

LA CONTRATRANSFERENCIA EN EL HOSPITAL DE DÍA

V JORNADAS NACIONALES DE HOSPITALES DE DÍA Y CENTROS DE DÍA

Organizadas por:

- Hospital de día. Consorcio Uribe-Kosta, Salud Mental.

- Hospital de día. Hospital Civil de Bilbao.

Bilbao 8, 9, 10 de noviembre de 1987

Dr. JOSÉ LUIS JIMÉNEZ BULLEJOS, Psiquiatra

ENRIQUE FERNÁNDEZ LÓPIZ, Psicólogo

HOSPITAL DE DÍA DE GRANADA

I. CONCEPTO E INCIDENCIA DE LA CONTRATRANSFERENCIA EN EL EQUIPO DEL HOSPITAL DE DÍA.

Podíamos definir la contratransferencia como el conjunto de todos los fenómenos que aparecen en el psicoanalista, como emergentes del campo psicológico que se configuran en el análisis. Sería pues, la respuesta (o respuestas) del entrevistador a las manifestaciones del entrevistado, el efecto que tienen sobre él. Así, en este sentido, P. Heiman se refiere a la misma como la totalidad de los sentimientos que el analista experimenta hacia su paciente, y añade que esta respuesta emocional constituye un inapreciable instrumento de trabajo, así como que el analista no ha de interpretar desde una base estrictamente intelectual, sino que es a partir de su propio análisis desde donde debe saber contener los sentimientos que el paciente despierta en él, y no descargarlos como hace éste. Otros autores, como P. Bofill y P. Folch conceptualizan la contratransferencia como “respuesta global del analista al analizado” y no como una respuesta a la transferencia de éste. Es importante significar esto último, por cuanto en alguna medida pudieran ser confundidas “transferencia” y “contratransferencia”.

Como una manifestación que tiene relación con la contratransferencia, y que es señalada por L. Grimber, es la contraidentificación proyectiva, que no es percibida ni registrada por el analista, pero que lleva a adoptar actitudes y experiencias emocionales que no les son propias y que el paciente ha suscitado en él.

Como antes indicábamos, transferencia y contratransferencia se diferencian claramente, aunque representen (al decir de Racker) dos componentes de una misma unidad, dándose vida mutuamente.

Hemos definido someramente este concepto (la contratransferencia) en el marco del Psicoanálisis, o quizás sea mejor decirlo así: en el seno de la cura analítica, para extrapolarlo a la relación existente entre equipo terapéutico (del Hospital de Día) y grupo de pacientes. El analista (terapeuta) está en una situación de poder en la que no está el analizado, y de manera analógica discurre esta relación entre equipo terapéutico y grupo de enfermos. Es por ello, por lo que en el Hospital de Día cobra singular importancia la contratransferencia, puesto que, como dice Meninger, “la contratransferencia sólo es peligrosa cuando se la olvida”, y nosotros añadiríamos que también lo

es cuando no se sabe manejar. Es por ello por lo que cobra extraordinaria importancia la supervisión de casos, ya sea por miembros del equipo o por un supervisor extragrupal, así como el propio análisis didáctico de los terapeutas del mismo.

De esta manera, la transferencia y la contratransferencia no se dan sólo en el proceso psicoanalítico, sino en todas las terapias y en las distintas relaciones interpersonales, así como cuando sólo se habla de ellas propiamente, como indicábamos antes, en la cura analítica. Aquí hablaremos de actitudes y/o sentimientos contratransferenciales habida cuenta de la posición, antes mencionada, de poder (al menos teórico) del equipo con respecto a los pacientes del Hospital de Día. En este sentido, nos parece importante destacar que en el Equipo Terapéutico deben evitarse, creemos, el desarrollo de los que Bion vino en denominar grupos de supuesto básico, porque de suceder esto se consolidaría más un “grupo terapéutico” que un “grupo de trabajo”. El grupo de trabajo se caracteriza por su tolerancia a la frustración, la permisividad en el desarrollo de ideas nuevas que no son negadas ni idealizadas, ni expresadas como sucede en el grupo de supuesto básico. De esta manera los profesionales del Equipo Terapéutico han de ser capaces de percibir y concienciar sus conflictos y sus motivaciones irracionales, para lograr que el nivel de comunicación y de aceptación entre sus miembros sea óptimo y, con ello, su capacidad curativa, advirtiéndoles que tales conflictos no deben ser interpretados sino, en cualquier caso, señalados; es decir, no entrando en el porqué de los contenidos, y si facilitando el reconocimiento de los fenómenos de envidia, rivalidad, etc., que se organizan en el Equipo Terapéutico, no ignorándolos sino haciéndolos conscientes. De la misma manera que las relaciones intragrupalas del Equipo Terapéutico sería deseable que estuvieran “saneadas” en este sentido, igualmente sería deseable que quedasen manifiestos los aspectos contratransferenciales en este contexto, que es donde pueden ser drenados adecuadamente (además de las supervisiones grupales, individuales, etc., que antes mencionábamos).

