



CUADERNOS DEL GPDM

Marzo - Mayo

2020

VOL

1

Nº 1

Cuadernos del GPDM

2020: Vol. 1- N° 1

ISSN 2953-4666

Comité Editorial

Dra. Liliana H. Álvarez
Lic. Beatriz Burstein
Dr. Jorge A. Goldberg
Dra. Ruth Kazez
Lic. Nilda Neves
Dr. Sebastián Plut
Dr. Ariel Wainer

Publicación cuatrimestral

Estimados colegas y amigos:

Corre el mes de junio de 2020 y en octubre cumpliremos un año de nuestras reuniones mensuales cuyo objetivo es profundizar en el estudio de la teoría y clínica freudianas, desde la lectura que David supo ofrecernos a lo largo de su fecunda obra.

El presente Cuadernos del GPDM Vol. 1, Nº 1 es un testimonio del intercambio grupal realizado durante el año que transitamos. Compartimos con ustedes una parte de esta experiencia.

Los saludamos afectuosamente,

GPDM – Grupo Organizador

Liliana H. Álvarez, Beatriz Burstein, Jorge A. Goldberg, Ruth Kazez, Nilda Neves, Sebastián Plut y Ariel Wainer

SUMARIO

30/05/20: Los afectos en el analista <i>Nilda Neves</i>	5
20/06/20: Contagio afectivo e intervenciones del analista <i>Jorge Goldberg</i>	8
<i>Ariel Wainer</i>	12

30/05/20

Los afectos en el analista

Presentación de Nilda Neves

Empatía, contagio afectivo y contratransferencia

Empatía, contagio afectivo y contratransferencia son tres términos que aluden a los estados afectivos del terapeuta en la sesión.

La empatía tiene un valor de orientador de la posición clínica del analista. En cambio, los dos últimos constituyen un obstáculo para el mantenimiento de esta posición.

Estos tres términos (empatía, contratransferencia y contagio afectivo) no se diferencian por el afecto puesto en juego (angustia, depresión, asco, furia) sino por su origen, es decir, por el modo en que el afecto es producido en el contexto de la intersubjetividad insoslayable en la relación analítica.

La contratransferencia, tema que ha despertado controversias en el mundo psicoanalítico, fue tomado por David en el sentido estricto que aparece en la obra de Freud; es decir como un obstáculo en el trabajo clínico, como factor resistencial del analista derivado de sus propios conflictos.

Freud señala que la contratransferencia se instala en el analista por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, y agrega que es necesario que el psicoanalista esté en condiciones de detectarla como tal y de dominarla.

El contagio afectivo y la empatía (a diferencia de la contratransferencia), informan acerca de procesos ocurridos en el paciente y que tienen su fundamento en una actividad de tipo identificatorio.

Se trata de un tipo de identificación a la que Freud denominó "conmiserativa" y que surge en la tentativa de comprender al otro. Explica este proceso remitiendo al momento en que el niño oye gritar, recuerda su propio grito y le atribuye al otro que gritó el estado afectivo que se desarrolló en él. En consecuencia, se repite en el niño el estado afectivo previo y en función del mismo ejecuta la defensa correspondiente.

La empatía y el contagio afectivo tienen en común que en ambos se pone en juego una identificación, y tienen como diferencia que en el caso del contagio afectivo ocurre una regresión, la que permite que un yo se superponga con el otro.

Podríamos decir que en la situación analítica el contagio afectivo en el terapeuta deriva de un afecto que surge a partir de una identificación (por comunidad), a partir de un deseo sofocado, de ser con el paciente.

En la empatía, en cambio, el afecto deriva de una identificación con el paciente que es susceptible de conciencia. Además, la identificación que se produce es mitigada, por lo cual es posible captar pequeñas muestras de los procesos afectivos y pulsionales ajenos que sirvan de brújula en las intervenciones en acuerdo con la teoría de que dispone el analista.

El contagio afectivo constituye la forma primordial de la relación intersubjetiva, es un modo inicial del vínculo en la infancia, anterior inclusive al surgimiento de los nexos basados en las percepciones.

A diferencia de los deseos surgidos a partir movimientos de investidura libidinal, los afectos corresponden a procesos de descargas en las que está implicado un tipo de motricidad que no pertenece a la esfera voluntaria, por lo tanto el dominio que el yo puede ejercer sobre ellos para mantenerlos como amago es muy parcial.

Cuando predomina el contagio afectivo diversos contenidos pueden presentarse en el sentir del analista como de origen ilegítimo, es decir, como derivados de una instilación, que a su vez testimonia una identificación, con la cual su yo entra en conflicto.

Otras veces el contagio afectivo no implica tanto la transferencia de determinado contenido, cuanto de una cierta intensidad pulsional.

Este contagio tiene tanto más poder cuanto más está en juego el desvalimiento somático, propio de los cuadros tóxicos, es decir, cuanto más quien inocular se encamina hacia su propia auto-destrucción, de manera voluntaria o no.

