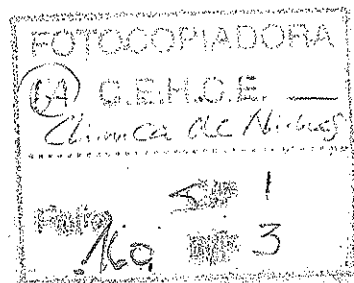


D. W. Winnicott



## 5. El odio en la contratransferencia' (1947)

# Escritos de pediatría y psicoanálisis

En el presente escrito deseo examinar un aspecto del tema de la ambivalencia, a saber, el odio en la contratransferencia. Creo que la tarea del analista (llamémosle investigador) que emprende el análisis de un psicótico se ve seriamente influida por este fenómeno y que el análisis de los psicóticos se hace imposible a menos que el odio del propio analista sea consciente y bien delimitado. Esto equivale a decir que un analista debe someterse a análisis él mismo, pero al mismo tiempo afirma que el análisis de un psicótico es molesto en comparación con el de un neurótico, y que lo es por su propia naturaleza.

Aparte del tratamiento psicoanalítico, la dirección del caso de un psicótico resulta pesada por fuerza. De vez en cuando he hecho algún comentario crítico acerca de las tendencias de la moderna psiquiatría, con sus tratamientos demasiado fáciles a base de *shock* eléctrico y con sus leucotomías demasiado drásticas (Winnicott, 1947, 1949). Debido a estas críticas que he expresado me gustaría ser el primero en reconocer la extrema dificultad inherente a la tarea del psiquiatra, y en especial de la enfermera mental. Los pacientes locos son siempre, por fuerza, una pesada carga emocional para quienes cuidan de ellos. Hay que perdonarles, pues, si a veces hacen cosas terribles. Sin embargo, esto no significa que debamos aceptar lo que hagan los psiquiatras y neurocirujanos, considerándolo bueno con arreglo a los principios de la ciencia.

editorial laia/barcelona

1. Basado en un escrito leído ante la Sociedad Psicoanalítica Británica, el 5 de febrero de 1947. *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. XXX, 1949.

Por consiguiente, si bien lo que sigue se refiere al psicoanálisis, en realidad es valioso para el psiquiatra, incluso para aquel cuyo trabajo no lo lleve en modo alguno a establecer con los pacientes una relación de índole analítica.

Para ayudar a quien practica la psiquiatría general, el psicoanalista no debe limitarse a estudiar para él las fases primitivas del desarrollo emocional del individuo enfermo, sino que también debe estudiar la naturaleza de la carga emocional que el psiquiatra sobrelleva cuando realiza su labor. También el psiquiatra necesita comprender lo que nosotros, los analistas, llamamos contratransferencia. Por mucho que quiera a sus pacientes, el psiquiatra no puede evitar odiarlos y temerlos, y cuanto mejor sepa esto, menor será la incidencia del odio y el temor en su conducta respecto de los pacientes.

Los fenómenos de la contratransferencia podrían clasificarse de la siguiente manera:

1. Anormalidad en los sentimientos de contratransferencia, y relaciones e identificaciones fijas que se hallan bajo represión en el analista.
2. Las identificaciones y tendencias correspondientes a las experiencias personales del analista y a su desarrollo personal y que aportan el marco positivo para su labor analítica y que hacen que la índole de su trabajo difiera del de cualquier otro analista.
3. De estas dos distingo la contratransferencia verdaderamente objetiva o, si esto resulta difícil, el amor y odio que siente el analista como reacción ante la personalidad y el comportamiento del paciente, contratransferencia basada en la observación objetiva.

Sugiero que si un analista debe analizar a psicóticos o antisociales, debe ser capaz de ser tan plenamente consciente de la contratransferencia como para separar y estudiar sus reacciones *objetivas* ante el paciente. El odio se halla incluido entre ellas. Los fenómenos de la contratransferencia a veces revestirán importancia en el análisis.

