferencia, en la posición y cualidad que el paciente le otorga.

3 El analista debe abstenerse, frustrar, retirarse, no otorgar en el tratamiento al igual que la madre en el segundo tiempo de desilusión debe fallar.

Controversias acerca de la contra-transferencia

Acerca del analista y sus sentimientos, las principales indicaciones son: el analista debe haber tenido análisis y supervisar. La no identificación con el paciente, y la regulación del odio hacia los pacientes, especialmente no neuróticos y antisociales. Desde su punto de vista la abstinencia incluye toda actuación fundada en lo que denominó como contra-transferencia subjetiva o aspectos no analizados del analista. En este punto, Winnicott toma distancia de la ampliación del concepto de contratransferencia propuesto por Paula Heimann en 1949 cuya extensión permitió el uso de respuestas emocionales de los analistas hacia los pacientes.

Para Klein esta acepción de contra-transferencia se prestaba para que los analistas atribuyeran sus propias deficiencias al comportamiento de sus pacientes. Sin embargo esta opinión no prosperó entre sus principales seguidoras en Inglaterra, P. Heimann, S. Isaacs y J. Riviere. Esta línea se encuentra vigente en el psicoanálisis post Kleiniano en Inglaterra. Al respecto dice Elizabeth Bott Spillius, analista y autora contemporánea “ pero hoy en día se acepta que los pacientes son capaces de comportamientos tales que logran que el analista experimente los sentimientos que el paciente, por una u otra razón, no puede contener dentro de si ...(Rosenfeld, 1971, Segal, 1973, Sandler, 1976,1987 Joseph, 1985,1987)” (Spillius, E 1991). “ Es así como hoy, a diferencia de Klein, los analistas nos encontramos preparados para utilizar nuestros sentimientos como fuente de información sobre lo que el paciente hace.” (Spillius, E. 1991, 116)

Psicoanálisis y Modificaciones de la Técnica

Son bien conocidos los registros del propio W. acerca de situaciones transferenciales en pacientes con tendencia antisocial y con pacientes no neuróticos.

De los primeros dice que lo único que el terapeuta puede hacer, aparte de quedar atrapado, es aprovechar lo que sucede para llegar a un enunciado preciso de la privación o las privaciones originales y agrega que esta no es una buena posición para comprender la técnica psicoanalítica, la operación de la transferencia o la interpretación de la neurosis de transferencia. De allí su recomendación: “tratamos de no derivar los casos antisociales a nuestros estudiantes de psicoanálisis precisamente porque con esos casos no podemos enseñar psicoanálisis.” (Winnicott, D 1960 213-214)

Del segundo caso dice que puede ser necesaria una regresión para generar un cambio significativo, y para ello atravesar una fase de dependencia infantil. Por eso indica que tampoco en este caso puede enseñarse psicoanálisis, aunque si practicarlo en una forma modificada y agrega al respecto la necesidad de brindar un yo auxiliar a gran escala (que no es el analista) que el analista tendrá que seguir orientado hacia la realidad externa mientras se identifica con el paciente, el riesgo es que los analistas que trabajan principalmente con pacientes que se vuelven muy dependientes quizás no comprendan ni aprendan la técnica psicoanalítica.

Como mencionamos mas arriba su trabajo con psicóticos y jóvenes antisociales lo llevó a realizar el siguiente ordenamiento en función de las transferencias y técnicas de abordaje. Distingue básicamente 3 grupos de pacientes.

1. Pacientes que funcionan como personas completas, siendo sus dificultades conflictos neuróticos, Pasibles de abordarse desde el psicoanálisis clásico, tal como lo elaboró Freud.
2. Pacientes cuya personalidad empieza a ser completa, pero aun no es una Persona Total, es decir han alcanzado un cierto grado de integración pero mantiene fallas severas en la relación consigo mismo y con el mundo externo con el concomitante reconocimiento de una dependencia extrema. El análisis aborda el tránsito, hacia una mejor capacidad de integración y por ende el de alcanzar la capacidad de creación y de independencia. Es el análisis de la fase de la preocupación por el otro y de lo que Klein denomino, posición depresiva. Muchas veces presentan una personalidad sobreadaptada, de sumisión con