Añadiremos que en el manejo de la contratransferencia habría que considerar como de suma utilidad las aportaciones de autores como Sullivan, quien fue promotor de la posibilidad de expresar al paciente la contratransferencia, sobre todo la agresiva. Sullivan cree en la pertinencia de comunicar directamente al paciente lo que se siente, estimando que ello facilita la proximidad y el abordaje de los aspectos más negados del mismo. Federn, de otro lado, participa del mismo criterio, así como Searles más recientemente.

II. RESPUESTA CONTRATRANSFERENCIAL SUSCITADA EN EL EQUIPO TERAPÉUTICO DESDE LOS DISTINTOS ESTILOS RACIONALES EN LOS PACIENTES.

Como quiera que los fenómenos contratransferenciales se insertan en la didáctica social terapeuta-paciente, nos parece útil plantear una constelación tipológica que indique de manera más universal y global posible las diferentes maneras cualitativas que pueden incidir en los estilos relacionales. A la hora de elegir un esquema categorial lo hacemos desde una óptica psicoanalítica en la que cobra un papel especial el peso de la interacción social, los conflictos que esta dinámica acarrea, los posibles fracasos en la adaptación y la estructuración de comportamientos anómalos como producto de tensiones. Es, pues, notoria la influencia que sobre nuestro trabajo en este punto tie-

ne la teoría de las relaciones de objeto (Fairbain), así como la nosografía de Fenichel, las ideas de M. Klein y la magnífica obra integradora de Liberman.

Lo que a continuación reseñamos será una breve explicación de cada una de la personalidades descritas por Liberman, para abundar, sobre todo, en las características de cada uno de estos “tipos” suscita en el personal encargado de su atención.

Consideremos en las líneas que siguen la existencia de modelos relativamente fijos, a nivel genérico, de estructuras transferenciales y CONTRATRANSFERENCIALES que cristalizan en estilos concretos de relación. En la medida en que estos estilos se constituyen en entidades comunicativas y relacionales suficientemente fijas, aparecen los correspondientes cuadros clínicos, cuya funcionalidad se explicita en “técnicas” cuyas características psicodinámicas pasamos a explicar:

- a) La TÉCNICA ESQUIZOIDE: Emergente de la vinculación esquizoide deriva un estilo relacional y defensivo cuyas manifestaciones clínicas han sido estudiadas con singular agudeza por Fairbain. El estilo esquizoide deviene de las primeras relaciones parciales con el elemento mantenedor (pecho). Las características principales son: una actitud más o menos manifiesta OMNIPOTENCIA, TENDENCIA AL AISLAMIENTO y AL DESAPEGO, UNA POLARIZACIÓN HACIA EL MUNDO INTERNO y una incapacidad “yoica” para la adaptación a la realidad, así como una merma del “yo” en sus funciones integradoras. Derivada de la temprana actitud oral incorporativa y parcialmente centrada en el pecho materno, emergen otros rasgos específicos en los que, destacando por una parte la tendencia a relacionarse parcialmente con los objetos externos, los cuales son meros medios para satisfacer necesidades y por otra del predominio del “tomar” sobre el “dar” se observa una renuncia a los contactos emocionales con el objeto de no dar, de no perder, de no empobrecerse. Para superar estas dificultades en el “dar” emocional Fairbain destaca dos técnicas específicas: 1ª. La técnica de representación de roles en la que el sujeto representa un papel en el que su personalidad ni se compromete ni se involucra; es como una actuación teatral. Y 2º. La técnica exhibicionista, en la que el “dar” se sustituye por el “mostrar”.