Pienso que el paciente solamente puede apreciar en el analista aquello que él mismo es capaz de sentir. En lo que hace a las motivaciones: los *obsesos* tenderán a pensar que el analista hace su labor de una manera fútil y obsesiva. Un paciente *hipomaniaco* que sea incapaz de estar deprimido, ex-

cepto en un fuerte cambio de estado anímico, y en cuyo desarrollo emocional la posición depresiva no haya sido totalmente conquistada, que no pueda sentir culpabilidad de manera profunda, ni una inquietud o responsabilidad, este hipomaniaco es incapaz de ver en el trabajo del analista un intento por parte de éste de hacer una reparación con respecto a sus propios sentimientos de culpabilidad (los del analista). Un paciente *neurótico* tenderá a ver al analista como ambivalente respecto del paciente, así como a esperar que el analista dé muestras de una escisión entre el odio y el amor; cuando tiene suerte, este paciente obtiene amor, ya que alguna otra persona es quien estará recibiendo el odio del analista. ¿No habría que deducir, pues, que si un *psicótico* se halla en un estado donde «coinciden el odio y el amor» en los sentimientos, entonces experimenta una profunda convicción de que el analista también es solamente capaz del mismo estado, brutal y peligroso, de coincidencia del amor y del odio? Suponiendo que el analista mostrase su amor, con seguridad mataría al paciente en el mismo momento.

Esta coincidencia del odio y del amor es algo que, característicamente, se repite en el análisis de los psicóticos, dando pie a una serie de problemas de dirección que fácilmente pueden agotar los recursos del analista. Esta coincidencia del odio y del amor a la que me estoy refiriendo es algo distinto del componente agresivo que complica el impulso amoroso primitivo, e implica que en la historia del paciente se produjo un fallo ambiental en el momento en que aparecieron los primeros impulsos instintivos en busca de objeto.

Si al analista se le van a imputar una serie de sentimientos en bruto, entonces lo mejor es prevenirle para que se disponga a ello, ya que debe tolerar que se le coloque en aquella posición. Ante todo, no debe negar un odio que realmente existe en él mismo. El odio que está justificado en el marco existente debe ser separado y mantenido en reserva, disponible para una eventual interpretación.

Para poder analizar pacientes psicóticos debemos haber llegado a lo más primitivo de nosotros mismos, y esto no es sino otro ejemplo del hecho de que la respuesta a muchos problemas oscuros del ejercicio del psicoanálisis yace en un mayor análisis del analista. (La investigación psicoanalítica tal vez sea siempre, en cierta medida, un intento por parte del analista de llevar la tarea de su propio análisis más allá de lo que podría llevarla su propio analista.)

Una de las principales tareas de cualquier analista consiste en mantener la objetividad ante todo lo que le presente

el paciente, y un caso especial de esto es la necesidad del analista de poder odiar objetivamente al paciente.

¿Acaso en nuestra labor analítica no se presentan numerosas situaciones en las cuales el odio del analista se justifica? Uno de mis pacientes, preso de una fuerte obsesión, me resultó casi odioso durante algunos años. Ello me hacía sentir culpable hasta que el análisis dobló determinada esquina y el paciente se me hizo agradable; entonces me di cuenta de que el desagrado anterior había sido un síntoma activo e inconscientemente determinado. Realmente fue para mí un día maravilloso cuando mucho más adelante pude decirle al paciente que yo y sus amigos nos habíamos visto repelidos por él, pero que él estaba demasiado enfermo para que así se lo dijéramos. Aquél fue también un día importante para él, un tremendo avance en su ajuste a la realidad.

Durante el análisis ordinario el analista no tiene ninguna dificultad en controlar su propio odio, que permanece latente. Lo principal, por supuesto, es que a través de su propio análisis se haya librado de las vastas reservas de odio inconsciente perteneciente al pasado y a conflictos internos. Hay otras razones por las cuales el odio no es expresado ni incluso sentido:

El análisis es la profesión que he elegido, la forma en que a mi modo de ver mejor afrontaré mi propia culpabilidad, la forma en que puedo expresarme constructivamente.

Me pagan, o estoy adiestrándome para ganarme un lugar en la sociedad por medio del psicoanálisis.

Estoy descubriendo cosas.

Cosecho frutos inmediatos a través de la identificación con el paciente, que está haciendo progresos, y puedo ver que me esperan frutos aún mayores, al finalizar el tratamiento.

Más aún, en tanto que analista tengo formas de expresar el odio.

El odio es expresado por la existencia del final de la sesión.

Creo que esto es cierto incluso en los casos en que no existe ninguna dificultad y en que el paciente está contento de irse. En muchos análisis estas cosas pueden darse por hechas, de manera que apenas se mencionan, y la labor analítica se lleva a cabo a través de la interpretación verbal de la emergente transferencia inconsciente del paciente. El analista adopta el papel de alguna de las

figuras útiles pertenecientes a la niñez del paciente y saca partido del éxito de aquellos que hicieron el trabajo sucio cuando el paciente era pequeño.