dificultades para tomar contacto con sus afectos y emociones o en rebeldía absoluta. Son pacientes con una fuerte tendencia a que su vida sea vivida maniacamente o depresivamente. Muchos casos de adicciones, alcoholismo, actuaciones con intentos de suicidio, etc. pertenecen a esta franja psicopatológica. La transferencia y el modo en que estos pacientes se relacionan con sus analistas es al modo de relación de un Objeto transicional. Esta aclaración es importante, el analista no está ubicado como un objeto interno, ni un objeto externo. Consideremos que relacionarse con un O.T. significa en parte, un acto de omnipotencia, donde el otro-objeto será usado al modo que el paciente quiere.

Al respecto Winnicott señaló la importancia de "escuchar" a los pacientes que se quejan de "de no sentirse reales", de "ser incapaces de sentir" y ".de nunca decir lo quieren decir, sino más bien de hacerse eco de las palabras de otro" (Winnicott, D.W. 1960). Para este tipo de pacientes la experiencia subjetiva es siempre fragmentaria o simplemente carecen de ella.

3. Pacientes cuyo análisis debe enfrentar a las primeras fases del desarrollo emocional, antes y durante la instalación de la personalidad como entidad.

Es en este último punto, en donde engloba a los pacientes pasibles de ser denominados psicóticos, puesto que Winnicott sostiene que "...se entiende por "psicosis" la enfermedad que tiene su punto de origen en las etapas del desarrollo individual anteriores al establecimiento de la pauta de la personalidad individual, (Persona Total). En este caso trata de adecuar el encuadre terapéutico a las necesidades especiales del paciente. Estos ajustes tienen que ver con varios parámetros del mismo: las sesiones tienen una duración no reglada y pueden ser prolongadas y el contacto físico ocasional y breve con el paciente está permitido. En distintos casos, sugiere que, el terapeuta debe permitir la regresión en el tratamiento, creando un ambiente propicio para que el paciente experimente el sostén y la omnipotencia. En estos casos el marco cobra mayor importancia que la interpretación. El comportamiento del analista, representado por «el marco», es percibido gradualmente por el paciente como algo que da pie a una esperanza y una confianza, y el paciente puede empezar a correr los riesgos propios de empezar a "experimentar la vida" .

El “ encuadre especial” posibilita la regresión y facilita la dependencia con el terapeuta. De este modo, el paciente experimenta tanto la omnipotencia inicial como la severa Deprivación posterior, posibilitando la creación en análisis de un espacio transicional, para el inicio de una capacidad en la simbolización.

Privación, ilusión y desilusión en la transferencia

Al inicio del análisis, el deseo de un objeto omnipotente es relativamente satisfecho en la transferencia, en las experiencias de empatía, espejación e idealización a las que Winnicott se refiere como omnipotencia, pero poco a poco se va instalando una inevitable y necesaria decepción. En el artículo “ La posición depresiva en el desarrollo emocional normal” , (1958). Winnicott describe a una madre que confronta a su hijo con la realidad por medio de pequeñas dosis, semejante a los intentos que realiza el terapeuta para regular la desilusión del paciente.

En los casos de deprivación básica, es precisamente el esfuerzo del terapeuta de adecuarse al paciente, que promoverá el descongelamiento de la falla inicial. En muchas oportunidades Winnicott se refirió al posible forzamiento por parte del analista en lograr un análisis inteligente y profundo de una psiconeurosis allí donde no la hay, obteniéndose como resultado que ambos, analista y paciente, se sientan satisfechos, con el único inconveniente de que el análisis nunca termina. “ *Si el psicoanálisis fuese un modo de vida podría decirse que ese tratamiento hizo lo que se suponía que debía hacer. Pero no es un modo de vida*” , (Winnicott, D. 1965, 264) a esto lo denomina connivencia entre el analista y el paciente.