Entre los estados más habituales están el pánico hipocondríaco, o de aceleración vertiginosa en el pensar y sobre todo estados de aturdimiento violento o de sopor, que pueden culminar en letargo.

En algunas ocasiones el contagio afectivo puede llegar a acompañarse de una transferencia telepática de pensamiento, de modo tal que en el analista un pánico infinito prestado se combine con alguna idea de corte delirante, con una alucinación o con una fascinación aterrada por un proyecto suicida u homicida.

En diversos trabajos David Maldivsky se refirió a la serie de estados afectivos que suelen aparecer en los cuadros en los que las alteraciones no tienen un carácter psíquico, sino que se presentan como alteraciones somáticas: sopor, apatía, a veces interrumpidos por estallidos emocionales del tipo del pánico y la furia o estados de aceleración. En ellos hay una falta de registros interoceptivos y de tono afectivo.

Tales situaciones, que propuso englobar bajo el término desvalimiento, corresponden a patologías tales como las adicciones, las afecciones psicósomáticas, las neurosis traumáticas y otras que incluyen una vertiente vincular y social como pueden ser las catástrofes colectivas, la promiscuidad, el incesto consumado, la violencia y la criminalidad.

En el terapeuta suele darse una secuencia de estados afectivos, secuencia que comienza con el contagio del estado del paciente, gracias a la tendencia a la identificación, la tentativa de comprender al otro.

Esta identificación puede despertar en el contagiado la angustia por terminar con el mismo desfallecimiento energético del personaje en apatía, y ante esta angustia puede responder con una hostilidad que procura rescatar al otro de su estado y protegerse a sí mismo del riesgo de que el contagio sea duradero.

Esta secuencia que va del contagio de la desvitalización a la angustia y de allí a la furia parece canónica, y señala que el terapeuta que se encuentra con un personaje en estado de apatía puede permanecer en un estado similar, o quedar atrapado en una crisis de angustia o responder con furia, o alternar entre estas tres alternativas.

Además, en quien se halla contagiado se pueden desarrollar procesos orgánico-afectivos que le resultan extraños, no tanto porque sean ajenos al sujeto sino más bien porque son ajenos al contexto de su cotidianidad y a sus conflictos actuales, y más bien parecen determinados por el intercambio con el otro.

En algunos de sus trabajos más recientes David se refirió en particular a situaciones en que el contagio altera también los procesos corporales, y no solo la vida afectiva del contagiado. Postuló, entonces, que así como en el contagio afectivo es fundamental un

proceso identificatorio, en el contagio afectivo-orgánico al mecanismo de la identificación se le agrega otro del que depende la modificación corporal. A este mecanismo propuso denominarlo introyección orgánica.

Telepatía

En este mismo terreno David rescata la posición de Freud en relación con la comunicación telepática, un tipo de nexo entre los sujetos afín con el contagio afectivo.

La diferencia consiste en que en la comunicación telepática aquel que la recibe de otro no puede oponer defensa alguna y desarrolla afectos y consume actos como ocurre con las conductas de quien ha recibido una orden en estado de hipnosis que habrá de llevar a cabo con posterioridad. Algo similar ocurre en momentos de regresión en la masa. Se trata de nexos originarios, que a menudo perviven con posterioridad, en especial en aquellas situaciones patológicas, cuando la masa está excitada hasta la pasión y el pre-conciente verbal, reflexivo y crítico cede su dominio a otro, correspondiente a un yo placer purificado, a un yo real primitivo o a una combinación de ambos.

Contratransferencia

Más compleja es la situación clínica cuando en el analista el sentir es efecto de su contratransferencia. En ese aspecto David describe cuatro tipos de afecto prototípicos: el furor curandis, la sorpresa, la furia y la indiferencia.

El furor curandis suele derivar de que el terapeuta comienza creyendo en la palabra de un paciente dispuesto a colaborar en su restablecimiento, sin reparar en que se trata de un encubrimiento de una abulia que solo aspira a permanecer como tal. Es lo que en su trabajo sobre *El hombre de los lobos*, Freud denominó la dócil apatía.

La sorpresa o el desconcierto es el afecto decisivo y suele suceder a las aspiraciones desmedidas por lograr una mejoría en el paciente, mientras éste se acomoda sin cambio en el tratamiento.

Se suceden entonces intervenciones que evidencian un creciente sadismo impotente del clínico.

De allí puede surgir una posición más definitiva que lleva al analista, por último, a apoltronarse en una indiferencia cínica sólo interferida por ocasionales vendavales de angustia ética al estallar un agravamiento clínico.

El problema consiste en cómo extraer de ese producto un rendimiento para la indagación y la transformación clínica.