Estas cosas forman parte de la descripción del trabajo psicoanalítico corriente, que principalmente se ocupa de pacientes cuyos síntomas son de carácter neurótico.

En el análisis de psicóticos, sin embargo, son muy distintos los grados y tipos de tensión que debe soportar el analista, y es precisamente esta diferencia lo que estoy intentando describir.

Recientemente, durante varios días me encontré con que no estaba haciendo bien mi trabajo. Cometía equivocaciones con cada uno de mis pacientes. La dificultad estaba en mí y en parte era personal, pero principalmente asociada con el clímax que había alcanzado en mi relación con determinado paciente psicótico. La dificultad se aclaró cuando tuve lo que a veces se llama «un sueño curativo». (Por cierto, añadiré que durante mi análisis y los años que siguieron al mismo he tenido una larga serie de estos sueños curativos, que a veces, sin embargo, eran desagradables, aunque todos ellos han señalado mi llegada a alguna nueva fase del desarrollo emocional.)

En aquella ocasión concreta era consciente del significado del sueño al despertar, incluso antes de despertar. En el sueño había dos fases. En la primera me hallaba en el paraíso de un teatro y miraba la gente que había en la platea, muy por debajo de donde yo me hallaba. Sentía una fuerte angustia, como si estuviera a punto de perder un miembro. Esto iba asociado con la sensación que he experimentado en la cima de la torre Eiffel: que si pasaba la mano por encima de la barandilla se me iba a caer hasta estrellarse contra el suelo. Esto sería una angustia de castración normal y corriente.

En la siguiente fase del sueño era consciente de que la gente de la platea estaba contemplando una obra y que yo, a través de esa gente, estaba relacionado con lo que acontecía en el escenario. Entonces apareció una nueva clase de angustia. Lo que supe era que me faltaba el lado derecho del cuerpo. Aquello no era un sueño de castración, sino la sensación de carecer de aquella parte del cuerpo.

Al despertar era consciente de haber comprendido a un nivel muy profundo cuál era mi dificultad en aquellos días. La primera parte del sueño representaba las angustias corrientes susceptibles de desarrollarse con respecto a las fan-

54-1211

tasías inconscientes de mis pacientes neuróticos. Yo iba a correr el peligro de perder la mano o los dedos si estos pacientes se interesaban por ellos. Con aquella clase de angustia ya estaba familiarizado y me resultaba relativamente tolerable.

La segunda parte del sueño, no obstante, se refería a mi relación con el paciente psicótico, una mujer. Aquella paciente me estaba exigiendo que yo no tuviera ninguna relación con su cuerpo, ni siquiera de tipo imaginativo; ella no reconocía a ningún cuerpo como suyo y si de algún modo existía se consideraba a sí misma exclusivamente como una mente. Cualquier referencia a su cuerpo producía angustias paranoicas, ya que decir que poseía un cuerpo era igual que perseguirla. Lo que ella necesitaba de mí era que yo poseyera solamente una mente con la que hablar con la suya. Al culminar mis dificultades, la tarde anterior al sueño, yo me había sentido irritado y le había dicho que lo que pedía de mí era poco menos que imposible. Mis palabras habían tenido un efecto desastroso y pasaron muchas semanas antes de que el análisis se librara de ello. Lo esencial, sin embargo, fue el que yo comprendiese mi propia angustia y que ésta apareciese en el sueño representada por la ausencia del lado derecho de mi cuerpo cuando trataba de relacionarme con la obra que estaban contemplando los espectadores de platea. Esta parte derecha de mi cuerpo era el lado relacionado con la paciente en cuestión y por consiguiente se veía afectada por su necesidad de negar absolutamente siquiera una relación imaginativa entre nuestros cuerpos. Esta negación estaba produciendo en mí este tipo psicótico de angustia, mucho menos tolerable que la angustia de castración corriente. Cualquiera que fuera la interpretación que pudiera hacerse de este sueño, lo cierto es el haberlo soñado y recordado tuvo como consecuencia la reanudación del análisis e incluso curar la reparación del daño que éste había sufrido a causa de mi irritabilidad, cuyo origen estaba en una angustia reactiva cuyo tipo era apropiado a mi contacto con una paciente desprovista de cuerpo.

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 no nato 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?