Algunas Conclusiones

La idea de transferencia en Winnicott se puede ubicar a través de su concepción de la cura, la cual se desarrolla a través del propio potencial en una tercera zona o espacio de experiencia que no debe ser invadido. Implica la recreación del ambiente en el cual se puedan tramitar los conflictos del desarrollo temprano del paciente, de esta manera el encuentro por parte del paciente con intervenciones fundadas en los aspectos no analizados implicaría lo que W.

denomino contratransferencia subjetiva o simplemente reacción, no ya de un analista sino de una persona. Términos como “ actitud profesional” o “ posición del análisis estándar” implican un modo de trabajo que, respecto de las psiconeurosis, no debe alejarse de los postulados Freudianos. “ Mis interpretaciones son parcas, es lo que espero. Una interpretación pos sesión me deja conforme si se refiere al material producido por la cooperación inconsciente del paciente. Digo una cosa, dividida o no, en dos o tres partes. Nunca utilizo oraciones largas, a menos que esté muy cansado. Si estoy al borde del agotamiento empiezo a enseñar; además, a mi juicio, una interpretación que incluye la palabra “ además” lleva el sello de la sesión pedagógica.” (Winnicott, D. 1962)

En los escritos de Winnicott podemos encontrar suficientes referencias que lo diferencian tanto de la Escuela Americana como del Kleinismo. Desde su postura el analista debe tener la capacidad para poner un tiempo y espacio entre sí y su paciente Una capacidad que contra transferencialmente lo des-identifique del lugar, o la relación de objeto que el paciente le propone, y simultáneamente aceptar ser el objeto de la transferencia. La transferencia se despliega en el campo de la ilusión, y en esta podemos encontrar el origen / creación de la tercera zona o espacio potencial para la creatividad. Este espacio tiene características de refugio y no debe ser invadido o cuestionado. La técnica consiste en esperar y colaborar con el despliegue del funcionamiento psíquico de cada sujeto, en el registro de la ilusión transferencial y en un tiempo anterior al de la interpretación.

“ El tipo de análisis que yo hago lo lleva a cabo el paciente, no yo...[Para mí significa comunicarse con el paciente desde la posición en que me coloque la neurosis de transferencia (Winnicott, D. W., 1959) “ .Será acaso que algunas personas hacen el análisis de una manera más activa que yo, sin apoyarse en el proceso del paciente, de modo tal que el análisis descansa sobre la tarea del analista” (Winnicott, D. W., 1962)

Bibliografía

- 1- Bott Spillius, E. (1991) “ La identificación proyectiva en la experiencia clínica” En Anderson, R. *Clinical Lectures on Klein and Bion*, London, New library of Psychoanalysis and The Institute of Psycho-Analysis, Anderson, 1992, V,111-132
- 2- Daniel, P. (1991) “ El psicoanálisis Infantil y el concepto de fantasía Inconsciente” . En Anderson, R *Clinical Lectures on Klein and Bion*, London, New library of Psychoanalysis and The Institute of Psycho-Analysis, Anderson, 1992, I, 19-38
- 3- Del Valle, E. (1986) *La obra de Melanie Klein V.II*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 1986
- 4- Klein, M. (1957) “ Envidia y Gratitude” . En *Obras Completas*, Buenos Aires, Paidos-Home, 1974
- 5- Klein, M. (1953) “ Los Orígenes de la Transferencia” . En *Obras Completas*, Buenos Aires, Paidos-Home, 1974
- 6- Klein, M. (1927) “ Simposium sobre análisis infantil” . En *Obras Completas*, Buenos Aires, Paidos-Home, 1974.
- 7- Klein, M (1926) Principios psicológicos del análisis infantil. En *Obras Completas*, Buenos Aires, Paidos-Home, 1974.
- 8- Winnicott, D. (1958) *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona, Laia, 1979
- 9- Winnicott, D. (1960) *La contra transferencia* En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* Buenos Aires, Paidos 1993
- 10- Winnicott, D. (1962) *Un modo personal de ver el aporte Kleiniano*. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidos, Buenos Aires (1993)
- 11- Winnicott, D. (1989) *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Paidós, Buenos Aires (2000)