

DIMENSIONES DEL ODIO EN LA CONTRATRANSFERENCIA

“Odiame por piedad yo te lo pido, ódiame sin medida ni clemencia, odio quiero mas que indiferencia por que el rencor hiere menos que el olvido” (Vals peruano- Rafael Otero Lopez, (1921-1997)

María Antonieta Pezo ¹

Hablar del odio parece una dimensión a ser silenciada, callada propia de nuestra tradición judío-cristiana. Un mundo dividido entre buenos y malos, correctos e incorrectos, virtuosos y perversos; entre ellos, el que odia no es muy bien aceptado. Ahora bien, si asumimos que es un sentimiento muy humano y que como versa la tradición popular, “odia quien ama”, parece entonces que desde el psicoanálisis tener una escucha y una mirada para dentro de nosotros mismos sobre este tipo de afecto, exento de connotaciones moralistas o culposas, parece ser fundamental.

Al inicio de mi experiencia como psicoterapeuta de niños internados en una Institución, nos confrontamos con sentimientos que iban desde el dolor, la compasión, la culpa social por ser una joven de clase media, hasta el malestar, la antipatía, la aversión que por algunos instantes provocaban algunos niños con sus insistentes demandas o destructividad, y un sentimiento que costó muchísimo aceptarlo: el odio y la impotencia que algunos suscitaban. En aquel momento (década de 76) pienso que era incapaz de reconocer ese sentimiento como tal, probablemente me consideraría indigna de ser una candidata a terapeuta, a psicoanalista, una psicóloga! En supervisión del proceso psicoterapéutico con uno de los grupos que atendía - seleccionado para una investigación del proceso grupal² y los efectos de la internación temprana y prolongada, con niños internados antes de los seis meses - es que surge este sentimiento.

1 Magíster y doctora en Psicología Social por el Instituto de Psicología de la Universidad de Sao Paulo, Bachiller y Licenciada en Psicología por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Psicoanalista y analista institucional. Con apoyo de la FAPESP.

2 Pezo, M.A. 1982, Una Experiencia Grupal con Niños en el Puericultorio Perez Araníbar, Tesis para optar el grado de Bachiller en Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Precisé trabajarlo y descubrir lo que Winnicott (1947) nos enseñaba sobre el uso del objeto y sobre el odio en la contratransferencia.

Por otro lado, en la clínica con niños seriamente perturbados, también pudimos constatar cómo y de qué manera surge este tipo de sentimientos cuando estamos analizando a un niño. Durante aproximadamente cinco años atendí a una niña que llegó con siete años, reía sin reír, cargada de una muñeca que usaba para tirarla en el suelo cuando llegaba a la sesión; no sólo destruía el material lúdico, si no que también atacaba constantemente nuestro vínculo, en un intento de inmovilizarme y hacerme sentir impotente, “burra”. Debido a la gravedad del estado en que llegó, la atendía cuatro veces por semana y llevaba el caso una vez por semana para supervisarlo. Con ella y a través de aquello que me movilizaba, aprendí con el material de las sesiones, con los sueños que provocaban nuestra relación e invadían mi descanso, que odiar a un paciente puede ser un excelente instrumento para analizar, desde que somos capaces de reconocerlo, aceptarlo, analizarlo y no actuarlo. Cuando pienso en la actuación del odio, quiero referirme no a aquella manifestación, bastante común como sería responder agresivamente con actos o palabras al paciente, me parece que la mayor cautela hay que tenerla cuando en función de ello actuamos aplacando el odio: “mansamente”, con “bondad” y un cierto altruismo, que recuerda aquel pasaje bíblico cristiano de “dar la otra cara” en lugar de responder al agresor.

El Odio en la Contratransferencia

Es con este nombre que Winnicott (1896 - 1971) en febrero de 1947 presenta ante la Sociedad Psicoanalítica Británica, una comunicación que significaría el reconocimiento público del afecto del odio por parte del analista. Antes, Sandor Ferenczi (1932) ya había postulado el sentimiento negativo del analista hacia el paciente y criticó duramente la impostura, la hipocresía, “los buenos modos de atender” y la negación del afecto por parte del analista. Llamado el “niño rebelde”, muere tempranamente y con él se guarda un vasto material hoy publicado y estudiado por diversos analistas interesados no sólo en cuestiones históricas sino también en los aspectos técnicos e innovadores que Sandor Ferenczi introduce. Censurada y guardada durante años, su obra sólo comenzó a ser publicada en la década del sesenta. Hoy puede afirmarse la influencia de este autor en psicoanalistas como Balint, Winnicott, Bion, Heilmann, y Little.

