

# IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA Y CONTRATRANSFERENCIA. ¿CÓMO DIFERENCIAR LOS CONCEPTOS TEÓRICOS?

*Lic. M. Florencia Pagliaro*

En el presente trabajo se realizará un breve recorrido por los conceptos teóricos del psicoanálisis de contratrtransferencia y de identificación proyectiva con el objetivo de diferenciarlos y a la vez buscar si existe una relación entre estos. Se tomará un fragmento de material clínico para mostrar la aplicación de ambos conceptos en el trabajo con una paciente.

Comenzaré tomando un artículo que presentó Melanie Klein en 1946, al que llamó “Notas sobre algunos mecanismos esquizoides”, donde explica que existe una “posición paranoide” que precede a una “posición depresiva”, para luego poder enumerar y explicar los diferentes mecanismos de defensa que utiliza el yo en la posición esquizo-paranoide para comprender el psiquismo temprano y poder hacer foco en el concepto de identificación proyectiva que es uno de los conceptos que moviliza a este trabajo.

En su teoría, Klein sostiene que el yo está desde el comienzo de la vida y por consiguiente, las relaciones de objeto, donde el pecho de la madre es el primer objeto con el que el bebé se relaciona. La autora menciona las ansiedades que aparecen en una etapa temprana de la vida del bebé y desarrolla

los mecanismos de defensa que traen aparejados que son de tipo paranoide y esquizoide. Refiere que las ansiedades son provocadas por la actuación del instinto de muerte dentro del organismo del bebé y que suscitan un temor a la aniquilación que se transforma en un temor a la persecución (p. 13). La escisión es un mecanismo del yo temprano contra la ansiedad y lo que lleva a que el bebé escinda el pecho en un pecho bueno que gratifica y un pecho malo que frustra. Con esta escisión se realiza una separación entre el amor y el odio. La relación con el pecho de la madre implica su introyección y su proyección, y esto significa que la relación de objeto esta influenciada por la interacción de estos mecanismos defensivos (p. 11). El impulso destructivo se proyecta hacia fuera y se experimenta como agresión oral. La autora refiere que:

*“En estados de frustración y ansiedad los deseos sádicos-orales y canibalistas se refuerzan y el niño siente que ha incorporado el pezón y el pecho en pedazos. De esta manera, junto a la división entre un pecho bueno y uno malo en la fantasía del niño, el pecho frustrador es sentido como hecho pedazos, mientras que el pecho gratificador, incorporado bajo el dominio de la libido de succión, es sentido como completo” (p. 15).*

Es necesario aclarar que el mecanismo de escindir el objeto provoca también una escisión en el yo del bebé.

Como se mencionó anteriormente, los mecanismos de proyección e introyección también están presentes desde el comienzo. La proyección trae alivio al yo gracias a que ayuda a liberarse de lo que resulta peligroso y malo; y la introyección de lo bueno también permite una defensa contra la ansiedad.

Otros mecanismos que están muy ligados a la escisión, la proyección e introyección son la negación y la idealización. Esta última está muy ligada a la escisión porque se exageran los aspectos buenos del pecho como defensa a lo persecutorio y malo. El pecho frustrador y persecutorio se mantiene lejos del pecho idealizado y, además, se niega su existencia. Esto implica una negación de la realidad psíquica, que solo es posible debido a un sentimiento de omnipotencia (p. 16).

Klein sostiene que

*“los fantaseados ataques a la madre siguen dos líneas principales: una es el impulso predominantemente oral de chupar hasta la última gota, arrancar con los dientes y vaciar y robar del cuerpo de la madre los contenidos buenos. La otra línea de ataque deriva de los impulsos anales y uretrales e implica el expulsar sustancias peligrosas (excrementos) fuera del yo y dentro de la madre. Junto con estos excrementos, expelidos con odio, también son proyectados en la madre, o, como prefería decirlo, dentro de la madre partes escindidas del yo”* (p. 17).

