



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Contratransferencia: vicisitudes del encuentro entre paciente y analista

Memoria para optar al título de Psicólogo

Profesor Patrocinante: Sr. Hugo Rojas O.
Autora: Cristina Ferretti P.

2005

DEDICATORIA

A Manuel José

AGRADECIMIENTOS

A Manuel José, porque sin su compañía y sin su apoyo, siempre noble y sólido, esto simplemente no habría sido posible.

A Hugo Rojas, por aceptar guiarme en este trabajo; por sus ideas y recomendaciones; por transmitirme su pasión por Freud y por el saber; y por darse el tiempo y el espacio para pensar en esto.

A Susan Mailer, por recorrer conmigo un camino difícil, hacer que tuviera sentido, y acompañarme *en las buenas y en las malas*. Sin su ayuda no habría sido posible llegar hasta aquí.

A Antonia Staforelli, por su empuje y su espíritu; por su ayuda en infinitas lecturas, relecturas y revisiones; por su generosidad, y por proporcionarme un lugar para trabajar cada vez que lo necesité. Por acompañarme todo el camino.

A su familia y la Sra. Magna, por su hospitalidad siempre cálida.

A Javiera Somavía, por ayudarme a pensar en momentos en que parecía difícil hacerlo, y por las valiosas ideas que me aportó tan generosamente.

A Carla Vidal, por sus revisiones y por su estímulo.

A Lily Hitelman, por la acuciosa revisión de uno de los capítulos.

A Mónica Meliqueo, bibliotecaria de la APCH, por su generosa, experta, y siempre expedita ayuda en la búsqueda y obtención de material bibliográfico "*Urbi et orbi*".

A Meche, por cuidar de mi familia, de mi casa, y de mí, para que pudiera realizar este trabajo.

A Constanza Velasco, por su ayuda en el diseño de estas páginas.

Y a todos y cada uno, por el cariño con que hicieron lo que hicieron.

INDICE

	Pág.
Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
I Introducción.....	1
II Origen del concepto de contratransferencia.....	6
III Aportes previos a los trabajos de los años 50: La pre-elaboración de la contratransferencia.....	23
IV El vuelco de timón: los trabajos de Heimann y Racker.....	35
4.1 Paula Heimann.....	37
4.2 Heinrich Racker.....	43
V Otros autores que contribuyeron a poner la contratransferencia en una nueva perspectiva.....	54
5.1 D.W. Winnicott.....	55
5.2 M. Little.....	62
5.3 A. Reich.....	70
5.4 M. Gitelson.....	77
5.5 R.E. Money-Kyrle.....	82
VI La concepción clásica y la concepción total de la contratransferencia.....	86
VII La identificación proyectiva y la contratransferencia.....	94
VIII Desarrollos posteriores.....	106
8.1 La postura intersubjetiva.....	108
8.2 El pensamiento vincular.....	117
8.3 Lacan.....	123
IX Manifestaciones contratransferenciales: los sueños del analista.....	127
XI Conclusiones.....	146
Bibliografía.....	156
Resumen.....	169

I INTRODUCCION

La contratransferencia es un concepto central en psicoanálisis, que ha sufrido muchas transformaciones y que ha sido constantemente objeto de debate, tanto desde el punto de vista de la teoría como de la práctica psicoanalítica. Fue concebido originalmente por Freud, quién señaló:

“...se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente...”¹.

Desde esta primera mención hasta hoy, el concepto ha evolucionado considerablemente lo que ha derivado en desarrollos teóricos y técnicos muy disímiles. Su descubrimiento fue fundamental en la instauración del análisis didáctico como un requisito indispensable en la formación de los analistas, lo que da una medida de su importancia.

Clásicamente se distinguen dos posturas básicas, entre las cuales se ubican enfoques diversos. Una de ellas define la contratransferencia en un sentido estricto, planteándola como una reacción inconsciente del analista frente a la transferencia del paciente. Se atribuye a los conflictos no resueltos del analista, por lo que se la considera una interferencia en el trabajo analítico y se espera sea resuelta a través de que el analista se analice. La concepción extensiva o ampliada de la contratransferencia, en cambio, la concibe como la respuesta emocional total del analista. Esto incluye sus reacciones inconscientes, pero también aquellas conscientes, y sostiene que se dan no sólo frente a la transferencia del paciente, sino frente a la realidad del

¹ Freud, Sigmund (1910) “Las perspectivas futuras de la psicoterapia analítica”; pp. 136.

paciente como un todo. Si bien no desconoce que puede constituir un obstáculo, la concibe como una herramienta útil para comprender al paciente.

Podemos afirmar que, sin importar como se conceptualice la contratransferencia, distintas posturas psicoanalíticas comparten la noción básica planteada por Freud de que el paciente, o un aspecto de él, tiene un efecto sobre el analista. Pensamos que este “*influjo*” del paciente sobre el analista es un fenómeno indiscutible e inevitable, tenga o no consciencia de él, y va a tener una incidencia fundamental en su trabajo. Concordamos, en este sentido, con aquellos autores que sostienen que la contratransferencia, independientemente de si se la considera un obstáculo o un instrumento, *siempre* ocurre.

La contratransferencia entonces tiene una presencia, tanto en la teoría como en la clínica, de mucho peso. Un analista siempre se va a movilizar internamente a raíz del contacto con su paciente y, desde esta perspectiva, nos parece que su estudio es de la mayor relevancia. Para el analista, poder comprender mejor los fenómenos que le ocurren, no va sino a beneficiar el arduo trabajo que realiza en conjunto con su paciente. Pensamos que esto es válido para cualquier analista, independientemente de su nivel de experiencia y conocimientos, pero se hace aún más importante en el caso de los analistas noveles, en los cuales esta comprensión se hace más compleja por la presencia de factores relacionados con el proceso de convertirse en analista, que es un hecho movilizador en sí mismo.

La contratransferencia tiene un estrecho vínculo con muchos conceptos analíticos, en especial con la *neutralidad* que, como sostienen Laplanche y Pontalis, es “*Una de las cualidades que definen la actitud del analista durante*

*la cura*². Se espera que el analista, señalan, sea neutral en cuanto a valores religiosos, morales y sociales; en cuanto al discurso del analizado, y con respecto a las manifestaciones transferenciales. La neutralidad, entonces, constituye un ideal que es difícilmente alcanzable y se encuentra siempre amenazada, entre otros factores, por la contratransferencia. En este sentido el analista, más que alcanzarla, puede usar la neutralidad como una brújula que lo ayude a orientarse. La labor del analista será, justamente, reconocer la presencia de un alejamiento respecto de esta posición “neutral”, discriminar en qué medida los fenómenos que le ocurren pertenecen al área de sus propios conflictos o pertenecen al paciente, profundizar en su comprensión, y luego determinar qué puede hacer con ellos y cuándo.

El objeto de este trabajo, es destacar el valor de la elaboración de la contratransferencia en la situación clínica. El planteamiento de la investigación es que, dado que la contratransferencia es un fenómeno inevitable, el analista debe estar abierto a ella y hacer un trabajo elaborativo, porque de este modo puede traducir los fenómenos que experimenta en una mayor posibilidad de comprensión del paciente, así como también en una oportunidad de crecimiento para sí mismo. Esto se relaciona con la posibilidad de continuación del análisis del analista como “autoanálisis”, el que puede llevar a cabo también a través del trabajo con sus pacientes.

Específicamente se ocupará de cómo una de las manifestaciones de contratransferencia descritas en la literatura, los sueños contratransferenciales -que son aquellos sueños del analista donde su paciente aparece en el contenido manifiesto-, pueden utilizarse para esta elaboración. Se intentará ilustrar cómo pueden servir de guía para la comprensión de lo que sucede en el paciente y en la relación analítica. Los

² Laplanche, J; Pontalis, J.B. (1968) *Diccionario de Psicoanálisis*; pp. 256.

sueños, considerados por Freud como la *vía regia* de acceso al inconsciente³, pueden constituirse, cuando se trata de sueños contratransferenciales, en una vía de acceso al inconsciente no sólo del soñante, el analista, sino también del paciente. Para esto, primero se hará una revisión histórica del concepto de contratransferencia, bosquejando los hitos y aportes más relevantes, y luego se examinarán algunos aportes al tema de los sueños contratransferenciales en la comprensión de la situación analítica.