La contratransferencia apareció por primera vez en una carta dirigida por Ferenczi a Freud, en la que le habla sobre los sentimientos que le suscitaba un paciente; y es en 1909 que Freud en una carta a Jung, lo alerta sobre estos sentimientos y las excesivas implicancias y peligros que *podrían interferir su trabajo con la paciente Sabina Spielrein*. Por su parte, Freud en 1910 en “*Las Perspectivas Futuras De La Terapia Psicoanalítica*” aborda la cuestión de la contratransferencia como crucial al trabajo psicoanalítico. En este artículo Freud muestra que, la contratransferencia, antes de ser un recurso para el trabajo analítico, es un aspecto que debe dominarse; así Freud señala que “(...) prestar atención a la «contratransferencia» que se instala en el médico por la influencia que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine” (Freud, 1910/1948, p.136). Tanto en “*Observaciones Del Amor De Transferencia*” (1915) como en “*Consejos al Médico*” (1912), la contratransferencia será un obstáculo a ser superado.

Ferenczi parecía entender que este “dominio sobre el afecto contratransferencial” llevaba a muchos analistas a ser “rígidos”, aparentar indiferencia y a lo que él denominó como hipocresía. Kuppermann (2008) refiere:

La marca de la delicadeza propuesta por Ferenczi a la clínica reside, así, en el alerta para que el abandono traumático sufrido por el analizando no se reproduzca en la experiencia transferencial. Justamente la figura más cruel del abandono constatada al largo de la historia del psicoanálisis es el de la insensibilidad del psicoanalista – esto es la recusa de sus propios afectos y del modo como es afectado y como puede afectar su analizando. (Kuppermann, 2008, p. 122)

En este contexto de discusión y revisión de la transferencia con Freud - analista y profesor - que Ferenczi discute en las correspondencias con Freud cuestiones no resueltas en su análisis y en especial señala que una de las mayores dificultades fue la negación de la hostilidad. En 1918, Ferenczi (1873-1933) postula en un texto sobre la “*Técnica Psicoanalítica*” que dominar la contratransferencia debía significar un dejarse llevarse por ella de manera que en lugar de ser un obstáculo resulta un recurso necesario e indispensable del trabajo analítico. Autores como Winnicott, Balint, Bion toman este aspecto y lo desarrollan en amplitud.

Winnicott introduce la cuestión del odio en la contratransferencia en 1947, cuando probablemente la censura hacia la obra de Ferenczi era mayor, que el reconocimiento ético de su filiación. La clínica con los llamados casos difíciles como los que Ferenczi y Winnicott atendían les permite llevar a estos dos grandes psicoanalistas a pensar, discutir y abordar sentimientos como el odio.

Winnicott (1947) reconoce que en el trabajo analítico es fundamental trabajar con los propios afectos y aquellos que emergen en el contacto con el paciente; vincula de manera semejante a Ferenczi la relación analítica a la función materna (la sensibilidad femenina). El amor romántico, idealizado como el amor maternal es derribado, cuando describe y reconoce que la madre siente mucho antes que su bebe un odio por los diversos sacrificios, que tiene que enfrentar en su relación con el bebe. La madre y el analista, desde Winnicott, deben permitirse este sentimiento negado histórica y socialmente. Así Winnicott afirma en esta cita que:

El analista debe estar preparado para soportar la tensión sin esperar que el paciente sepa lo que está haciendo, tal vez durante un tiempo bastante largo. Para esto, al analista debe serle fácil asumir sus propios temores y odios. Se halla en la situación de la madre de un nonato o de un recién nacido. A la larga, debe ser capaz de decirle al paciente lo que él, el analista, ha experimentado en sí mismo, aunque puede que el análisis no llegue tan lejos. Puede que en el pasado del paciente haya una escasez de buenas experiencias que permitan trabajar. ¿Qué sucede si no hay ninguna relación satisfactoria perteneciente a la primera infancia que el analista pueda utilizar en la transferencia? (Winnicott, 1947/1979, p. 272-3)