David, siguiendo a Liberman, postula que es necesario no sólo analizar los procesos anímicos del paciente, sino también abrir un segundo circuito de investigación, que tome en cuenta los actos psíquicos sobrevenidos en el vínculo y que puede consistir en una opinión ajena. Sin embargo, lo esencial consiste en establecer un enlace con un referente intrapsíquico que sustraiga al terapeuta del embotamiento, y éste se suele encontrar en un marco teórico al cual remitir como orientador.

Bibliografía

Maldavsky, D. (1990a). *Procesos y estructuras vinculares*, Buenos Aires: Nueva Visión, 1991.

(1992). *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*. Buenos Aires: Amorrortu.

(1995a). *Pesadillas en vigilia*, Buenos Aires: Amorrortu.

20/06/20**Contagio afectivo e intervenciones del analista*****Presentaciones de Jorge Goldberg y Ariel Wainer*****Jorge Goldberg**

Apuntes acerca de la contra transferencia en la obra de David. Los aportes de autores ingleses

En la reunión pasada estudiamos los afectos del analista. Con particular énfasis en tres de ellos: el contagio afectivo la empatía y la contra transferencia. Preparando con Ariel nuestras exposiciones para la reunión de hoy, detectamos que dentro de la obra de David la definición del concepto de contratransferencia tuvo modificaciones. Las plantearemos y a la vez expondremos brevemente otros aportes como el de Donald Winnicott quien contribuye a enriquecer el concepto de contratransferencia.

David nos enseñó durante años que, siguiendo los textos de Freud, podíamos dilucidar las diferencias y semejanzas entre contagio afectivo, empatía y contratransferencia. Recordemos brevemente: En la empatía y en el contagio afectivo, el origen del proceso psíquico es el mundo anímico del paciente. La contratransferencia según la obra de Freud, se distingue de estos fenómenos porque se origina en el mundo psíquico del terapeuta, más precisamente, en los puntos ciegos de su propio análisis, en sus conflictos inconscientes no resueltos. Hasta aquí todo parece claro, no obstante lo cual, el propio David, en los últimos años parece haber cambiado su concepción de la contra-transferencia. En el libro de "Intersubjetividad..." tras estudiar varias sesiones concluye diciendo "...la contratransferencia era una consecuencia ... de una identificación [de los terapeutas] con los pacientes. En ese mismo texto, refiriéndose al análisis de uno de los casos, al que denominó Carmen, agrega que la contratransferencia ocurre porque "la terapeuta fue inducida a ocupar el lugar de los padres autoritarios de Carmen. Es decir, qué en el texto del año 07 la contratransferencia se define por el hecho de que el terapeuta quede atrapado en una identificación con el paciente o con un personaje significativo de la vida de éste. De tal modo que, si en la reacción del terapeuta de Carmen hubiera tenido un peso los presuntos puntos ciegos de su propio análisis, eso tendrá eso su importancia claro, pero ya no resulta crucial para determinar la existencia de contra-transferencia en sesión. Cabe aclarar que este cambio en la concepción de contratransferencia en David, tampoco fue definitivo. Creo recordar que ya hacia el final de su vida, cuando acometió el estudio de la mente del terapeuta, volvió sobre sus pasos y utilizó la definición freudiana clásica de contratransferencia. Intercambiando con Ariel coincidimos en que no recordamos que David haya explicitado estas modificaciones en su punto de vista. Lo cual llama la atención porque David, todos lo sabemos, era un teórico ultra riguroso y solía dar cuenta de sus cambios en el modo de pensar los problemas.

En la bibliografía psicoanalítica desde ya hace muchas décadas que bajo la denominación genérica de "contra transferencia" han quedado subsumidos muy diversos elementos. Como prueba de lo que digo, ni siquiera ha quedado en pie entre los diversos autores un acuerdo respecto a si el concepto de contratransferencia alude a un fenómeno específicamente inconsciente. Winnicott, acaso el analista que hizo aportes más originales al tema de la contratransferencia, en "Escritos de pediatría y psicoanálisis", la define como un concepto complejo, el cual incluye tres aspectos diversos:

1) El patológico: está determinado por identificaciones reprimidas en el analista;

2) El estilo personal: se refiere a las identificaciones y tendencias determinadas por las experiencias y el desarrollo vital del analista, las que aportan un marco positivo para su labor, y que hacen que su modo de trabajo sea distinto al de cualquier otro analista;

3) La contratransferencia verdaderamente objetiva: es el aporte más original de Winnicott. Alude al amor y el odio que siente el analista como reacción ante la personalidad y el comportamiento del paciente. Consiste en una contratransferencia basada en la observación objetiva.