Esto provoca una manera especial de identificación que propicia una relación de objeto agresiva. La autora llamó a este proceso identificación proyectiva. Grinberg, en 1976, escribe sobre este proceso en su libro *Teoría de la identificación*, donde explica que consiste en una fantasía omnipotente en donde las partes no deseadas de la personalidad y de los objetos internos pueden ser escindidas, proyectadas y controladas en el objeto en el cual se han proyectado. Refiere que la fantasía inconsciente del bebé supone que los excrementos y las partes malas del yo son proyectadas dentro de la madre no solo con

el objetivo de dañar su interior sino también para controlarla y tomar posesión de sus contenidos (p. 50).

A continuación se presentará un fragmento de un material clínico de una paciente de 24 años. La misma se presentó a las primeras entrevistas manifestando mucha confusión con su vida, sin tener en claro a qué dedicarse en su vida, sin trabajo, porque había decidido renunciar al último que tuvo, y viviendo en otra provincia, decisión que tampoco quedaba muy en claro el motivo por el cual se había mudado. En la primera entrevista refirió que se había dado cuenta de que le atraían las mujeres y que durante muchos años, principalmente en su adolescencia, se había obligado a que le gustaran los hombres. También comentó que tuvo encuentros con mujeres que había conocido mediante aplicaciones de citas, pero que nunca había besado a alguna de ellas porque no se había interesado. Contó que estuvo en un tratamiento pero lo interrumpió porque la psicóloga “no la había entendido” con respecto a su atracción hacia las mujeres y prefirió buscar una “psicóloga joven”.

Una vez comenzado el tratamiento, en una sesión la paciente comenzó diciendo que quería hablar acerca de que ella no solía enojarse con las personas, no sabía por qué, pero refirió que nunca se encontraba enojada. Tres sesiones después la paciente comentó que no le resultaban confiables los hombres heterosexuales y que ella confiaba más en un hombre gay o en una mujer porque los hombres heterosexuales no le generaban tranquilidad y, además, siempre sus amigos varones se habían confundido con ella y se habían enamorado y eso para ella significaba “que se arruinaba todo” porque la relación debía terminar. Describió una situación en particular que vivió con un amigo suyo y con quien hoy en día ya no mantiene relación

debido a que él quería algo más con ella y porque también le había dicho que su interés por las mujeres “seguramente era algo pasajero”. En esa misma sesión mencionó que al conocer a un hombre siempre se asegura de dejar en claro que ella se interesa por mujeres, refirió que busca la manera de hacerlo saber con el objetivo de que ese hombre no muestre otras intenciones con ella. A medida que escuchaba las palabras de la paciente comencé a darme cuenta de un enojo que empecé a sentir dentro mío. Al percibir esto en mi interior comencé a preguntarme de dónde venía ya que había aparecido de forma repentina, y al momento, no tenía explicación. Después de un momento, entendí que la paciente me estaba hablando de cómo se sentía cuando alguien se interesaba por ella, la mirada de un hombre puesta en ella le resultaba agresiva y era algo que no podía tolerar. También me mostraba sus dificultades respecto a su encuentro con la sexualidad, por lo que los evitaba. Decidí comunicarle que la situación que vivió con su amigo le generaba mucho enojo y que este sentimiento le era difícil de reconocer en ella. Le dije que le enojaba darse cuenta de que es posible que en un vínculo aparezca la sexualidad porque “arruina todo” y pensaba que la relación debía terminarse. La paciente me respondió: “puede ser”. Pronto pude notar que el sentimiento de enojo que sentía dentro mío se había diluido. En esa sesión había interpretado que el enojo que sentía la paciente era tan intolerable para ella que lo había proyectado, y se había alojado en mi interior. Reconocerlo me permitió trabajar con ello para poder señalarle a la paciente algo que ella por su cuenta no podía verbalizar ni aceptar de sí misma.