Para efectos de este trabajo se tomará la contratransferencia en un sentido general, entendiéndola como todos aquellos fenómenos, conscientes, preconscientes e inconscientes, que ocurren en el analista a propósito de la relación con su paciente. La discusión acerca de qué es, y qué no es contratransferencia, es de la mayor importancia desde un punto de vista teórico, sin embargo no es parte del objetivo de este trabajo.

También vamos a referirnos a siempre a *analista*, independientemente de si se trata de un analista o un terapeuta que trabaje psicoanalíticamente.

La revisión histórica del concepto de contratransferencia se realizará tomando en cuenta los aportes más significativos que han realizado autores de la llamada corriente psicoanalítica principal⁴, así como autores que derivan en parte sus ideas del psicoanálisis francés contemporáneo no lacaniano.

No consideramos incluir a Lacan más que en una reseña extremadamente limitada elaborada a partir de fuentes secundarias, a pesar de su relevancia. Esta decisión se basó en que nos pareció que Lacan es un autor muy

³ Freud, S. (1900b) “Sobre la psicología de los procesos oníricos”; pp. 597.

⁴ Kernberg, O. (2003) “Desarrollos recientes en los enfoques técnicos de las escuelas psicoanalíticas de habla inglesa”.

importante como para no mencionarlo, pero muy complejo de abordar, particularmente cuando no se lo conoce previamente. Pensamos que correspondería, con mayor legitimidad, a estudiosos de Lacan, inmersos en su “universo”, transmitirnos en profundidad como concibe la contratransferencia y que podría decirnos su pensamiento acerca de una de sus manifestaciones: el sueño contratransferencial.

II ORIGEN DEL CONCEPTO DE CONTRATRANSFERENCIA

La historia del psicoanálisis nos da cuenta de los cambios que se fueron produciendo en la manera de tratar a los pacientes, hasta que se llegó a lo que hoy conocemos como técnica clásica. Freud inició su trabajo con investigaciones sobre la histeria, y la primera herramienta que utilizó para intentar curar a sus pacientes fue la sugestión hipnótica. El *método sugestivo* buscaba la supresión de los síntomas, a través de “prohibirlos” cuando los pacientes se encontraban bajo hipnosis.

Posteriormente, Freud descubre un proceso anímico que va a llamar *represión*:

“...los síntomas histéricos son restos de vivencias profundamente conmovedoras que han sido apartadas de la conciencia cotidiana...”; “Según esta concepción, las perspectivas terapéuticas residen en la posibilidad de eliminar esa 'represión', de modo de permitir que una parte del material anímico inconsciente se vuelva consciente, despojándolo así de su poder patógeno”⁵.

(comillas en el original)

De esta manera nace el llamado *método catártico*, que buscaba la cura a través de la abreacción emocional que producía el recuerdo. Freud utilizó este método primero bajo hipnosis, estimulando el recuerdo a través de la *coerción asociativa*, pero no tarda en darse cuenta que sus pacientes no querían recordar. Descubre entonces que lo que motivó que las vivencias dolorosas fuesen apartadas de la conciencia, es lo que motiva también la *resistencia* a

⁵ Freud, Sigmund (1913) “Sobre psicoanálisis”; pp. 212.

recordar, por lo que no tiene sentido presionar al recuerdo. Es así como nace la técnica de la asociación libre en la que se sugiere al paciente comunicar “...sin previa crítica todo cuanto le venga a la mente”⁶.

El uso de la asociación libre hace necesario extraer conclusiones de lo que sus pacientes exteriorizaban, dando paso al uso de la *interpretación*. El paso hacia la asociación libre, y su interpretación, es lo que marca el inicio del *método psicoanalítico*, cuya meta sigue siendo *recordar*.

Mas adelante, se produce el descubrimiento de la transferencia cuando Freud percibe que “...el analizado no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo **actúa**. No lo reproduce como un recuerdo, sino como acción; lo **repite**, sin saber, desde luego, que lo hace”⁷. (resaltado en el original)

Freud descubrió entonces la transferencia a partir de su trabajo clínico con pacientes histéricas, y a él debemos la introducción del término y su primera conceptualización como un enlace falso que une el pasado con el presente: el paciente *actúa*, pone en acción, en el presente y sin darse cuenta, algo que pertenece a su pasado y que no puede recordar. Experiencias psicológicas, como deseos y sentimientos por ejemplo, vinculadas a una persona significativa del pasado del paciente, son *transferidos* a una persona del presente, en este caso el analista.

En un primer momento, Freud concibe la transferencia como un obstáculo para el trabajo psicoanalítico que está estrechamente ligado a la resistencia. Mientras mayor sea la resistencia, dice Freud, más se repite en lugar de recordar.

⁶ Freud, Sigmund (1912 a) “Sobre la dinámica de la transferencia”; pp. 105.

⁷ Freud, Sigmund (1914 a) “Recordar, repetir y reelaborar”; pp. 152.

Sin embargo, más adelante comienza a conceptualizarla como un elemento que puede ser de gran utilidad. Esto porque el paciente, al repetir en lugar de recordar, permite que lo que se repite pueda adquirir actualidad y ser observado tanto por el analista como por él mismo, lo que da convencimiento a ambos.

Como muy bien describe Strachey, *“En vez de tener que tratar, como mejor podamos, con conflictos de un pasado remoto que están en relación con circunstancias muertas y personajes momificados y cuyos resultados están ya determinados, nos encontramos envueltos en una situación actual e inmediata, en la que el paciente y nosotros somos los principales papeles y cuyo desarrollo está, al menos hasta cierto punto, bajo nuestro control”*⁸. Y agrega, cuando se refiere a las dificultades que surgieron al descubrirse la transferencia, que *“...fueron superadas cuando se descubrió que la transferencia misma podía ser analizada”*⁹.

Es así como la transferencia pasó de ser una dificultad insoslayable para el trabajo con un paciente, a ser un instrumento útil y, finalmente, a ser considerada la vía a través de la cuál transcurría la cura,

*“...en la cura analítica la transferencia se nos aparece siempre, en un primer momento, sólo como el arma más poderosa de la resistencia, y tenemos derecho a concluir que la intensidad y tenacidad de aquella son un efecto y expresión de esta”*¹⁰;

⁸ Strachey, J. (1934) “La naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis”; pp. 3.

⁹ Strachey, J. (1934) *op. cit*; pp. 3.

¹⁰ Freud, Sigmund (1912 a) *op. cit*; pp. 102.

“Es innegable que domeñar los fenómenos de la transferencia depara al psicoanalista las mayores dificultades, pero no se debe olvidar que justamente aquellos nos brindan el inapreciable servicio de volver actuales y manifiestas las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes; pues en definitiva, nadie puede ser ajusticiado in absentia o in effigie”¹¹.

Del mismo modo que ocurrió con la transferencia, fue el quehacer clínico de Freud el que lo llevó a pensar, muchos años después, en la existencia de una contra-transferencia en el analista. Sin embargo, a diferencia de la transferencia, que fue ampliamente desarrollada, Freud mencionó explícitamente el término contratransferencia sólo en dos de sus escritos. La primera vez lo hizo en 1910 en un trabajo titulado *“Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica”*¹², y luego en *“Puntualizaciones sobre el amor de transferencia”* divulgado en 1915¹³.

En *“Las perspectivas futuras de la terapia analítica”*, Freud da una reseña general de la situación del psicoanálisis hasta ese momento. Plantea que los recursos terapéuticos en la lucha contra la neurosis, lejos de agotarse, experimentarán avances importantes en el futuro, recibiendo refuerzos desde tres ámbitos: el progreso interno, un aumento de autoridad y el efecto universal del trabajo analítico. Por progreso interno, se refiere tanto al progreso en el saber analítico propiamente tal, como al progreso en la técnica; aumento de autoridad alude a la validación del conocimiento analítico

¹¹ Freud, Sigmund (1912 a) *op. cit*; pp. 105.

¹² Este trabajo fue leído como discurso inaugural del II Congreso Internacional de Psicoanálisis, realizado en Nüremberg el 30 y 31 de marzo de 1910, momento en que se funda la Asociación Psicoanalítica Internacional.

¹³ Publicado en el *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse* (Revista Internacional para el Psicoanálisis Médico).

como parte del conocimiento científico, y el efecto universal del trabajo analítico tiene que ver con el efecto profiláctico que llegaría a tener el psicoanálisis en la sociedad.