Una anécdota que recuerdo es que hace muchos años, cuando yo empezaba mi práctica profesional, David en una supervisión me sugirió que tenga en cuenta algo parecido a esto de la contra transferencia objetiva que plantea Winnicott. Yo atendía (o padecía) a un paciente adolescente muy violento y David me decía: "Jorge, hay pacientes que despiertan afectos objetivos. Este pibe es jodido, ojo". Y David me interrogaba ¿Cómo podemos hacer para que vos seas más malo con él? Sin nombrarlo a Winnicott, me convocaba a que yo conecte con el odio que me provocaba este muchacho y que lo pudiera usar funcionalmente, clínicamente. Con la anécdota apunto a considerar que probablemente este concepto original de Winnicott, le resultó a David un estímulo no solo a al momento de pensar un caso, sino también a la hora de investigar sistemáticamente los entrampamientos en el diálogo entre paciente y terapeuta. En rigor, la teoría de contratransferencia objetiva es parte de un conjunto de propuestas que el autor inglés dejó dispersas a lo largo de sus escritos. Entre sus elementos más interesantes (y menos considerados) se cuenta la siguiente contribución: en el abordaje de pacientes graves, *la falla del analista puede contribuir a desplegar una parte del trabajo terapéutico*. Winnicott sostiene que los pacientes que padecieron desamparo temprano, para evocarlo y elaborarlo, no pueden recurrir a sus recuerdos. Tampoco es suficiente la capacidad del terapeuta y su disposición a producir construcciones. Para este autor, el camino clínico ineludible es reeditar esas escenas nodales *en los hechos de la sesión*, forzando, *induciendo la falla del analista*, quién al fallar inadvertidamente, queda ubicado en el lugar de personaje deprivador del ambiente infantil del paciente. En ese trance, dice Winnicott, se le abre al paciente la posibilidad de desplegar un acting out, una reacción de odio al analista.

El paciente, sea que utilice las fallas del analista o incluso produzca elementos transferenceles delirantes para producir la experiencia de fracaso del analista, de un modo u otro recrea el escenario de fracaso ambiental temprano con el objetivo de ubicarlo en una zona de control omnipotente. Si el terapeuta, mediante el recupero de su empatía logra: a) acceder a una comprensión acerca de lo que sucedió durante el acting out b) dilucidar lo que necesitaba el paciente del analista, conectándolo con lo que salió mal en la situación de fracaso ambiental original. Si puede transmitirle al paciente lo nuclear de esas intelecciones mediante una intervención clínica precisa, contribuye a que el paciente acceda genuinamente a un sentimiento de que hay, en el mundo, quien pueda alojar su necesidad de dependencia, y es probable que se haya puesto en marcha un verdadero proceso del crecimiento. Esto, dice Winnicott, constituye una recompensa para el analista, por la tensión que supone el sostenimiento de su posición. Cuento con dos ejemplos, uno relatado por el propio Winnicott, en que se advierte como una paciente de modo muy tirado de los pelos, produce la experiencia de falla del analista. En el otro, descrito por W. Bion, se advierte más claramente como el propio analista queda atrapado en la identificación con un personaje deprivador del paciente.

Winnicott relata que una paciente mujer quién tuvo experiencia de deprivación temprana, durante un período de vacaciones analíticas, estando en un hotel con su esposo, tuvo la siguiente experiencia: tras desayunar en la cama, quiso levantarse para llevar la

bandeja a la cocina e involuntariamente tiró todo al piso rompiendo unas valiosas piezas de porcelana. Este episodio la trastornó y la exasperó en modo extremo. Ella en sesión reconstruyó la escena y se dio cuenta en presencia del analista, de que sus quejas ape-laban a una serie de ideas delirantes. Las enumero: 1) Que la culpa era del empleado que le dio la bandeja que estaba resbaladiza; 2) Ella gritó, pero su pareja no la escuchó porque había salido a pasear. Si hubiera estado cerca, cuidándola, el accidente no hu-biera sucedido; 3) Si el analista hubiese acudido al momento del accidente, la hubiese consolado. De ese modo el episodio se hubiese convertido en una experiencia de análisis, no habría sido una mera experiencia desperdiciada; 4) Que un buen analista se habría ocupado de estar con ella, cuidándola. De ese modo no hubiese habido ningún accidente. Dice Winnicott que, como esta mujer no estaba loca y podía pensar, en un determinado momento rebatió sus propios argumentos, diciendo que sería absurdo que un analista cuidase a una paciente durante sus vacaciones. Sin embargo, un rato después, insistió con qué si el analista hubiese aparecido, habría podido aclarar el lío y consolar a la paciente, ya que un analista bueno habría estado presente para brindar cuidados espe-ciales y, en tal caso, el accidente desafortunado, no hubiera pasado. Winnicott plantea que el éxito de un análisis debe incluir la idea delirante de la falla, la reacción del paciente ante el análisis como una falla. Es preciso dar cabida a esta paradoja. *El analista debe aceptar el rol del analista que falla como acepta todos los restantes roles que surgen de la neurosis o psicosis de transferencia del paciente.* Muchos análisis fracasaron al final porque el analista no pudo dar cabida a una falla delirante, debido a su propia necesidad de probar la validez de la teoría psicoanalítica mediante la cura de un paciente.