En definitiva, el esquizoide tiende a supervalorar su mundo interno, experimentándolo como valioso, y, por el contrario, el mundo externo es vivido como depositario de todo lo malo, y frente a él actúa de forma desconfiada (paranoide), en el fondo, ante el temor de no ser aceptado.

Desde la *contratransferencia* el observador se siente envuelto en una atmósfera de misterio, en gran parte determinada por la falta de información que proporciona el paciente y a sus déficit gestuales, mínimos, etc.; sin embargo es destacable la idea de que puede haber una “identificación” con la curiosidad del paciente que provoca en el observador una actitud expectante. También el sujeto esquizoide nos puede dar la impresión de

no oír, ni percibir, (de forma aparente), de indiferencia, de refrenamiento y de desvalorización de lo que se aporta.

Con estos pacientes el silencio, la distracción y la intelectualización es una actitud receptiva de base.

- b) La TÉCNICA DEPRESIVA. Al contrario que el sujeto esquizoide, el depresivo vive “lo malo” en sí mismo, identificando lo valioso en el mundo exterior. Así, la desconfianza revierte sobre su realidad interna y los contenidos propios, en tanto predomina una búsqueda sistemática del “otro” en un intento de abastecer demandas y encontrar la seguridad. De este modo, “el otro” reconvierte en el depositario de sus propias situaciones emocionales. Esta tendencia al apego intenta llevar las tendencias que supone establecidas por los demás (reparación) y que no es más que su propia demanda proyectada. Como advierte Rieman, el sujeto depresivo “considera el “ser útil” como la justificación de su existencia y el sentido de su vida”.

Como quiera que en estas personas existen deficiencias de la autoestima, los pacientes depresivos buscan en las otras personas aportes narcisistas con lo que su relación transferencial es exigente, sensible y con altos niveles de receptividad, ora pasiva (melancolía), ora activa (manía), lo que dibuja un patrón básico de personalidad dependiente.

De la *contratransferencia* resaltamos la continua sensación de absorción y demanda unida a una sensación de insuficiencia atención al de fuerte responsabilidad con las necesidades del paciente, debido a las continuas peticiones de apoyo. Esto hace que el observador se sienta condicionado por el paciente, en el sentido de que cuanto más se somete externamente al otro, tanto más se rebela dentro de sí poniendo en juego actitudes reivindicativas y de exigencia, y, por otra parte, cuanto más ataca al objeto externo más lo ama a nivel de sus fantasías.

- c) La TÉCNICA CONVERSIVA (o infantil de Liberman). Son personas que localizan sus conflictos a nivel del Sistema Nervioso Autónomo, y de esta forma los síntomas corporales son el medio de expresión de sus conflictos, con la consiguiente evitación de las implicaciones psicológicas en el mismo. Son, pues, personas que tienden a reaccionar con un código somático, y que también acostumbran a registrar las claves corporales que emanan de los demás. Hay una disociación entre lo verbal y lo emocional, razón por lo que suelen ser muy sensibles pero piensan poco o nada acerca de lo que sienten. Para la “persona infantil” el síntoma somático constituye, a la vez, pensamiento, sentimiento y acción.

A nivel de *contratransferencia* estos pacientes transmiten una sensación de vacío comunicativo muy polarizado en lo somático, como si el cuerpo fuera un tercer elemento en el esquema relacional. Así, los movimientos emocionales del discurso carecen de significatividad, con la consiguiente

desafectivización en la participación con el otro. La relación que se maneja dentro de una técnica conversiva, en lo psicológico, es como un “diálogo de libro”.

- d) La TÉCNICA DE EXTERNALIZACIÓN. A través de esta técnica la persona constantemente pasa a la acción para recobrar el equilibrio, interferir en la significatividad de la comunicación e imposibilitar el desarrollo de actividades constructivas que requieren estabilidad en una red comunicativa que trabaje sobre la base de planteamientos y valores que deben ser mantenidos durante un tiempo. Para Liberman existe un trastorno generalizado de la relación con la realidad y una dificultad del conocimiento de la propia identidad en relación al contexto biográfico del sujeto. Ante la incapacidad para asumir las necesidades internas, descargadas por la vía del acting-out las sensaciones de estos pacientes suelen ser la apatía, la irritabilidad y la inquietud.