Respecto al progreso interno, describe cómo había evolucionado la técnica hasta ese momento, desde la búsqueda del esclarecimiento de los síntomas, al inicio, en la época catártica, hasta el hallazgo y superación de las resistencias. Señala también otras innovaciones en la técnica, que involucran al médico, y es aquí donde introduce, por primera vez, el término contratransferencia:

*“Nos hemos visto llevados a prestar atención a la ‘**contratransferencia**’ que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine. Desde que un número mayor de personas ejercen el psicoanálisis e intercambian sus experiencias, hemos notado que cada psicoanalista sólo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores, y por eso exigimos que inicie su actividad con un autoanálisis y lo profundice de manera ininterrumpida a medida que hace sus experiencias en los enfermos. Quien no consiga nada con ese autoanálisis puede considerar que carece de aptitud para analizar enfermos”¹⁴. (comillas en el original)*

¹⁴ Freud, Sigmund (1910) *op. cit.*; pp. 136.

Dos años más tarde, Freud planteará la necesidad de un análisis realizado por otra persona.

El segundo trabajo donde menciona el tema de la contratransferencia es *“Puntualizaciones sobre el amor de transferencia”*, donde alude al hecho frecuente y de importancia teórica, de que una paciente se enamore de su médico y a los posibles desenlaces e implicancias de esa situación.

“Para el médico significa un esclarecimiento valioso y una buena prevención de una contratransferencia acaso aprontada en él. Tiene que discernir que el enamoramiento de la paciente le ha sido impuesto por la situación analítica y no se puede atribuir, digamos, a las excelencias de su persona; que, por tanto, no hay razón para que se enorgullezca de semejante ‘conquista’ como se le llamaría fuera del análisis”¹⁵.

(comillas en el original)

El descubrimiento de la contratransferencia, entonces, fue lo que puso en relieve el particular papel del analista en el tratamiento psicoanalítico y también lo que dio origen al análisis didáctico. Hasta ese momento, se pensaba que se podía llevar a cabo un análisis con un paciente al modo de un médico que trata una dolencia física, es decir, no se había reparado en la forma como el analista se involucra emocionalmente, ni como en su trabajo está profundamente involucrada su personalidad y, por lo tanto, no se había pensado en la necesidad que el analista también se analizara.

¹⁵ Freud, Sigmund (1914 b) *“Puntualizaciones sobre el amor de transferencia”*; pp. 164.

En “*Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*”, Freud señala que el analista utiliza su propio inconsciente como instrumento de análisis por lo que no basta con que sea un hombre relativamente normal, sino que debe haber tomado noticia de sus propios complejos. Y agrega:

“...no todos consiguen interpretar sus propios sueños sin ayuda ajena. Incluyo entre los muchos méritos de la escuela analítica de Zurich haber reforzado esta condición, concretándola en la exigencia de que todo el que pretenda llevar a cabo análisis en otros deba someterse antes a un análisis con un experto”¹⁶.

El análisis didáctico fue transformado, en 1922, por la Asociación Psicoanalítica Internacional, en un requisito indispensable en la formación de un analista.

Freud retoma este tema en “*Análisis terminable e interminable*”, publicado en 1937, donde dice que los analistas no son personas extraordinarias, sino personas como las demás que han aprendido a ejercer un arte determinado y que la aptitud que les hace falta en su profesión pueden adquirirla a través del propio análisis. Señala incluso los efectos que puede tener para el analista el ocuparse constantemente de lo reprimido, recomendando que todo analista debiera retomar su propio análisis periódicamente, quizás cada 5 años.

Pero la primera vez que Freud menciona la contratransferencia no es en un escrito, sino en una carta a Jung, quien se encontraba en una compleja situación con una paciente, Sabina Spielrein¹⁷, y había escrito a Freud,

¹⁶ Freud, Sigmund (1912 b) “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”; pp. 116.

¹⁷ Jung consideraba a Sabina Spielrein como su primera paciente tratada psicoanalíticamente.

pidiéndole consejo. En una de sus cartas, fechada el 7 de junio de 1909, Freud le dice:

“Tales experiencias, si bien dolorosas, son necesarias y difíciles de evitar. Tan sólo entonces se conoce la vida y el asunto que se tiene entre manos. Yo mismo no he llegado a incurrir en ello por completo, pero algunas veces he estado muy próximo y logré ‘a narrow escape’¹⁸. Creo que tan sólo las penosas necesidades bajo las que se desarrollaba mi trabajo y el decenio de retraso con respecto a usted con que llegué al psicoanálisis me han protegido con respecto a experiencias análogas. Pero no perjudican. Así se le endurece a uno la piel, cosa necesaria, se domina la ‘contratransferencia’ en la que queda uno cada vez implicado y se aprende a desplazar las propias emociones y a situarlas convenientemente. Es ‘a blessing disguise’^{19,20}. (Comillas en el original)

Freud también menciona la contratransferencia en una carta escrita en octubre de 1910 a Sandor Ferenczi, quien era su discípulo y, al mismo tiempo, su paciente por un corto período, donde, a propósito de una situación vivida por ambos durante un viaje, le dice:

“...por qué no le he reprendido, para abrir el camino a una mutua comprensión? Es cierto que esto fue una debilidad de mi parte. Yo no soy el superhombre psicoanalítico que usted se ha forjado

¹⁸ “un escape apenas” (traducción personal).

¹⁹ La expresión correcta en inglés sería más bien “a blessing *in* disguise” que aludiría a algo que, en apariencia, no es deseable pero que, a fin de cuentas, resulta positivo. Algo así como “no hay mal que por bien no venga”.

²⁰ McGuire, W. (1974) *Sigmund Freud Carl Gustav Jung. Correspondencia*; pp. 280.

*en su imaginación ni he superado la contratransferencia. No he podido tratarle a usted de tal modo, como tampoco podría hacerlo con mis tres hijos, porque los quiero demasiado y me sentiría afligido por ellos*²¹.

Freud habla aquí de su propia contratransferencia respecto a Ferenczi.

Es evidente que las menciones explícitas del término son mínimas y, también, que Freud sólo hizo planteamientos preliminares y no llegó a desarrollar una teoría de la contratransferencia, como sí lo hizo respecto a la transferencia. También es claro que, en los escritos mencionados, plantea la contratransferencia definitivamente como un obstáculo que, como tal, debe ser removido, debiendo el analista superarla. Sin embargo, al mismo tiempo, le otorga un lugar importante dentro de la técnica psicoanalítica y propone que su desarrollo tendría implicancias en el futuro del psicoanálisis, como plantea en el primer artículo. Además, Freud hizo planteamientos en otros de sus trabajos que, si bien no fueron hechos pensando en la contratransferencia, son completamente atinentes al tema y apuntan a la manera como el analista se contacta con su paciente.

Es lo que sucede en el trabajo *“Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”*, donde dice:

“...el médico debe ponerse en estado de valorizar para los fines de la interpretación, del discernimiento de lo inconsciente escondido, todo cuanto se le comunique, sin sustituir por una censura propia la selección que el enfermo resignó; dicho en

²¹ Jones, Ernest (1955) *Freud*; pp. 314.

una fórmula: debe volver hacia el inconsciente emisor del enfermo su propio inconsciente como órgano receptor, acomodarse al analizado como el auricular del teléfono se acomoda al micrófono²². (el subrayado es nuestro)

En este planteamiento, expresado a través de una metáfora, se basa la noción, sostenida por muchas posturas psicoanalíticas, que habría una comunicación de inconsciente a inconsciente entre paciente y analista. Si bien esta afirmación no tiene relación explícita con la contratransferencia, alude a que el analista debe abrirse a la experiencia con el paciente lo que, ciertamente, implica la idea de un analista que *siente* y que, a través de ese sentir, va a poder conocer mejor a su paciente.

Habría, entonces, un discurso explícito de Freud que con toda claridad define la contratransferencia como un obstáculo en el trabajo analítico, y afirmaciones que se orientan al uso del propio inconsciente para la comprensión, lo que implícitamente podría relacionarse con el uso de la contratransferencia como una herramienta. De estas dos vertientes en el pensamiento de Freud, se desprenderán dos concepciones en el futuro, que suelen verse como contrapuestas: la postura de la contratransferencia definida en un sentido estricto, como perteneciente al inconsciente del analista y entendida solamente como un obstáculo, y la postura de la contratransferencia como un concepto que involucra toda la respuesta emocional de éste, y la concibe como un instrumento útil.