Bion, en su libro "Volviendo a pensar" se refiere por su parte, a un analizando que intentaba deshacerse de su temor a la muerte sentido como demasiado poderoso para contenerlo dentro de sí "... en la ocasión a que me refiero, el paciente había sentido que yo los evacuaba tan rápidamente que los sentimientos no se modificaban y (...) le volvían más dolorosos... luchaba por metérmelos con violencia y desesperación crecientes...su violencia era una reacción a lo que sentía como mi defensa hostil..." Dice Bion haberse sentido testigo en la sesión de una escena arcaica que el paciente había vivenciado en la infancia una madre que respondía obedientemente a las manifestaciones emocionales del niño. Esta respuesta obediente tenía un elemento de impaciencia, de "no se que tiene esta criatura" (...) Desde el punto de vista del niño ella tendría que haber incorpo-rado y experimentado el temor que él tenía de que estaba muriendo" El análisis - sos-tiene Bion - "le daba una oportunidad para utilizar un mecanismo del que había sido privado" (Volviendo a pensar, pág. 141).

Sin desconocer que la existencia de una contratransferencia "personal del terapeuta" en que sus conflictos no analizados constituyen un obstáculo, cabe realzar algo valioso de estas propuestas (contratransferencia objetiva y falla en el analista). Me refiero a que pue-den contribuir a que un terapeuta tienda adoptar una actitud más espontánea, más interrogativa (en lugar de una postura superyoica o banalizante) en relación al fluir de su hacer y su sentir en sesión (sobremana cuando brotan sentimientos o estados como el de odio o sopor ante determinado paciente). Estos aportes de Winnicott rompen con el enfoque ortodoxo clásico de tipo binario que atribuye a toda falla del analista la función de obstáculo terapéutico. En esta propuesta la falla analítica, cuando esta forzada desde las escenas cruciales del paciente, constituye *una oportunidad terapéutica*, en la medida en que el analista sea capaz de imaginar y sostener en los hechos, que su trabajo puede ser algo más que administrar, con una infalible y benévola neutralidad, el "manejo de la transferencia" del paciente que actúa *ante* nosotros de modo tal que, pertrechados en

el sólido trípode (formación, supervisión, análisis personal) podamos desde "fuera" de la neurosis del paciente, desarrollar cómodamente nuestro saber hacer terapéutico.

Ariel Wainer

Contagio afectivo e intervenciones del analista

Introducción

En la reunión de hoy nos proponemos retomar la cuestión del contagio afectivo del analista que tratamos en la reunión anterior.

En primer lugar, vamos a volver a **describir el fenómeno del contagio afectivo**. Luego retomaremos la exposición que Nilda hizo sobre **el modo en que se produce** el contagio. Esto nos permitirá introducirnos en **el manejo clínico** de este tipo de situaciones. Finalmente, volveremos **sobre las similitudes y las diferencias con el fenómeno de la contratransferencia**.

Aunque hoy vamos a hablar de los afectos del analista, las propuestas de David sobre el contagio afectivo son muy útiles pensar situaciones que atraviesan los pacientes, cuando son ellos los que han quedado contagiados en el contexto de la relación y el intercambio con otro.

Descripción del contagio orgánico afectivo

Cuando David se refiere a este fenómeno lo denomina "contagio orgánico afectivo". Esto se debe a que se contagian afectos (sentimientos) y también estados que, en algunos casos, tienen un carácter menos psíquico y más orgánico.

Hablamos de contagio cuando alguien tiene un estado afectivo y/o corporal que resulta **extraño** porque es ajeno al contexto de sus conflictos y de sus circunstancias actuales. Por ejemplo, a un analista le sobreviene una intensa somnolencia durante una sesión. La misma le resulta extraña ya que descansó bien la noche anterior y en las horas de trabajo previas estuvo despabilado y vital. En estas circunstancias es probable que la somnolencia sea el producto de un contagio afectivo orgánico, derivado del intercambio con ese paciente.

La condición de extraño/a que planteamos es necesaria pero no suficiente para definir al fenómeno ya que podemos tener afectos o estados que nos ocurren por razones propias, pero en el momento no podemos advertir los motivos que los determinan.

Entonces, además del carácter de extraño, tenemos que preguntarnos si los afectos y/o estados están determinados por el intercambio con otro. Y más específicamente **si ese afecto o ese estado está presente también en ese otro**.

Por ejemplo, en el caso de la somnolencia del analista que mencionamos recién, conviene preguntarnos si el paciente tiene también un estado de somnolencia, de sopor o de desvitalización.

En el caso que el fenómeno reúna las dos condiciones, que resulte extraño y que esté presente también en el paciente, podemos conjeturar que estamos ante un contagio orgánico afectivo.

¿Cómo se produce?