Es necesario agregar que durante el tratamiento percibí a la paciente como una “paciente amorosa”. Este sentimiento

lo tomé como un aspecto de la contratransferencia con la paciente, con el cual podría trabajar en algún momento. Luego de la sesión se me presentaron algunas preguntas: ¿acaso fue identificación proyectiva o mi contratransferencia?; ¿había interpretado erróneamente?

Para poder aproximarme a una respuesta debo citar el trabajo de Paula Heimann sobre contratransferencia. Explica que la situación analítica es una relación entre dos personas, la diferencia con otras relaciones radica en el grado de sentimientos que experimenta el analista y el uso que hace de estos, ya que no cree que sólo el paciente presente sentimientos. Agrega que el fin del análisis propio del analista implica que este sea capaz de contener sus sentimientos y no descargarlos como lo hace el paciente. Menciona que “el concepto de contratransferencia fue presentado por Freud en forma muy breve. La describió como el resultado de la influencia del paciente sobre los sentimientos inconscientes del analista y exigió que se la reconociese y superara” (1960). Sostiene que al mismo tiempo que el analista mantiene la atención libremente flotante, debe poder alcanzar una sensibilidad emocional libremente despierta para lograr captar los movimientos emocionales y las fantasías inconscientes del paciente. La autora dice que “comparando los sentimientos despertados en sí mismo con el contenido de las asociaciones de su paciente y las cualidades de su humor y de su comportamiento, el analista posee el medio de averiguar si ha entendido a su paciente o si no pudo lograrlo”. A la vez, advierte que las emociones intensas de cualquier tipo impiden la capacidad de pensar de forma clara e impulsan a la actuación. Se presentan situaciones en las cuales el analista se enfrenta con sentimientos intensos de angustia

o de preocupación que resultan inapropiados a la situación analítica. Heimann aconseja que ante situaciones como esta se debe esperar para no realizar interpretaciones inadecuadas o mal orientadas y en el momento en que se comprende lo que está sucediendo se logra entender los sentimientos propios y la perturbación desaparece y puede verbalizar el proceso crucial del paciente en una forma que éste pueda entender. En su trabajo refuerza que el concepto tiene un significado operacional específico y explica: “siguiendo de cerca las expresiones verbales y el comportamiento del paciente, el analista encuentra entonces la interpretación transferencial dinámica que refleja al paciente para el paciente”. Para ella, este factor hace que la repetición se transforme en modificación y está relacionado con la habilidad del analista.

Se puede pensar que el sentimiento de enojo que experimenté durante la sesión con la paciente está en relación con la contratransferencia y con la identificación proyectiva de la paciente ya que esta no aceptaba el odio que sentía por otras personas y lo proyectó para poder deshacerse de este. Los conceptos desarrollados por las autoras mencionadas me permitieron comprender la vivencia y poder tomar lo que sucedía para trabajarlo con la paciente en la situación analítica. Lamentablemente, a la semana siguiente la paciente se comunicó conmigo para decirme que no iba a continuar con el tratamiento. Podría pensar que no estaba preparada para ponerse en contacto con aspectos no deseados e inconscientes de sí misma.

Resulta de suma importancia que en el análisis con los pacientes, un analista pueda observarse a sí mismo para poder comprender si los sentimientos que surgen en el trabajo con

un paciente pertenecen a uno o son en verdad parte de un proceso que se da dentro del paciente. La observación implica aceptar las emociones que surgen en vez de eliminarlas; y la diferenciación permite saber si son aspectos que se deben trabajar en el propio análisis del analista o, por el contrario, con el paciente en el tratamiento analítico. Los conceptos trabajados dan cuenta de la importancia de la técnica en el psicoanálisis y el gran aporte que han significado para el trabajo y mejor comprensión de los pacientes.

## **Bibliografía**

- Grinberg, L. 1976. Teoría de la identificación. Cap VII “La identificación proyectiva según Melanie Klein”.
- Heimann, P. 1960, “Contratransferencia”.
- Klein, M. 1946, “Notas sobre algunos mecanismos esquizoides” en Envidia y gratitud y otros trabajos, tomo 3. Paidós.