Cuando Winnicott se pregunta sobre la capacidad de odiar y la relación con las experiencias tempranas de un niño, pensamos como ellas se vinculan con las vivencias destructivas y fragmentadoras de los niños con los que trabajamos - internados en una Institución antes de cumplir seis meses de edad. Aquellos niños pasaron durante el proceso terapéutico grupal, de una fase de intensa actividad destructiva (romper el material lúdico y mostrarse desorganizados) a una fase constructiva y reparadora. Es cuando finalizábamos el proceso terapéutico que uno de ellos, juega y se permite “golpearme” con una cartulina, haciendo de cuenta que yo era una piñata³. Cuando le comento, que “en nuestro grupo no era permitido que nos golpeásemos”, él me responde, “no, es un juego”, y “tú eres una piñata”. Los niños del grupo se entusiasman con este juego, hacen una fila (como en una fiesta de cumpleaños) y sucesivamente cada uno de ellos me da un toque con el “palo” hecho de cartulina. Invitados por mí, van nombrando cada una de las cosas que contendría la piñata: “bebes, caca, juguetes, dulces, penes, chocolates.” Pocas sesiones después de esta sesión, próximos a la semana santa, otro niño me invita para dramatizar una es-

3 Juego en algunas fiestas infantiles en que los niños golpean repetidamente una piña artificial de papel rellena de dulces hasta romperla saliéndose las golosinas y abalanzándose los niños sobre ellas.

cena donde me hacen vivir al Cristo crucificado, que luego ellos resucitan. Las agresiones que me habían dirigido en transferencia no les trajo retaliaciones, en la experiencia terapéutica pudieron vivenciar que era una persona capaz de soportar sus ataques, y de ésta manera, posteriormente pudieron aprender a utilizarme en sus juegos. La acción destructiva pudo lúdicamente ser tratada, a partir de ellos utilizarme.

Existe una inmensa diferencia entre los pacientes que han vivido experiencias satisfactorias en la primera infancia, experiencias que puedan descubrirse en la transferencia, y aquellos otros pacientes cuyas experiencias han sido tan deficientes o deformadas que el analista tiene que ser la primera persona en la vida del paciente que aporte ciertos puntos esenciales de tipo ambiental. (Winnicott, 1947/79, p. 273)

Los niños con los que trabajamos habían sido dejados tempranamente en la institución, probablemente sus registros de un cuidado materno eran escasos, aquello que primaba en la vida de ellos era el abandono, la internación y el sentirse despojados de toda y cualquier identidad de filiación y genealógica. Historizar la propia vida podía llevarlos a explicarse por qué ellos no podían salir como los otros niños, por qué ellos no recibían visitas, por qué nadie los buscaba. Dichas vivencias generaban vacío y un inmenso odio. Analizar el odio, los sentimientos que me hacían vivir este grupo de niños fue fundamental en ese trabajo; estudiar a Winnicott me permitió aceptar que podría vivir estos sentimientos, sin destruir o matar a este grupo de niños, que inicialmente dejaban mi sala en un estado caótico.

Si aceptamos todo esto, seguimos con la necesidad de discutir la cuestión de la interpretación del odio del analista para con el paciente. Se trata, evidentemente, de una cuestión preñada de peligros y a la que debe dedicarse una sincronización de lo más cuidadosa. Pero creo que un análisis es incompleto si, incluso cerca de su final, al analista no le ha sido posible decirle al paciente lo que él, el analista, hacía a escondidas del paciente mientras éste estaba enfermo, durante las primeras etapas. En tanto no se haga esta interpretación el paciente es mantenido en cierta forma en la posición de un pequeño, de un pequeño incapaz de comprender lo que debe a su madre. (Winnicott, 1947/79, p. 278)

El trabajo con niños psicóticos

En una sesión de supervisión de un Hospital de Día, el equipo trae para supervisar el caso de un niño de 12 años que fue retirado de la guardia paterna debido a los múltiples descuidos de sus padres, que lo internaron en un albergue en dos oportunidades y que al retornar a la casa paterna huía y dejaba al equipo en pánico y confusos, para nuevamente repetir el ser internado. Como hijo problema, como objeto a ser depositado en dos oportunidades es internado, hasta que judicialmente sentencian a estos padres como “padres insuficientemente buenos” y lo mandan a un abrigo. Los padres habían iniciado un contacto, luego cortado con el Hospital antes de ser internado en el albergue. De esta manera, cuando es nuevamente internado, la institución que lo alberga lo lleva al Hospital de Día como niño difícil. Los miembros del equipo del hospital viven esta situación como que en lugar de ser cuidado, este niño debe ser encerrado como un sujeto peligroso. Discurso suscrito por el poder judicial, que ordena que el niño pase de una atención de un sistema intensivo (frecuentaba el Hospital tres veces por semana) a una atención diaria. La escuela por otro lado, tampoco lo acepta, restándole por tanto, sólo al Hospital de Día, cuidar de este niño, en un régimen de todos los días.