Contratransferencialmente se vive el intento de control y manipulación así como la exclusión. Este tipo de pacientes aparecen como desinteresados y ajenos a cualquier tipo de comunicación significativa.

- e) La TÉCNICA DE RELACIÓN LÓGICA. Los pacientes encuadrados dentro de este modelo comunicativo y relacional tienen una hipertrofia defensiva basada en las operaciones lógicas. La lógica formal se constituye en un instrumento tendente a contraatacar la lógica de las emociones. Son personas rígidas, repetitivas y evitativas de la confrontación con el mando emocional y la posibilidad de cambio. Así, se tiende hacia la comunicación mediante significantes, desconectados de su significado emocional.

A pesar de que la duda constantemente les invade, son personas que aparentan seguridad y dominio sobre las situaciones tanto internas como externas. Los mecanismos defensivos característicos son: la formación reactiva, el desplazamiento, la condensación y la anulación.

Contratransferencialmente estos sujetos, debido a sus estereotipias, producen aburrimiento y somnolencia. La meticulosidad, el detallismo y el exagerado orden que preside su discurso provocan una sensación de tedio e infructuosidad en la tarea terapéutica.

- f) La TÉCNICA DE EVITACIÓN. En forma latente o manifiesta, los enfermos así denominados, se encuentran en un continuo estado de alerta ante cualquier tipo de estímulo asistencial. De este modo la nota predominante es la angustia resultante de las tendencias contradictorias de atacar-huir, emergentes de las fantasías de ser atacado y dañado. No obstante, las personas que asisten a estos sujetos son depositarios de dos cualidades, una de ellas fobígena y otra protectora. En su relación, tanto lo que piensa, siente, dice o hace, está presidido por la tendencia a evitar angustia, razón por la que

elude sistemáticamente situaciones, personas o cosas que movilizan su situación interna, mediante el DESPLAZAMIENTO a otras áreas. Por esto, el evitativo controla por desplazamiento la “distancia” para él válida en la relación. Escucha poco y mal. Sus defensas típicas son las ACTITUDES CONTRAFOBICAS, EL DESPLAZAMIENTO y el continuo CHANTAJE al medio por su temor a la locura.

Contratransferencialmente, el observador se siente vigilado y controlado en sus actuaciones. La sensación es que siempre hay algo que debe evitarse sentir, pensar o decir.

- g) La TÉCNICA DEMOSTRATIVA. Se trata de personalidades centradas en la manipulación del mundo externo para conseguir afectos (TIMOCENTRISMO). Se mueven, asimismo, en el polo de la extraversión y de la inestabilidad emocional. De ahí la abundancia de contenidos exhibicionistas, que facilitan la comunicación y la relación sobre la base de la seducción y el deslumbramiento. Asimismo, las dificultades elípticas en la internalización de modelos (parentales), hacen del paciente demostrativo un sujeto que representa múltiples y cambiantes papeles, con la consiguiente tendencia a dramatizar para dominar el ambiente, bien en el mando de lo psicológico o a través del propio cuerpo. Como además tiene un alto nivel de simbolización, todo su esquema corporal y todos los medios de comunicación los utiliza para transmitir sus fantasías (sexual-edípicas) y en cierto modo para, como decíamos, movilizar el ambiente. Los mecanismos específicos son la DRAMATIZACIÓN, el EXHIBICIONISMO y la IMPOSICIÓN; en el polo opuesto la SUGESTIBILIDAD. Para el manejo de las situaciones la defensa básica es la represión.

Desde el punto de vista de la *contratransferencia* el demostrativo se percibe como un sujeto manipulado y abocado a hacer y sentir determinados papeles y sentimientos. Hay una intolerancia a que el observador se mueva con libertad en su pensar y actuar (son muy manipulativos), ejerciendo una presión continua para reducir y controlar su iniciativa. Hay una escucha despersonalizada y una falta de respeto al planteamiento del otro, que sólo es oído en función de las propias fantasías.