Pensamos que es válido plantear que probablemente Freud pensaba, o intuía, que el estudio de la contratransferencia podría llegar bastante más allá que el

²² Freud, Sigmund (1912 b) *op. cit.*; pp. 115.

mero estudio de un indeseable obstáculo, y que podía implicar aportes significativos a la comprensión de la técnica psicoanalítica. Si no fuera así, no la habría incluido como parte importante del futuro del psicoanálisis en su trabajo de 1910. No sería la primera vez: la transferencia, inicialmente considerada por él como un escollo, evolucionó hasta ser considerada un instrumento central para la cura. De hecho en una carta a Binswanger²³, de febrero de 1913, le señala: *“El problema de la contratransferencia que usted aborda se encuentra entre los problemas técnicos más complejos del psicoanálisis”*²⁴.

Es factible preguntarse porque Freud no desarrolló ni profundizó más en este tema si todo indica que previó su importancia. James Strachey sostiene que la ausencia de un examen cabal de la contratransferencia en los escritos de Freud se inscribe en el contexto de una cierta renuencia a publicar trabajos sobre la técnica psicoanalítica en general, siendo este tipo de material comparativamente escaso. Señala que una de las razones posibles sería evitar que los futuros pacientes conocieran demasiados detalles sobre su técnica y, por otra parte, su convencimiento de que es la experiencia clínica, tanto con los pacientes como a través del propio análisis, y no la aplicación mecánica de una regla, lo que entrega el dominio sobre la técnica psicoanalítica. Strachey señala que Freud preparó, y finalmente nunca publicó, un memorandum de preceptos y reglas de técnica para distribuirlo privadamente, sólo entre sus partidarios más cercanos, lo que da una idea de lo cuidadoso que era respecto a la difusión de los aspectos técnicos²⁵.

²³ Ludwig Binswanger (1881–1966), psiquiatra suizo que estudió con C.G. Jung, quién le presentó a Freud en 1907. Fue Director Médico Jefe del Sanatorio Bellevue, en Kreuzlingen, durante 45 años. El y Freud fueron amigos, a pesar de sus divergencias teóricas –Binswanger era existencialista–, hasta la muerte de éste en 1939.

²⁴ Carta citada en Palomera, V. (2000) Lacan y la Contratransferencia; pp. 234. La cita está tomada de Freud, S. y Binswanger, L. *Briefwechsel(1908-1938)*. Fischer, S. (1992) Francfort.

²⁵ Strachey, J. (1953) Introducción a “Trabajos sobre técnica psicoanalítica” de Freud, S.

Otros autores, como Jacobs²⁶, afirman que no hay que olvidar el momento histórico en el que surgió el concepto de contratransferencia, que no contribuyó a que ésta pudiera ser ampliamente estudiada y desarrollada. En los primeros años del psicoanálisis, éste trataba de legitimarse como una psicología general y, además, como un tratamiento válido y serio, lo que no era fácil si pensamos en los planteamientos sobre la sexualidad, los que deben haber resultado revolucionarios y atemorizantes para la época. No fue infrecuente en esos años que los analistas tuvieran dificultades en el trabajo con sus pacientes, relacionadas con las intensas emociones que surgían tanto en unos como en otros.

Como dice Freud en *“Puntualizaciones sobre el amor de transferencia”*, era frecuente que las pacientes se enamoraran de sus médicos. Seguramente, también era frecuente que ellos no supieran qué hacer frente a esta situación, se angustiaban, e incluso se confundieran y se enamoraran también. Jacobs señala que Breuer, cuando trató a Anna O., así como Ferenczi, Jung y otras figuras connotadas de la época, participaron en situaciones difíciles con sus pacientes en este sentido²⁷.

Resulta comprensible, entonces, que Freud hiciera el máximo esfuerzo por mantener a raya cualquier comportamiento incorrecto en sus colegas y discípulos, ahondara poco en este tema que se relacionaba con lo que le sucedía al analista en el contacto con su paciente y enfatizara que los analistas debían ser fríos como un cirujano, debían reflejar como un espejo, y que la contratransferencia era algo que había que discernir y dominar, lo que se aprecia con claridad en una carta a Jung de diciembre de 1911:

²⁶ Jacobs, T. (1999) “Contratransferencia pasada y presente: examen del concepto”.

²⁷ Jacobs, T. (1999) *op. cit.*; Croce, A. (2002) *La Contratransferencia en Freud*.

“...se ha de permanecer impenetrable y en una actitud receptiva. El trabajo sobre Contratransferencia que me parece necesario, no se debería imprimir, de todos modos, sino que ha de circular entre nosotros en copias”²⁸.

Este párrafo de la carta confirmaría lo que señala Strachey en la introducción a los “*Trabajos sobre técnica psicoanalítica*”: que Freud era reacio a publicar trabajos sobre técnica en general y que había aspectos que prefería tratar privadamente con sus discípulos. Además, nos parece que Freud intentaba tener bajo control lo que, a todas luces, se estaba saliendo de control: muchos de sus connotados discípulos habían sucumbido al “amor de transferencia” de sus pacientes histéricas.

Su afirmación acerca de que se ha de permanecer impenetrable y en actitud receptiva parecería una contradicción, sin embargo, posiblemente alude a la necesidad de abrirse al paciente, pero sin olvidar la regla de *abstinencia*. Es lo que hoy algunos autores sostienen que debe hacer el analista: estar receptivo, pero no actuar, en el sentido de *acting out*.

Autores que han estudiado la contratransferencia y que han revisado el desarrollo histórico del concepto coinciden en que, luego de su descubrimiento por parte de Freud, el tema estuvo básicamente “dormido” durante muchos años, a pesar que fueron varios los autores que escribieron sobre él²⁹. También concuerdan en señalar los trabajos de Paula Heimann y Heinrich Racker, en los años 50, como los que marcaron un giro respecto de

²⁸ McGuire, W. (1974) *op. cit*; pp. 543.

²⁹ Etchegoyen, H. (1986) *Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*; Jacobs, T. (1999) *op. cit*; Orr, D. (1954) “Transference and Countertransference: a historical survey”; Thomä, H. et al. (1986) “La contratransferencia en una perspectiva histórico crítica”.

lo que se había planteado, desde que Freud acuñó el término, hasta ese momento.

Los trabajos anteriores, algunos muy valiosos, se consideran precursores porque no atañen estrictamente al tema, no hicieron un aporte sustancial, o bien, porque resultaron relativamente aislados en tanto no llegaron a vincularse unos con otros y tampoco pudieron integrarse al pensamiento dominante en esos años, marcado por las afirmaciones originales de Freud.

Horacio Etchegoyen, en su libro *“Los fundamentos de la técnica psicoanalítica”*³⁰, hace una revisión histórica que recorre los planteamientos de Freud sobre este tema y los trabajos de los diversos autores que siguieron a ellos. Etchegoyen hace notar que Freud, luego del descubrimiento de la contratransferencia, no volvió sobre el tema y ésta no fue realmente motivo de estudio sino hasta los años 50, momento en que aparecen los trabajos de Heimann y Racker.

Sin embargo, como ya se dijo, previo a esos importantes trabajos hubo muchos otros que constituyen aportes significativos a la teoría de la técnica, si bien algunos no pueden ser considerados exactamente como escritos sobre contratransferencia. Estos trabajos previos, dice Etchegoyen, no pudieron llegar a ser integrados porque la técnica debía progresar para que pudiera comenzar a mostrar sus falencias y, entonces, poder ser revisada y cuestionada. Este autor piensa también que, en ese momento del desarrollo del psicoanálisis, la complejidad de los hechos habría resultado abrumadora para los analistas.

³⁰ Etchegoyen, H. (1986) *op. cit.*

Etchegoyen también plantea un aspecto que no es menor, y es que a los analistas probablemente les costó abandonar la ilusión, que tuvieron inicialmente, que el análisis transcurría entre un neurótico y un sano. Hasta ese momento, cuando se pensaba acerca de la situación analítica, el analista, por así decirlo, estaba fuera del análisis. Se trataba de entender lo que ocurría en el paciente, mientras que lo que ocurría en el analista no era objeto de exploración. Así, el analista permanecía en una posición segura avalada por las nociones de neutralidad, no involucrarse, y reflejar como un espejo, sin mostrarse. Ingresar al campo de acción y ser también objeto de análisis, igual que el paciente, y abrirse a la idea de ser más humanos de lo que pensaban, debe haber sido difícil para los analistas. Implicaba perder seguridad, certeza, y una visión de sí mismos idealizada, para ganar incertidumbre. Se puede pensar en esto como un proceso de crecimiento que ciertamente implicaba un duelo.