Así encontramos a un niño rechazado sucesivamente: por la madre, por el padre, por la institución albergue y por la escuela. De esta manera, el albergue y la escuela se eximen de cualquier responsabilidad. Esta situación que el equipo trae —con bastante angustia— pone a dialogar las instancias jurídicas, educativas y de salud mental; qué estrategias deben ser tomadas en cuenta cuando se cuida de un niño psicótico con un déficit social, afectivo e intelectual. El equipo del Hospital Día se encuentra movilizado, ya que la rutina y los programas deben adaptarse a esta nueva realidad y parecen encontrarse casi inventando espacios para acoger a este niño —vivido simultáneamente como excluido y aprisionado. El lugar de este niño pareciera ser el del estorbo, del que debe ser encerrado, vigilado y castigado. Cuanta convicción y verdad tiene aquí la tesis foucaultiana, que considera que castigar y vigilar son prácticas que permiten dejar a las personas más dóciles y adiestrarlas para que sean capaces de vivir en la sociedad.

Empleamos un par de encuentros para tratar los diversos aspectos y asuntos que suscitaba el tratamiento de este niño. Cuando en un tercer encuentro surge una situación bastante curiosa, ya que el grupo aparentemente, se disponía a pensar en la supervisión, no más en el paciente y sí en un programa instaurado en el servicio que era denominado de *ambiencia*⁴.

4 *Ambiencia*: término que viene de la acústica y que significa “relación entre la forma en

Así es como exponen que surge en el equipo la necesidad de re-pensar el proyecto terapéutico y cambiarlo en función de la presencia diaria de este niño. Si antes era un profesional que cuidaba del programa, hoy lo hacían dos miembros del equipo ya que el paciente se aproximaba a otros niños menos difíciles, a veces, de manera hostil o con un afecto que parecía atemorizar a algunos miembros; como si se preguntasen por la capacidad del mismo de inflingirles algún sufrimiento. Estaba muy presente el temor de que pudiera huir, como lo hiciera de la casa paterna en dos oportunidades, y luego fuera encontrado mendigando.

En aquel momento no pude dejar de asociar las experiencias anteriores que viví, con el grupo de niños abandonados antes de los seis meses y que los atendí cuando tenían seis años. No pude, tampoco, dejar de pensar en el odio que algunos pacientes psicóticos suscitan en sus terapeutas, incluyendo mi experiencia con estos niños. Considerando estos sentimientos contratrtransferenciales pedimos a los miembros del equipo, que relatasen como se sentían con este chico. Así, surgieron algunos sentimientos que iban desde la pena, rabia, cansancio agotamiento, miedo, hasta lo que no podía ser nombrado, pero sí vivido: el odio. Curiosamente, percibimos que en lugar de poder tener una palabra que enunciase este afecto, algunos se mostraban en la vía opuesta a este sentimiento. Si hubiesen podido algunos literalmente le ofrecerían su regazo, cariños. El toque, el contacto afectivo concreto pareciera sustituir la palabra, la palabra-acto, propia del gesto analítico, del *squiggle* winnicottiano y tan bien descrito por Daniel Kupperman (2008) en su trilogía ferenciana. Dice este autor: "Así, no se trataba más para el analista, de posicionarse ni como sustituto paterno, ni como sustituto materno, pero de favorecer la emergencia, en el *setting* analítico, de la palabra-acto, de la palabra acompañada de carga afectiva que le permite re-significar la existencia del sujeto en análisis;" (Kuperman, 2008, p. 140). Palabra-acto que lleve a la simbolización, que acoge con afecto, no desde el toque, y sí, desde una palabra benevolente, afectiva, significativa. Una palabra que de sentido a lo que repite, a la impotencia, al odio, al deseo.