Existe una inmensa diferencia entre los pacientes que han vivido experiencias satisfactorias en la primera infancia, experiencias que pueden 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. En el tratamiento de un paciente de este segundo tipo, todo se vuelve importante y vital en la técnica analítica, incluso aquello que puede darse por sentado cuando el tratamiento va destinado a un paciente del tipo citado en primer lugar.

A uno de mis colegas le pregunté si hacía el análisis a oscuras. Me respondió: «¡Caramba, pues no! Sin duda nuestro trabajo consiste en aportar un medio ambiente normal, y la oscuridad sería algo extraordinario.» Mi pregunta le sorprendió. Mi colega estaba orientado hacia el análisis de neuróticos. Pero la aportación y mantenimiento de un medio ambiente normal puede ser por sí misma algo de importancia vital en el análisis de un psicótico; a decir verdad, a veces puede ser aún más importante que las interpretaciones verbales, que también deben hacerse. Para el neurótico, el sofá, la habitación caldeada, la comodidad pueden simbolizar el amor materno; para el psicótico, sería mejor decir que estas cosas constituyen la expresión física del amor del analista. El sofá es el regazo o el vientre del analista, la temperatura de la habitación es el calor vivo del cuerpo del analista, y así sucesivamente.

Existe, o así lo espero, una progresión en mi planteamiento del tema. Por lo general, el odio del analista es latente y sigue siéndolo fácilmente. En el análisis de psicóticos el analista pasa mayores apuros para hacer que su odio siga siendo latente, cosa que únicamente logrará siendo plenamente consciente de ello. Quiero añadir que en ciertas etapas de ciertos análisis el paciente llega efectivamente a buscar el odio del analista y lo que entonces se necesita es un odio objetivo. Si el paciente busca odio objetivo o justificado, debe ser capaz de encontrarlo, de lo contrario es imposible que se crea capaz de encontrar amor objetivo.

Tal vez venga ahora al caso citar el ejemplo del niño procedente de un hogar deshecho o del niño sin padres. Este niño se pasa el tiempo buscando inconscientemente a sus pa-

dres. Resulta notoriamente inadecuado llevarse este niño a casa y amarle. Lo que sucede es que, al cabo de un tiempo, el niño adoptado de esta forma consigue esperanza y entonces comienza a poner a prueba el medio ambiente que ha encontrado, así como a buscar pruebas de que sus padres adoptivos son capaces de odiar objetivamente. Parece ser que es capaz de creer que es amado sólo después de haber sentido que es odiado.

Durante la segunda guerra mundial, un niño de nueve años fue internado en un albergue para niños evacuados. Fue enviado desde Londres, pero no a causa de las bombas, sino porque faltaba a clase sin permiso. Yo esperaba darle algún tratamiento mientras permaneciese en el albergue, pero su síntoma resultó triunfante y se escapó como había escapado de todas partes desde que tenía seis años, cuando por primera vez había huido de su hogar. Sin embargo, durante una entrevista había logrado establecer contacto con él; durante aquella entrevista había podido ver e interpretar, por medio de un dibujo suyo, que al huir, lo que inconscientemente hacía era salvar el interior de su hogar y proteger a su madre contra ataques, así como tratar de alejarse de su propio mundo interior, que estaba lleno de perseguidores.

No me sorprendí mucho cuando fue a parar a la comisaría cercana a mi casa. Era una de las pocas comisarías donde no lo conocían bien. Mi esposa, generosa en extremo, se hizo cargo de él y le cuidó durante tres meses, tres meses que resultaron un infierno. Era el más agradable y exasperante de los niños, loco de remate a menudo. Pero afortunadamente sabíamos lo que cabía esperar. La primera fase la afrontamos dándole libertad completa y un chelín siempre que quería salir. Bastaba con que nos telefonease para que fuésemos a recogerle a la comisaría adonde hubiese ido a parar.

Pronto tuvo lugar el cambio que esperábamos, el síntoma de las ausencias escolares dio un giro y el chico empezó a dramatizar el asalto al interior. Para nosotros dos resultó un trabajo verdaderamente absorbente; los peores episodios tenían lugar cuando yo no estaba.

La interpretación debía realizarse en cualquier momento del día o de la noche, y con frecuencia la única solución en una crisis consistía en hacer la interpretación correcta, como si el chico estuviera siendo analizado. Era esto, la interpretación correcta, lo que se valoraba por sobre todas las cosas.