El contagio presupone un doble movimiento: un proceso **expulsivo** por parte de uno de los sujetos y uno **incorporativo** por parte del otro.

En el primero se combinan la proyección y la expulsión. La proyección corresponde a la expresión de las emociones. Si solo hubiera proyección probablemente no habría

contagio. La expulsión, en cambio, apunta a desembarazarse de algo, inoculándolo a otro. En el discurso verbal encontramos palabras que aluden al movimiento expulsivo, como "le vomité" o "me descargué".

En el contagiado se combinan también dos mecanismos: la identificación y la introyección orgánica. La identificación, que es el mecanismo correlativo a la proyección, a diferencia de lo que ocurre en la empatía, aquí no es consciente. David señala que, cuando se produce el contagio, la identificación está sofocada. Se trata de una identificación por comunidad (Freud también la llama conmisericordiosa), donde se juega un deseo de ser con el otro. Y el segundo mecanismo, complementario de la expulsión, es la introyección orgánica. Se trata de una noción que propone David y que permite explicar las alteraciones somáticas que se producen en el contagiado. Lo incorporado tiene, en general, una desmesura de difícil procesamiento, que crea un desorden en la propia economía pulsional y que constituye una situación tóxica.

En este punto podemos preguntarnos por qué alguien padece una situación de contagio orgánico afectivo ya que si alguien proyecta y expulsa un afecto o estado orgánico no necesariamente tendría que producir un efecto de contagio en otro. David dice que, en quien sufre el contagio, se ponen en juego disposiciones pre-existentes que generan una mayor o menor disposición al contagio. Se trata de aspectos inconscientes del contagiado. Quizás el hecho que la identificación no sea consciente, hace que quien se identifica quede con las "defensas más bajas" y sea más vulnerable al contagio.

¿Cuál es el valor clínico de estas situaciones?

El contagio, en principio, es un obstáculo para el analista ya que interfiere la posibilidad de escuchar y de pensar. Incluso lo puede llevar a actuar, a intervenir desde la situación de contagio. Sin embargo, si el analista puede reconocer e identificar el fenómeno, el obstáculo puede resultar valioso para el trabajo con el paciente. Para ello, el primer paso consiste en que el analista se rescate y localice la fuente de su sentir. En un segundo momento nos podemos plantear cómo leer las situaciones de contagio. Si recorremos los trabajos de David sobre el tema vamos a encontrar dos modos de entenderlas:

1. Cuando el paciente despliega una escena en la que expulsa un afecto o estado nos está mostrando algo que le ocurrió, algo que es del orden del trauma. En general se trata de la relación con uno de sus padres o quienes hayan ocupado esa función. Lo hace identificado con alguien que expulsaba estados afectivos u orgánicos y el analista, en la sesión, ocupa el lugar que tuvo el paciente en esas situaciones. Se trata de una transformación pasivo – activa de un trauma: le hace al analista lo que él padeció o padece.

En muchos casos se trata de vivencias que no se limitan al intercambio entre padres e hijos, sino que atraviesan a varias generaciones y que resultaron intolerables, improcesables psíquicamente.

2. Un segundo modo de entender este tipo de fenómenos, complementario del anterior, consiste en pensar al contagio como un medio que conduce a que no haya corte, que no haya separación, ya que si el terapeuta no logra rescatarse del mismo se llevará consigo afectos y/o estados corporales del paciente. Se trata de una lógica en la cual no hay separación entre los cuerpos.

¿Cómo intervenir?

Si tomamos la perspectiva anterior podemos trazar dos grandes líneas de trabajo:

a) Investigar si en la historia del paciente hubo situaciones como las que se dieron en la sesión, en las que alguien tiende a inocular a otro. Si ocurrieron, podemos establecer nexos entre las escenas de la historia y la que ocurrió en la sesión.

b) Hacer un trabajo de elaboración de los pensamientos y los afectos que el paciente no logra dar cabida en sus propios procesos psíquicos. Trataremos que lo desmesurado pueda volver al paciente de un modo que le resulte digerible psíquicamente.

Tipos de contagio afectivo-orgánico

David diferencia cuatro tipos de contagio

- contagio de erotización
- contagio de apatía
- contagio de angustia
- contagio de cólera

Y a veces agrega un quinto:

- contagio de excitación eufórica

Contagio de apatía

Vamos a detenernos solo en este tipo de contagio porque David plantea que se puede dar una secuencia que considera canónica: el contagiado que comienza con un estado de apatía puede angustiarse y luego pasar a la furia.