Con la cuestión enfocada en este encuentro, sobre el tema traído por el grupo como "ambiencia" que significaría tornar el ambiente agradable y acogedor, los miembros del grupo mostraban cómo la llegada de este niño marcaba una acogida forzada legalmente y que los obligaba a una serie de peripecias para tornar el espacio agradable. Surgen entonces en el grupo la presencia

que se escucha y el lugar donde se está". Es utilizado en la salud, refiriéndose al espacio físico entendido como espacio social, profesional y de relaciones interpersonales que debe proporcionar una atención acogedora, resolutive y humana. Envuelve el medio físico y lo torna agradable.

de algunas dicotomías constatadas en situaciones en las que podían vivirse sentimientos que iban entre lo agradable/ lo desagradable; lo sustentable/ lo insustentable; lo amado/ odiado; lo organizado/ desorganizado; lo integrado/ lo fragmentado.

Consideraciones

Retomando a la cuestión inicial, podríamos afirmar con Winnicott que importante es poder reconocer los afectos que nos movilizan los pacientes al trabajar con ellos. Descubrir los sentimientos tendría que ser una condición para poder trabajar con un paciente, con un grupo o con una institución. Siendo la contratransferencia un recurso necesario y fundamental para todo trabajo analítico y no más un obstáculo del cual debamos precavernos.

La sensibilidad ferencziana y winnicottiana para con pacientes difíciles tiene como base el reconocimiento de los diversos sentimientos y el uso que hacemos de ellos. Tal vez, cabe aquí recordar que en el Hospital Día, el equipo entra en contacto con sus verdaderos sentimientos, cuando se trata de cómo el espacio se desorganiza con la presencia impuesta de este niño.

El término que ellos utilizan para tratar del asunto —*ambiencia*— nos remite a la manera o forma cómo escuchamos y desde que lugar somos capaces de escuchar. Cabe resaltar que es necesario discriminar lugares, espacios, tiempos cuando tratamos de niños gravemente perturbados. Preciso es saber que quien trata un niño está en una relación asimétrica, que el espacio, el tiempo y los papeles nos constituye (lugar de madre, lugar de padre, lugar de hermano, lugar de analista). Es imposible estar bien con alguien todo el tiempo, es imposible amar al otro cuando destruye lo que promovemos, por ello se hace necesario el uso de la palabra. Escuchar desde un lugar implica también poder y deber decir desde ese lugar lo que se vive y lo que se siente. No para actuar los afectos, y sí para descifrarlos, darles nombre, enunciarlos para nosotros mismos en primer lugar y enseguida para los pacientes.

Resumen

La autora aborda el odio en la contratransferencia, tema trabajado por Winnicott para pensar y articular algunas situaciones clínicas con un grupo de niños, un paciente y una supervisión clínico-institucional de un hospital día de niños, donde el sentimiento de odio, le impuso realizar consideraciones importantes sobre el uso del odio en la contratransferencia, la vida y la situación de los pacientes, crudamente abandonados o poco sostenidos en sus primeros años de vida. Toma en consideración, que este sentimiento, puede ser negado y transformado en su contrario y traer graves dificultades para un equipo de profesionales de un Hospital Día, al que le fue impuesta judicialmente la presencia diaria de un niño rechazado por sus propios padres e diversas otras instituciones.

PALABRAS CLAVES: ODIOS / CONTRATRANSFERENCIA / INSTRUMENTO DE ANÁLISIS / ABANDONO.

Summary

The author deals with hatred in countertransference, as addressed by Winnicott, in order to articulate several clinical situations with a group of children, a patient and a clinical institutional supervision in a day children's hospital. Use of hatred in the countertransference is discussed. This feeling may be denied and transformed into its opposite and bring serious problems to a team of professionals of a day hospital, to which the daily presence of a rejected child was judicially imposed.

KEY WORDS: HATE / COUNTERTRANSFERENCE / INSTRUMENT ANALYSIS / PATIENTS ABANDONED EARLY

Referencias

- Ferenczi, S. (1932). *Diario clínico*. Sao Paulo: Martins Fontes, 1990.
- Freud, S. (1873-1933). *Obras Completas: Sigmund Freud*. (Traduc. F. Etcheverry). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1972.
- Kuppermann, D. (2008). *Presença sensível, cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira.
- Pezo, M. A. (1982). *Una Experiencia Grupal con Niños en el Puericultorio Perez Aranibar*. Tesis para optar por el grado de Bachiller. Mención: Psicología. Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Winnicott, D. W. (1947). El odio en la Contratrtransferencia. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Laia, 1979.