Thomä et al., también revisan el desarrollo del concepto de contratransferencia en su artículo *“La contratransferencia en una perspectiva histórico crítica”*³¹. Señalan que ésta tuvo, durante mucho tiempo, una connotación negativa y que sólo 30 a 40 años después de su descubrimiento su estudio pudo ser colocado en una nueva perspectiva pasando, según sus propias palabras, de ser “Cenicienta” a “Princesa”. Estos autores piensan que las recomendaciones técnicas de Freud en cuanto a no ser transparente para el paciente, sino reflejar como un espejo y dejar de lado todos sus afectos siguiendo el modelo del cirujano, fueron tomadas literalmente por los analistas.

³¹ Thomä, H. et al. (1986) *op. cit.*

La complejidad de la situación analítica habría contribuido a esto en tanto los planteamientos que ofrecen seguridad y fácil manejo resultan atractivos, especialmente para los principiantes. Hasta ese momento se había tomado en cuenta principalmente a la transferencia, la contribución del paciente al proceso, y abrir la atención al aporte del analista implicaba perder esa seguridad. Coinciden con Etchegoyen en cuanto a que, si bien los trabajos que colocaron a la contratransferencia en una nueva perspectiva surgieron alrededor de los años 40 en adelante, hubo muchos trabajos previos en los que el tema estaba presente.

El mismo Racker, en los años cincuenta, se pregunta en uno de sus trabajos porqué la contratransferencia tuvo tan poca elaboración científica durante muchos años, a pesar de haber dado origen al análisis didáctico, que se convirtió en parte central de la formación de los analistas. Señala que la razón podría tener que ver con el rechazo de los analistas a sus propias partes primitivas y su neurosis, y plantea que, si sobreviven ideales irreales infantiles en los analistas, se debe a deficiencias en los análisis didácticos a que ellos se someten. Esto origina un círculo vicioso, dice Racker, que sólo puede romperse revisando la posición frente a la propia contratransferencia e intentando aceptar el hecho de ser niños y neuróticos, a pesar de ser adultos y analistas³². Y podríamos agregar, a pesar de estar analizados.

El descubrimiento de la contratransferencia, entonces, parece haber resultado perturbador para los analistas en la medida que trajo a la luz una serie de fenómenos para los cuales no estaban preparados y, además, lo hizo en un momento histórico por una parte, y de desarrollo del psicoanálisis por otra, que no era propicio. Muy diferente a lo que había ocurrido frente al

³² Racker, H. (1957b) “Los significados y usos de la contratransferencia”.

descubrimiento de la transferencia que parece, por lo menos en parte, haber traído alivio a los analistas en el sentido que muchas cosas que les ocurrían a los pacientes, y que seguramente les resultaban inquietantes o incómodas, como le pasó a Breuer con su paciente Anna O., podían entonces comprenderse y resultar menos atemorizantes.

Jacobs³³, señala que uno de los sucesos históricos que contribuyeron enormemente a que la contratransferencia comenzara a ser estudiada en profundidad fue la Segunda Guerra Mundial. Con ella, el panorama cambió violentamente para los analistas, en el sentido que comenzaron a toparse con un espectro mucho más amplio de pacientes y de patologías, por ejemplo aquellas derivadas de haber estado expuestos a situaciones traumáticas y los efectos que éstas tenían en la personalidad. Esto habría generado una necesidad, y un interés, de trabajar con pacientes fuera del ámbito estrictamente neurótico. A medida que fueron trabajando con pacientes más seriamente perturbados, como limítrofes, psicóticos, o traumatizados, se dieron cuenta que experimentaban emociones intensas y perturbadoras y que, por lo tanto, la contratransferencia era un elemento muy relevante en esos casos. Como en muchos otros casos, el trabajo con pacientes más enfermos dio pie para observar fenómenos que luego podrían estudiarse en aquellos menos graves, o en personas “normales”.

³³ Jacobs, T. (1999) *op. cit.*

III APORTES PREVIOS A LOS TRABAJOS DE LOS AÑOS CINCUENTA: LA PRE-ELABORACION DE LA CONTRATRANSFERENCIA

Douglass Orr publicó, en 1954, un trabajo sobre el desarrollo histórico de los conceptos de transferencia y contratransferencia hasta ese momento, tanto desde el punto de vista de la definición del concepto por parte de diferentes autores, como de las recomendaciones que éstos daban frente a su manejo técnico³⁴.

Orr señala que uno de los primeros trabajos en tratar ampliamente el tema, tal vez el primero, es uno que Adolf Stern leyó en 1923 en la American Psychoanalytical Association, y que fue publicado al año siguiente³⁵. En él se propone que la contratransferencia, desde una perspectiva teórica, es equivalente a la transferencia del paciente en el sentido que tiene su origen en el material reprimido infantil del analista, pudiendo manifestarse de las mismas maneras que ésta. Sin embargo, desde un punto de vista práctico, el entrenamiento, el conocimiento teórico y la experiencia clínica del analista reducirían el campo de acción de la contratransferencia en comparación con la transferencia. Hasta aquí el punto de vista de Stern es claramente el tradicional donde la contratransferencia interfiere con el proceso analítico y, por ende, la solución es más análisis para el analista.

No obstante, Theodore Jacobs, en el examen que realiza en su artículo sobre el pasado y el presente del concepto refiere que Stern hizo una distinción entre dos clases de contratransferencia. Habría una clase de contratransferencia que proviene de los conflictos del analista, que constituye un obstáculo, y es la mencionada por Orr. Pero también habría otra, que surge en respuesta a

³⁴ Orr, D. (1954) *op. cit.*

³⁵ Stern, A. (1924) "On the counter-transference in psychoanalysis".

la transferencia del paciente, la que sí sería útil en el análisis. Stern sostuvo que el analista no debía ser demasiado intelectual, buscando en exceso el entendimiento cognitivo, sino debía permitir que surgieran sentimientos y fantasías, y que su inconsciente resonara con el del paciente para captar las comunicaciones inconscientes de éste³⁶. Este último aspecto de lo planteado por Stern toca aspectos que iban a ser tomados en cuenta muchísimos años más tarde.

En el trabajo de Orr, también se menciona el aporte de Sandor Ferenczi y Otto Rank quienes plantearon que el narcisismo del analista podía conducir al desarrollo de una contratransferencia narcisística. Los autores realizaron una retrospectiva histórica sobre el desarrollo del psicoanálisis donde, entre otros temas, hablan de los errores técnicos que pueden cometer los analistas, especialmente en relación a la expresión de la transferencia y la resistencia por parte del paciente. En él señalan, “El narcisismo del analista parece apropiado para crear una fuente de confusiones particularmente fructífera; entre otras, el desarrollo de un tipo de contra-transferencia narcisística que provoca que el analizado ponga en primer plano cosas que halagan al analista y, por otra parte, omita comentarios y asociaciones de naturaleza desagradable en relación a él”³⁷.

Thomä et al. mencionan en su artículo un trabajo previo de Ferenczi titulado “*Sobre la técnica psicoanalítica*”, donde describe tres fases de la contratransferencia. Plantea que primero habría una fase de control, por parte del analista, sobre todo lo que podría ser causa de complicaciones en su actuar, hablar y sentir. Luego habría una fase en que el analista se

³⁶ Jacobs, T. (1999) *op. cit.*

³⁷ Ferenczi, S.; Rank, O. (1923) “The developments of psychoanalysis: a historical critical retrospect”; pp. 33 (traducción personal).

resistiría contra ella, lo que retrasaría o incluso imposibilitaría la aparición de la transferencia en el paciente. La tercera fase tendría lugar después de superada esta resistencia, alcanzando un dominio de la contratransferencia. La actitud óptima del analista se encontraría en un movimiento permanente entre dejar libre la fantasía y hacer un examen crítico³⁸.

Jacobs se refiere al mencionado trabajo de Ferenczi sobre técnica psicoanalítica y a otro publicado en 1920³⁹, y señala que sus aportes, muy descalificados en ese entonces, influyeron en gran parte del pensamiento psicoanalítico contemporáneo. Resalta que Ferenczi fue capaz de apreciar el rol de las meta comunicaciones en el análisis y de la interacción entre la mente del paciente y la mente del analista. El autor sostiene que Ferenczi planteó que la contratransferencia era inevitable, fue el primero en hacerlo, y también que era valiosa para comprender al paciente, e incluso aseveró que los esfuerzos por dominarla podían llevar a que el analista reprimiera o inhibiera sus procesos mentales los que son esenciales para la comprensión empática.