Cuando alguien corre el riesgo de terminar en el mismo estado de desfallecimiento que el otro, se puede angustiar y ante esa angustia puede responder con una hostilidad que parece tener dos funciones:

- rescatar al otro de su estado (algo así como sacudirlo para que se "despierte")
- protegerse del riesgo de un contagio duradero

Entonces, para quien se contagia de alguien que tiene un estado de apatía pueden presentarse tres opciones o alternar entre esas tres variantes:

1. Permanecer apático
2. Quedar atrapado en una crisis de angustia
3. Responder con furia

Un ejemplo de esto, en el contexto de un análisis, podría ser lo que le pasó a Freud con el Hombre de los Lobos. ¿Recuerdan la cuestión de la dócil apatía de este paciente? ¿Y de la decisión de Freud, en determinado momento, de ponerle un plazo al tratamiento? David entiende la decisión de interrumpir el tratamiento como expresión de la hostilidad de Freud, una hostilidad que no perdió los estribos, que apuntaba a:

- que el paciente saliera del estancamiento (algo de eso ocurrió, el paciente produjo material en las sesiones y el análisis salió de la parálisis)
- que Freud mismo no quedara contagiado por la inercia del paciente

Contagio afectivo y contratransferencia

David distingue al contagio afectivo de la contratransferencia. Sin embargo, en algunos trabajos, usa estos términos de manera indistinta. Por otro lado, clasifica los distintos tipos de contagio y de contratransferencia y resulta que esas clases son las mismas: erotización, furia, angustia y apatía. Todo esto nos lleva a plantearnos si efectivamente se trata de fenómenos que está justificado diferenciar.

Comencemos por el concepto de contratransferencia. En la historia del psicoanálisis es uno de los más controvertidos. De acuerdo a las escuelas y a los autores, las definiciones son diferentes y, en algunos casos, contrapuestas.

En el origen tenemos una propuesta bastante restrictiva, en la que Freud pone el acento en la eficacia de los factores inconcientes, no elaborados, del analista. Los llamados "puntos ciegos".

En sus últimos años de producción, David tiene un enfoque diferente al de Freud ya que toma una perspectiva intersubjetiva, desde la cual considera tanto los factores que implican al analista como al paciente y privilegia la escena que se arma entre ambos.

Descripción del fenómeno contratransferencial

En el contagio orgánico afectivo, el analista registra un estado y/o un afecto, pero no detecta, inicialmente, la fuente del mismo. En el caso de la contratransferencia, el analista no siempre tiene un registro de la misma, puede ser un proceso que se desarrolla sin conciencia. Esta posibilidad, la de la falta de un registro conciente, David la considera cuando habla, en el contexto de investigaciones empíricas, de una contratransferencia "declarada" o "no declarada" por parte del analista. En esta última, el terapeuta no advierte la presencia en sí mismo del fenómeno contratransferencial.

En la medida que el analista puede no tener noticias de su contratransferencia, no resulta fácil describirla y por lo tanto se dificulta la operacionalización de este concepto. Ante este problema, David recurrió a la noción de *enactment* y planteó que la contratransferencia se manifiesta como *enactment*.

Una traducción del término *enactment*, algo imprecisa, pero que provisionalmente puede servir, sería la de poner en acto. Se trataría de la puesta en acto de una escena que surge desde el inconsciente del paciente y se despliega en la sesión implicando al analista, quien es impelido a desempeñar un rol. Esta definición se parece mucho a la de transferencia, salvo en un punto: que el analista desempeña un papel en la escena sin advertirlo.

Desde el punto de vista fenoménico, David define al *enactment* por el hecho de que el terapeuta formula intervenciones clínicamente no pertinentes y/o desarrolla estrategias clínicas no adecuadas

Definir la parte observable de la contratransferencia de esta manera, como *enactment*, tiene sus problemas ya que un analista puede hacer intervenciones no pertinentes por razones muy diversas (por ejemplo, por su insuficiente formación) y no solo por efecto de una contratransferencia. David menciona este problema y entendemos que ha quedado irresuelto.

Investigaciones sobre contratransferencia con el ADL

David hizo investigaciones con el ADL sobre contratransferencia y llegó a la conclusión que el fenómeno contratransferencial se presenta de tres maneras:

- 1) cuando el terapeuta queda situado en el mismo lugar del paciente
- 2) cuando el terapeuta ocupa el lugar de un personaje de la vida psíquica del paciente
- 3) cuando el terapeuta se defiende de la contratransferencia y formula intervenciones reactivas frente a alguna de las dos alternativas previas

La **primera alternativa**, cuando el analista queda situado en el mismo lugar del paciente, se superpone o podría incluir al fenómeno del contagio orgánico afectivo. En este último, el analista queda inoculado por un estado y/o afecto del paciente y por lo tanto queda ubicado en su misma situación. Estaríamos aquí en esa zona donde los dos fenómenos tienden a confundirse.

Por otro lado, en un trabajo sobre contratransferencia, David habla de situaciones enigmáticas que se dan en la sesión. Y plantea tres de esas situaciones:

- La contratransferencia anticipa un estado del paciente:

El terapeuta registra un estado afectivo sistemático, como la somnolencia, la furia, la angustia, la excitación sexual o la euforia, que no parece tener asideros objetivos en los estímulos aportados por el paciente. Entonces plantea que, en ocasiones, es conveniente

considerar que dicho registro del terapeuta tiene un valor anticipatorio de un estado del paciente, que puede llegar a advenir a su conciencia gracias al trabajo clínico.