¿Llegué a pegarle? La respuesta es que no, que nunca pego. Pero hubiese tenido que pegarle de no haberlo sabido todo acerca de mi odio y de no haber dejado que él también

lo supiera. En las crisis solía dominarle físicamente, sin ira ni recriminación, y ponerle de patitas en la calle, hiciese el tiempo que hiciese, ya fuese de día o de noche. Había una campanita especial que él podía hacer sonar y él sabía que si así lo hacía, le sería permitido volver a entrar y no se diría ni una palabra acerca de lo sucedido. El chico utilizaba esa campanilla tan pronto como se recuperaba de su crisis maniaca.

Lo importante es que cada vez, justo en el momento de ponerle en la calle, le decía algo: que lo que acababa de suceder me había hecho odiarle. Esto resultaba fácil porque era muy cierto.

Creo que estas palabras eran importantes desde el punto de vista de sus progresos, pero lo eran principalmente por cuanto me permitían tolerar la situación sin desahogarme, sin perder los estribos y sin asesinarle de vez en cuando.

No puedo relatar aquí la historia completa de este muchacho. Ingresó en una escuela reformatorio. Su relación profundamente arraigada con nosotros ha seguido siendo una de las escasas cosas estables de su vida. Este episodio de la vida corriente puede ser empleado para ilustrar el tema general del odio justificado en el presente; es conveniente establecer la distinción entre este odio y el odio que es solamente justificado en otro marco pero que es incitado por algún acto del paciente.

De entre la enorme complejidad del problema del odio y sus raíces, quisiera sacar una cosa, ya que la creo importante para el analista de pacientes psicóticos. Sugiero que la madre odia al bebé antes de que éste la odie a ella, y antes de que el bebé pueda saber que su madre le odia.

Antes de desarrollar este tema quiero hacer una referencia a Freud. En *Los instintos y sus destinos* (1915), donde tantas cosas originales y esclarecedoras dice acerca del odio, Freud afirma: «Si es menester podríamos decir, acerca de un instinto, que "ama" a los objetos en pos de los cuales se esfuerza para fines de satisfacción, pero decir que "odia" un objeto nos parecería raro, así que somos conscientes de que las actitudes de amor y odio no caracterizan la relación entre los instintos y sus objetos, sino que están reservadas para la relación entre el yo como un todo y los objetos...» Creo que esto es cierto e importante. ¿Acaso no significa que la personalidad debe estar integrada antes de que pueda decirse que un pequeño odia? Por muy pronto que pueda conseguirse la integración —tal vez la integración aparece por vez primera en el momento culminante de la excitación o de la rabia—, existe una fase

teóricamente anterior en la cual lo que el pequeño haga de daño no lo hace por odio. Al describir esta fase he empleado el término «amor cruel». ¿Les parece aceptable? A medida que el pequeño va siendo capaz de percibirse en tanto que persona completa, se va desarrollando el significado de la palabra «odio» a modo de descripción de cierto grupo de sus sentimientos.

La madre, sin embargo, odia a su pequeño desde el comienzo. Creo que a Freud le parecía posible que, en ciertas circunstancias, una madre sienta amor tan sólo por su bebé masculino; pero podemos poner esto en duda. Sabemos del amor de una madre y apreciamos su realidad y su poder. Permítanme que les dé algunas de las razones por las cuales una madre odia a su bebé, aunque sea del sexo masculino:

El bebé no es la propia concepción (mental) de la madre.

El bebé no es sólo el de los juegos infantiles, el nene de papá, del hermano, etc.

El bebé no es producido mágicamente.

El bebé constituye un peligro para el cuerpo de la madre durante el embarazo y el parto.

El bebé interfiere en la vida privada de la madre, es un reto que provoca preocupación.

En mayor o menor grado una madre siente que su propia madre exige un bebé de ella, de manera que su bebé es producido a fin de aplacar a su madre.

El bebé le hace daño en los pezones incluso al chupar, actividad que al principio es de tipo masticatorio.

El bebé es cruel, la trata como a una escoria, como a una sirvienta gratuita, una esclava.

Ella tiene que amarle, incluyendo sus excreciones, al menos al principio, hasta que el bebé tenga dudas con respecto a sí mismo.

El bebé trata de hacerle daño, la muerde periódicamente, como señal de amor.

Da muestras de desilusión con respecto a ella.