Ferenczi también mencionó, nos dice Jacobs, que los pacientes, con bastante frecuencia, tienen una consciencia intuitiva de las respuestas emocionales de su analista y defendió la revelación de esos estados algunas veces. Otro aporte de Ferenczi es la idea, muy despreciada por sectores psicoanalíticos más tradicionales, del análisis como una experiencia emocional correctiva en que la relación con el analista brinda una oportunidad al paciente para una reelaboración de los traumas emocionales experimentados en la primera infancia.

³⁸ Thomä, H. et al. (1986) *op. cit.*; pp. 1244.

³⁹ Ferenczi, S. (1919) "On the technique of psychoanalysis"; (1920) "The further development of an active therapy in psychoanalysis".

Como bien señalan Thomä et al. las ideas de Ferenczi no tuvieron repercusiones en el manejo de la contratransferencia que se hacía en esa época y los psicoanalistas siguieron ateniéndose estrictamente a las recomendaciones hechas por Freud.

Tanto en los trabajos de Thomä et al., como de Jacobs, se menciona un artículo de Helene Deutsch publicado en 1926⁴⁰. En él, Deutsch se preocupó del modo en que el analista recibe y utiliza el material del paciente. Sostuvo que las asociaciones del paciente constituyen una experiencia interna para el analista y, por tanto, generan fantasías, recuerdos, etc. en éste. Al procesar el material se generaría el fundamento, la base, para la intuición y la empatía intuitiva. El analista, entonces, filtra el material del paciente a través de su propio inconsciente. Sin embargo, Deutsch destaca que el analista, al mismo tiempo, debe procesar los datos intelectualmente para, de ese modo, llegar a una comprensión correcta. Es muy sugestivo que el trabajo de Deutsch se titulara *“Procesos ocultos durante el psicoanálisis”*, lo que ilustra muy gráficamente la dificultad que tuvieron los fenómenos que le ocurren al analista para abrirse paso hacia la legitimidad.

Lo planteado por esta autora, en 1926, señala Jacobs, se relaciona con la postura de algunos autores contemporáneos que postulan que, para formular interpretaciones precisas, el analista debe agregar la intuición y las operaciones mentales inconscientes al procesamiento consciente de los datos. Esta postura, además, es parte de una controversia actual entre los que la apoyan y entre los que sostienen que la subjetividad del analista es

⁴⁰ Deutsch, H. (1926) “Okkulte vorgänge während der psychoanalyse” (Procesos ocultos durante el psicoanálisis).

una influencia continua y, por tanto, inevitablemente es actuada antes de llegar a la conciencia.

Otro aporte mencionado por Orr, es el trabajo de E. Glover publicado en 1927⁴¹.

En él, señala Orr, si bien Glover agrega poco a la definición de contratransferencia, presenta información y sugerencias técnicas muy valiosas.

El autor básicamente concibe la contratransferencia como reacciones frente a las reacciones transferenciales del paciente, especialmente en la neurosis de transferencia. Las señales de la existencia de contratransferencia tendrían mucho en común con las señales de resistencia en la situación analítica y habría tres circunstancias que serían indicadoras de la necesidad de una auto inspección por parte del analista: cuando actúa en forma estereotipada; cuando no puede justificar inmediatamente sus intervenciones o silencios con buenos fundamentos analíticos; y cuando no se puede explicar satisfactoriamente por qué un paciente se encuentra aún en dificultades. Glover subraya que incluso el analista bien analizado no deja de ser vulnerable frente al impacto que produce el material del paciente y que es necesaria una constante actitud de alerta.

Jacobs destaca que Glover tocó en su artículo dos puntos que tienen actualidad hoy y se discuten mucho entre los analistas. Por una parte Glover aludió al tema de cómo el material del paciente produce una resonancia de experiencias similares en el analista, evocando recuerdos, y que estaría siendo objeto tanto de investigaciones neurofisiológicas, como de investigaciones en que los analistas buscan saber cómo pueden utilizar mejor esas experiencias en la situación analítica. Por otra parte, Glover intentó

⁴¹ Glover. E (1927) "Lectures on technique in psychoanalysis".

hacer una distinción entre la contratransferencia propiamente tal y la contra-resistencia del analista. Es decir, se interesó en esos años por la resistencia del analista que es un tema que adquirió actualidad posteriormente, enfocándose en cómo las resistencias son construidas mutuamente tanto por el paciente como por el analista⁴².

En la revisión de Etchegoyen sobre el tema se menciona el aporte de Theodor Reik, quien realizó algunos trabajos en que intentó hacer una sistematización de la intuición en la situación analítica, sosteniendo que ésta podía llegar a ser más efectiva que el razonamiento para captar el material del paciente, basándose en la idea de Freud de una comunicación de inconsciente a inconsciente.

Para Reik, el analista debía dejarse sorprender por su propio inconsciente. En un artículo de 1949⁴³, el autor señala que el analista reacciona, emocional e intelectualmente, frente al paciente: frente a lo que éste le comunica, la forma en que lo hace, su apariencia, etc. Esta reacción, que él denomina *respuesta* del analista, precede sus interpretaciones y la forma como las hace y, en gran medida, las determina. La mayor parte de esta *respuesta* del analista sería inconsciente.

El autor sugiere: “Más que confiar en lo que sabe teóricamente, el analista debería confiar en lo que siente, en lo que le dicen los sentidos, los sentidos conocidos y los desconocidos, Desconfíen del conocimiento conciente y teórico como receptores del lenguaje del inconsciente”; “La *respuesta* del analista es la reacción emocional en respuesta a las comunicaciones del paciente. Es la que tiene lugar en la mente del analista desde las primeras

⁴² Jacobs, T. (1999) *op. cit.*

⁴³ Reik, T. (1949) “The surprised psychoanalyst”.

impresiones vagas hasta que ve los procesos inconscientes de la otra persona con total claridad. *La respuesta en el momento en que alcanzamos los insights más profundos en el inconsciente tiene la naturaleza de la sorpresa.* Tal respuesta-sorpresa nunca, por supuesto, va a emerger cuando el analista se aproxima en forma teórica al material inconsciente”⁴⁴. (cursiva en el original)

Etchegoyen hace notar que los temas que toca Reik en sus trabajos, siendo muy significativos, obviamente se relacionan con la contratransferencia, pero nunca la menciona como tal, salvo en un trabajo posterior donde la describe como una resistencia del analista, y no la vincula con los procesos intuitivos de captación del material que había descrito antes.

Wilhelm Reich en su libro “*Análisis del Carácter*”, implícitamente alude al efecto que tiene el paciente en el analista cuando señala que éste no se aproxima de la misma manera a pacientes de diferentes características, incluso a un mismo paciente en diferentes momentos, y que no es posible para el analista dejar de lado su propia individualidad. Esta, sin embargo, no debiera convertirse en un factor perturbador y, en este sentido, menciona el importante papel del análisis didáctico como ayuda para establecer una plasticidad mínima necesaria.

Reich señala: “Debe quedar en claro que encaramos el tratamiento de un paciente agresivo de una manera distinta que el de uno masoquista; el de un histérico hiperactivo, en forma distinta al de uno depresivo; que cambiamos nuestra actitud ante el mismo paciente conforme a la situación”; “Uno no puede renunciar a la propia individualidad, hecho que tendremos en cuenta

⁴⁴ Reik, T. (1949) *op. cit.*; pp. 62-63 (traducción personal).

en la elección de pacientes. Pero debemos confiar en que esta individualidad no sea un factor de perturbación y que el análisis didáctico establezca el mínimo necesario de plasticidad en el carácter”⁴⁵. Reich también habló de la intuición, valorándola como una vía para comprender al paciente, sin embargo nunca llegó a plantear que en esa comprensión estuviera implicada su contratransferencia.

Tanto Orr, como Thomä et al., mencionan un trabajo de Otto Fenichel sobre problemas de la técnica psicoanalítica, publicado en 1940, en el que hace un planteamiento similar a la idea de Ferenczi sobre resistencia frente a la contratransferencia. Fenichel habla del miedo a la contratransferencia por parte del analista, el que podría llevarlo a suprimir cualquier reacción humana natural frente al paciente, dándole la impresión a éste de que al analista no le es permitido ser humano. El paciente, plantea, debería siempre ser capaz de confiar en la humanidad de su analista.⁴⁶

En 1945, Fenichel enfoca el problema de la contratransferencia desde un punto de vista diferente, mostrando cómo puede ser fuente de dificultades en la relación analítica. Sostiene que la naturaleza de la relación entre el paciente y el analista es de una co-operación muy estrecha y que, entonces, ambos pueden no ajustarse o adaptarse bien, conformando un “mal equipo”. Esto puede deberse a resistencias del paciente, pero también puede tener su origen en una dificultad del analista.