- La contratransferencia muestra procesos psíquicos que el paciente tiene sofocados: Por ejemplo, puede ocurrir que un terapeuta desarrolle una contratransferencia erótica con un paciente que parece no tener una actitud afín con ello en las sesiones, y que ese paciente afirme que una terapeuta previa y una jefa de su trabajo han desarrollado una postura erótica hacia él, sin que él la hubiera motivado en lo evidente. En ese caso es posible inferir en el paciente una sofocación de procesos psíquicos que conducen a que varios personajes de su entorno respondan del mismo modo.

- La contratransferencia corresponde a estados por los que el paciente atravesó y que se manifiestan en el terapeuta

Por ejemplo, un terapeuta tiene momentos de intensa angustia en las sesiones sin que el paciente haya aportado relatos que los justifiquen. Ese paciente ha relatado la importancia que tuvo la relación con una abuela que, durante la guerra, padeció situaciones de intensa angustia.

Como vemos, estas tres situaciones que propone David complejizan el problema ya que el analista puede ocupar el mismo lugar que el paciente, pero, en dos de los casos, ese lugar no es el que tiene el paciente en la sesión y en el tercero se trata de procesos de los que el paciente no tiene noticias ya que están sofocados.

Sigamos entonces con la **segunda alternativa**, en la que el analista ocupa el lugar de un personaje de la vida psíquica del paciente. En algunas ocasiones se trata del lugar de un personaje traumatizante y en otras no. En general, la escena que se despliega en la sesión es similar a otras que el/la paciente relata y que ocurren fuera de ella.

Veamos un ejemplo que presenta David en *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica* (2007). Se trata de una paciente que se la pasa quejándose de su novio y contando cómo la maltrata. Su familia y sus amigos tienen una mala opinión sobre el novio y se enojan con él. Ella tiene una actitud comprensiva hacia él argumentando que fue maltratado por su familia.

En un pasaje de una sesión se produce esta secuencia entre paciente y analista:

- la terapeuta le dice que ella se preocupa demasiado por el novio.
- la paciente le responde que el novio es una persona maravillosa y un muy buen amigo de sus amigos.
- la terapeuta le replica que a ella el novio le hace mal.
- la paciente argumenta que la suegra tiene la misma actitud con el suegro y que ella comenta que las mujeres están para eso.
- la terapeuta le dice que ella se parecía a su suegra y le recuerda que el suegro maltrataba a la esposa.

David analiza este pasaje de la sesión indicando que el *enactment* parece corresponder a una situación en que la terapeuta pasó a ocupar el lugar de quienes expresan enojo ante la escena en que el novio la maltrataba, enojo ante el cual la paciente respondía aludiendo al amor.

La paciente parecía inducir una actitud hostil hacia el novio, apelando a sus expresiones de quejas y lamentos. O sea que se daba una secuencia de inducción en otros de una actitud justiciera y, luego de que el otro expresara su hostilidad hacia el novio, la paciente apelaba al argumento del amor.

Con esta viñeta clínica quisimos ilustrar el segundo tipo de contratransferencia que plantea David, en la cual la terapeuta ocupa el lugar de un personaje de la vida psíquica de la paciente.

Interrogantes y problemas pendientes

Como podemos apreciar, no resulta fácil definir el concepto de contratransferencia. Además, su operacionalización también plantea un desafío complejo.

A partir de la exposición que presentamos podemos concluir que la noción de contratransferencia abarca un conjunto de situaciones clínicas más amplias que las correspondientes al contagio orgánico afectivo. Entendemos, entonces, que esto justifica la distinción de ambas.

Queda todavía por realizar un trabajo sobre el concepto de contratransferencia que incluya un enfoque complejo y refinado como el que propone David en sus escritos e investigaciones.

Bibliografía

- Freud, S. (1910). *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*, en AE, vol. 11.
(1914). *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*, en AE, vol. 12.
Maldavsky, D. (2007) *La Intersubjetividad en la Clínica Psicoanalítica*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
(2008). Problemas metodológico-conceptuales en la investigación de los vínculos de pareja. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, p. 123-148.
(2015). Investigación empírica con el algoritmo David Liberman de la contratransferencia no declarada: método y aplicaciones, *Investigaciones en psicología*, UBA, 20, 3.
(2015). Crisis de angustia e ideaciones suicidas, *Actualidad Psicológica*, XL, 445, 1-7.
(2016). *Intersubjetividad y contratransferencia*. www.researchgate.net/publication/308929348_Intersubjetividad_y_Contagio_afectivo
(2018). Investigación empírica del *enactment*: operacionalización, instrumentos, ejemplos. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 11.