Su amor excitado es un amor interesado, de tal manera que, una vez conseguido lo que se proponía, la arroja de sí como si se tratase de una mondadura de naranja.

Al principio el bebé debe dominar, hay que protegerle de las coincidencias, la vida debe desarrollarse con arreglo a la marcha del bebé y todo esto hace necesario un

continuo y detallado estudio por parte de la madre. Por ejemplo, la madre no debe estar angustiada cuando lo sostiene, etc.

Al principio el bebé no tiene ni idea de lo que ella hace o sacrifica por él. En especial no puede tener en cuenta el odio de la madre.

El bebé es suspicaz, rehúsa comida que es buena, y hace que la madre dude de sí misma, pero come bien cuando le alimenta su tía. Después de una mañana horrible con el pequeño, la madre se marcha y el bebé sonríe a un extraño, el cual dice: «Qué niño más cariñoso.»

Si la madre le defrauda al principio, ella sabe que se lo hará pagar siempre.

El bebé la excita pero la frustra: la madre no debe comerle ni comerciar sexualmente con él.

Creo que en el análisis de los psicóticos, así como en las últimas fases del análisis, incluso de una persona normal, el analista debe hallarse en condiciones comparables a las de la madre de un niño recién nacido. Cuando su regresión es profunda, el paciente no puede identificarse con el analista ni apreciar su punto de vista más de lo que el feto o el recién nacido pueden simpatizar con la madre.

Una madre debe ser capaz de tolerar el odio que su bebé le inspira sin hacer nada al respecto. No puede expresárselo. Si, por temor a lo que pueda hacer, la madre no puede odiar apropiadamente cuando el bebé le hace daño, debe apoyarse en su masoquismo; y creo que es esto lo que da pábulo a la falsa teoría de que existe un masoquismo natural en las mujeres. Lo más notable acerca de una madre estriba en su capacidad para recibir tanto daño del pequeño y para odiar tanto sin pagarle a él con la misma moneda, así como en su capacidad para esperar una recompensa que puede o no llegar más adelante. ¿Le ayudan tal vez en esto las cancioncillas infantiles que canta y que el bebé disfruta aunque, por suerte, no entiende?

«Duérmete niño en la copa del árbol,  
Cuando el viento sopla la cuna se mecerá  
Cuando la rama se rompa la cuna caerá,  
Caerá el niño, con cuna y todo.»

Pienso en una madre (o padre) que se halle jugando con un niño pequeño; el pequeño disfruta jugando y no se da cuenta de que con sus palabras el padre o la madre están

expresando su odio, tal vez en términos de simbolismo natal. Ésta no es una cancioncilla sentimental. El sentimentalismo no sirve de nada a los padres, ya que contiene una negación del odio; y el sentimentalismo en una madre no tiene ninguna utilidad desde el punto de vista del pequeño.

A mí me parece dudoso que una criatura humana, a medida que se va desarrollando, sea capaz de tolerar el alcance pleno de su propio odio en un ambiente sentimental. Necesita del odio para odiar.

Si esto es cierto, de un paciente psicótico sometido a análisis no cabe esperar que tolere su odio hacia el analista a menos que éste sea capaz de odiarle a él.

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.

El analista debe desplegar toda la paciencia, tolerancia y confianza de una madre dedicada a su pequeño; debe reconocer como necesidades los deseos del paciente; debe apartar de sí otros intereses a fin de estar disponibles puntualmente y de ser objetivo; y debe dar muestras de querer dar lo que en realidad solamente se da debido a las necesidades del paciente.

Cabe que exista un largo período inicial en el cual sea imposible que el paciente (incluso inconscientemente) aprecie el punto de vista del analista. No se puede esperar reconocimiento debido a que, en la raíz primitiva del paciente, no hay capacidad para la identificación con el analista; y ciertamente el paciente no puede ver que el odio del analista frecuentemente es engendrado precisamente por las cosas que el paciente hace en su cruda manera de amar.

En el análisis (de investigación) o en la dirección normal del tipo más psicótico de paciente, se ejerce una gran tensión sobre el analista (psiquiatra, enfermera mental) y resulta importante estudiar las formas en que la angustia de índole psicótica y el odio se producen en aquellos cuya labor se realiza

con pacientes psiquiátricos gravemente enfermos. Sólo de esta manera puede haber alguna esperanza de evitar el tipo de terapia que está más adaptado a las necesidades del terapeuta que a las del paciente.

54-121