Los analistas, señala, trabajan mejor con cierto tipo de pacientes más que con otros lo que, sin embargo, no debe ocurrir al punto de imposibilitar el trabajo con determinados tipos de personalidad: “Un analista tiene que tener una

⁴⁵ Reich, Wilhem (1933) *Análisis del carácter*; pp. 151.

⁴⁶ Fenichel, O (1940) *Problems of psychoanalytic technique*.

amplitud de empatía que le permita trabajar con cualquier tipo de pacientes. Si la realidad difiere demasiado de este estado de cosas ideal, el error debe ser del analista; puede tener sus raíces directamente en una contratransferencia negativa o en una desilusión debida a que cierto tipo de pacientes no satisface alguna expectativa que el analista indebida e inconscientemente conecta con su trabajo; en tales casos el analista debería analizarse más concienzudamente”⁴⁷.

Etchegoyen, en su revisión, destaca también un trabajo de Ella Sharpe de 1927, que él considera significativo y habría pasado bastante inadvertido. El autor destaca el hecho que, en esos años, Sharpe describe con gran detalle sus reacciones contratransferenciales en el tratamiento de una adolescente de 15 años. Sin embargo, no hace una elaboración sobre la contratransferencia como instrumento, sino que intenta entender las resistencias que tenían, en ese entonces, los analistas frente a las teorías de Melanie Klein, lo que es explicable, dice Etchegoyen, porque su trabajo fue presentado en el contexto de un Simposio sobre análisis infantil. Para él esto demostraría que, cuando no es el momento propicio para abordar un problema, aún autores muy lúcidos pueden pasarlo por alto⁴⁸.

Jacobs menciona también a Strachey quién, en su célebre artículo de 1934, no se refirió a la contratransferencia directamente pero sostuvo que la interpretación mutativa de la transferencia sólo puede ser efectiva cuando hay un campo de fuerza emocional entre paciente y analista⁴⁹.

⁴⁷ Fenichel, O. (1945) *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*; pp. 580 (traducción personal).

⁴⁸ Etchegoyen, H. (1986) *op. cit.*

⁴⁹ Jacobs, T. (1999) *op. cit.*

Strachey afirma que una interpretación mutativa "...sólo puede aplicarse a un impulso del ello que esté en estado de catexia. Esto se evidencia por sí mismo, dado que los cambios producidos en la mente de un enfermo por una interpretación mutativa sólo pueden ser obra de una carga de energía que se origina en el paciente"; "Esto nos permite varias inferencias prácticas. Cada interpretación mutativa debe ser 'inmediata' emocionalmente; el enfermo debe experimentarla como algo real"⁵⁰. (comillas en el original)

Y agrega como afectaría esto al analista: "...el analista en el momento de la interpretación, en realidad está evocando deliberadamente una cantidad de energía del ello del enfermo, viviente, definida y que se dirige directamente hacia él. Tal momento, más que ningún otro, pone a prueba sus relaciones con sus propios impulsos inconscientes"⁵¹. Para Strachey esto explicaría la dificultad de muchos analistas para hacer interpretaciones mutativas tendiendo a hacer otras cosas, como preguntas, dar apoyo, o bien hacer interpretaciones, pero extratransferenciales.

Jacobs sugiere que Strachey, con sus planteamientos, contribuyó al reconocimiento de los aspectos intersubjetivos del análisis y de la participación emocional del analista, expresada fundamentalmente en sus reacciones contratransferenciales, como un elemento indispensable en la acción terapéutica del análisis.

Jacobs considera también las contribuciones de Low, Alice y Michael Balint, y Fliess. Low, en un trabajo publicado en 1935, planteó que es una fantasía pensar que la contratransferencia puede, y debe, ser dominada. En cambio, sostuvo que las reacciones contratransferenciales deben usarse en el análisis

⁵⁰ Strachey, J. (1934) *op. cit.*; pp. 12.

⁵¹ Strachey, J. (1934) *op. cit.*; pp. 17.

en lugar de excluirse, porque es a través de sus experiencias subjetivas que el analista puede llegar a un entendimiento correcto del paciente⁵². Lo sostenido por Low ilustra notablemente lo mencionado al comienzo del trabajo en relación a que planteamientos muy lúcidos de algunos autores tuvieron que esperar muchos años para ser tomados en cuenta.

Alice y Michael Balint, en 1939, sostienen que los analistas inevitablemente revelan mucho sobre sí mismos de maneras que van desde las más tangibles, como el modo de arreglar su consulta o cómo terminan las sesiones, hasta otras más intangibles como sus rasgos de carácter. Los pacientes, preconscientemente, poseen mucho más conocimiento acerca de sus analistas de lo que es perceptible. Jacobs destaca que estas ideas están en el primer plano del pensamiento moderno psicoanalítico.

Cada análisis tiene, señalan los Balint, características individuales que lo hacen único y, a pesar que el análisis es uno sólo, hay muchas maneras individuales de analizar: “Hay sólo un método psicoanalítico, creado por Freud; pero hay diferentes vías para lograr ese propósito. No hay tal cosa como una técnica absolutamente buena, para ser seguida por todos los analistas del mundo. Pero, por otra parte, se requiere que el analista esté consciente de la gratificación emocional que le brinda su técnica individual, de manera de mantener un mejor control sobre su conducta y sobre sus convicciones teóricas”⁵³.

Finalmente Fliess, en 1942, usó el concepto de identificación experimental, que sería una suerte de identificación tentativa que el analista realiza y que

⁵² Low, B. (1935) “The psychological compensations of the analyst”.

⁵³ Balint, A; Balint, M. (1939) “On transference and counter-transference”; pp. 229 (traducción personal).

Jacobs considera una idea importante en la comprensión actual de los procesos internos del analista⁵⁴.

Como puede verse en esta revisión, antes de los años 50 se escribieron numerosos trabajos sobre la contratransferencia. Aunque en muchos de ellos no se la mencionara explícitamente, se aprecia con toda claridad que el tema estaba presente en la mente de muchos analistas. Llama la atención que los planteamientos que se hicieron no sólo son muy interesantes, sino que en muchos de ellos se pueden ver prefigurados planteamientos posteriores que fueron considerados revolucionarios.

Es el caso, por ejemplo, del primer trabajo que se habría registrado, el de Stern, donde plantea la idea de la contratransferencia que se da en respuesta a la transferencia del paciente, que él considera útil en el análisis. Stern también sugiere que el analista debe permitir que su inconsciente resuene con el del paciente. Ambas ideas están extremadamente cerca de las que planteó Paula Heimann más de veinte años después. Como ocurre en todos los ámbitos, cuando los tiempos o más bien las personas que, como grupo total, habitan determinados tiempos no están listas para un cambio, éste no ocurre. Al menos no como fenómeno universal para ese grupo.

El tema de la contratransferencia ciertamente rondaba la mente de los analistas, sin embargo no parecen haber estado dadas las condiciones para que los esfuerzos de muchos autores individuales pudieran ser integrados en un planteamiento más general, o para que estos autores pudieran hacer la conexión entre los temas que desarrollaron en sus trabajos y la contratransferencia. Podríamos considerar este periodo como un momento de pre-elaboración de la contratransferencia en que se estaba pensando en el

⁵⁴ Fliess, W. (1942) "The metapsychology of the analyst".

tema, pero éste aún no lograba madurar en la mente de los analistas. Tuvieron que pasar muchos años para que pudieran retomarse algunas de las contribuciones de los autores de los años treinta.

IV EL VUELCO DE TIMON: LOS TRABAJOS DE PAULA HEIMANN Y HEINRICH RACKER

Alrededor de los años cincuenta, fueron varios los autores que comenzaron a trabajar en torno a la contratransferencia. Algunos ampliaron y profundizaron las afirmaciones de Freud y otros, decididamente las replantearon. El abordaje dejó de ser solamente desde el punto de vista técnico y el tema comenzó a mirarse también desde un ángulo teórico. En esos trabajos se puede apreciar como los autores comenzaron a cuestionarse qué era la contratransferencia, cuál era su significado y qué se podía hacer con ella en la situación terapéutica.

Entre los diversos trabajos que se fueron gestando, destacaron los de Paula Heimann y los de Heinrich Racker porque fueron estos autores los que marcaron un verdadero giro copernicano en la perspectiva sobre el tema. Ambos introdujeron con fuerza la idea que la contratransferencia no constituía tan sólo un obstáculo sino que podía ser un instrumento útil en el desarrollo del trabajo terapéutico y esto implicaba una revolución que no se realizó sin una fuerte oposición. Muchos analistas, dice Etchegoyen, se defendieron muy fuertemente frente a estos nuevos planteamientos: en la presentación

del primer trabajo de Racker, por ejemplo, un importante analista habría señalando airadamente que si a un analista le ocurrían “esas cosas” con un paciente, lo mejor que podía hacer era volver a analizarse⁵⁵. Pero sus ideas no generaron sólo rechazo, el pensamiento de ambos autores constituyó también un estímulo enorme para una serie de trabajos que surgieron después. Es decir, Heimann y Racker removieron y movilizaron profundamente a los analistas respecto a este tema.

Lo que se ha llamado el “redescubrimiento” de la contratransferencia, suele ser atribuido tanto a Heimann como a Racker. Heimann publicó su primer trabajo en el *International Journal of Psychoanalysis*⁵⁶ en 1950, mientras que Racker lo hizo tres años después en esa misma publicación. Sin embargo, Racker había presentado el suyo en la Asociación Psicoanalítica Argentina en septiembre de 1948. Es decir, ambos trabajos fueron escritos más o menos simultáneamente y, hasta donde se sabe, ninguno supo del trabajo del otro cuando lo escribió. Si bien el gran vuelco que tuvo el tema se atribuye a ambos autores, las ideas de Heimann tuvieron mayor difusión que las de Racker.

A Heimann se le atribuye, con su trabajo de 1950, un cambio hacia una concepción total de contratransferencia, es decir, una concepción de ella como *todos* los sentimientos del analista respecto de su paciente, y su valoración explícita como un elemento positivo que podía concebirse como un instrumento y no sólo como un obstáculo. También hay autores que señalan que, gracias a ella, los sentimientos contratransferenciales se despersonalizaron, reconociéndose que se originan en el analista, pero como un *producto* del paciente. Esto habría posibilitado que los analistas se

⁵⁵ Etchegoyen, H (1986) *op. cit.*

⁵⁶ Publicación oficial de la IPA, Internacional Psychoanalytical Association.

abrieran a la contratransferencia y sintieran menos temor frente a ella. Recordemos que el temor respecto a la contratransferencia es uno de los factores mencionado como responsable de las dificultades que los analistas tuvieron inicialmente con ella, porque generó una actitud fóbica.

Por su parte Racker fue muy prolífico respecto a este tema, y se destaca lo sistemáticos y completos que son sus trabajos. Racker publicó varios artículos en los que fue estudiando diferentes aspectos de la contratransferencia los que, finalmente, integró en una teoría coherente.

4.1 PAULA HEIMANN

El primer y más importante trabajo de P. Heimann sobre la contratransferencia fue leído en el 16° Congreso Psicoanalítico Internacional, realizado en Zurich en 1949, y publicado el año siguiente en el *International Journal of Psychoanalysis*. Heimann comienza su artículo con la observación que, entre los candidatos a psicoanalistas, se encuentra muy difundida la creencia que la contratransferencia no es más que una fuente de problemas, y se asustan y sienten culpables frente a lo que vivencian hacia sus pacientes. En la literatura, dice Heimann, pueden encontrarse ideas respecto al trabajo analítico que pueden sugerir el concepto de un buen analista como una persona que no siente nada respecto a sus pacientes, excepto una benevolencia uniforme y leve. Su origen puede ser el resultado de una mala comprensión de los planteamientos de Freud en relación al estado de ánimo del cirujano o su metáfora del espejo. Las sugerencias de Freud en relación a reconocer y dominar la contratransferencia no llevan a la conclusión, señala, que es un factor únicamente perturbador y que el analista no debe sentirla.

La primera afirmación “revolucionaria” del artículo, la hace Heimann cuando señala: “Para el propósito de este artículo, uso el término de ‘contratransferencia’ para designar la totalidad de los sentimientos que el analista vivencia hacia su paciente”⁵⁷. Revolucionaria en tanto ni aun los psicoanalistas que habían hablado en sus trabajos sobre los sentimientos que surgen frente a los pacientes, habían osado incluirlos dentro de la contratransferencia. Para Heimann la contratransferencia implica factores adicionales más allá de solamente la transferencia de parte del analista y hace notar que los sentimientos transferenciales difícilmente pueden ser diferenciados con claridad de los que se dirigen a la otra persona como tal, lo que sería válido tanto para el paciente como para el analista.

Heimann enfatiza que la situación analítica es una relación entre dos personas, en que ambos experimentan sentimientos y que, en este aspecto, se diferencia de otras relaciones sólo en el grado en que los dos participantes los experimentan y el uso que hacen de ellos. El analista, a diferencia del paciente, debe tolerar sus emociones y no descargarlas. Para ella, la finalidad del análisis didáctico es que el analista elabore sus conflictos de modo que pueda conectarse con su propio inconsciente, y así ayudarlo a tolerar los sentimientos del paciente hacia él, sin descargarlos, subordinándolos a la tarea analítica. Paralelamente a la atención flotante, el analista requiere una sensibilidad a las emociones también libre, que sea extensiva más que intensiva, y esté atenta a los movimientos emocionales y fantasías inconscientes de su paciente.

La hipótesis de base, señala, es que el inconsciente del analista entiende el de su paciente, y que esta relación en un nivel profundo surge a la superficie en

⁵⁷ Heimann, Paula (1950) “Acerca de la contratransferencia”; pp. 130.

la forma de sentimientos que aquél puede reconocer en su contratransferencia.

La segunda afirmación que implica un gran salto respecto del pensamiento de la época señala: “Mi tesis es que la respuesta emocional del analista a su paciente dentro de la situación analítica representa una de las herramientas más importantes para su trabajo. La contratransferencia del analista es un instrumento de investigación dirigido hacia el inconsciente del paciente”⁵⁸. Y agrega, “Si un analista trabaja sin consultar sus sentimientos, sus interpretaciones son pobres”⁵⁹.

Para Heimann, el analista debe usar sus emociones como una llave hacia el inconsciente del paciente lo que, además de ayudarlo a entender, lo protegería de entrar como coactor a la escena que el paciente repite en la relación analítica. Habría momentos en que el analista no registra sus sentimientos como problemáticos porque éstos concuerdan con lo que va entendiendo a través de las asociaciones del paciente, en cambio, en otros, las emociones estarán más cerca del nódulo del problema que su percepción consciente y su razonamiento. En esos momentos, su percepción inconsciente es más aguda y se adelanta a su comprensión consciente de la situación. La autora no considera correcto que el analista comunique al paciente sus sentimientos, porque sería un peso para el paciente y porque éstas tienen valor para él en la medida en que se utilicen como una fuente más de insight.

⁵⁸ Heimann, Paula (1950) *op. cit*; pp. 130.

⁵⁹ Heimann, Paula (1950) *op. cit*; pp. 131.

La contratransferencia, dice Heimann, es una parte constitutiva de la relación analítica y es, además, la **creación** del paciente; una parte de la personalidad del paciente. Esta radical afirmación, aunque no lo señala explícitamente, estaría basada en el uso del mecanismo de identificación proyectiva por parte del paciente, lo que puede suponerse ya que Heimann pertenecía a la escuela inglesa y era discípula de Melanie Klein, quien introdujo el concepto en 1946. Se dice que Klein, sin embargo, se opuso tenazmente a que Heimann presentara este artículo porque discrepaba de sus ideas sobre la contratransferencia, cosa que se mantuvo a lo largo del tiempo.

Heimann señala, hacia el final de su artículo, que su concepción de la contratransferencia como un instrumento de investigación puede ser reconocida en las descripciones que Freud hizo sobre cómo llegó a sus descubrimientos fundamentales. Freud, recuerda la autora, sintió que una fuerza, que provenía del paciente, se oponía a sus esfuerzos por traer a la luz los recuerdos olvidados y tenía que ser superada por él para poder trabajar. Para él, esa fuerza era la responsable de la represión de los recuerdos, así como de la formación del síntoma. El proceso inconsciente de una amnesia histórica, señala, tiene una faceta orientada hacia fuera, sentida por el analista como resistencia, y otra que opera dentro de la mente como represión.

Plantea que diferentes mecanismos de defensa del paciente van a despertar en el analista diferentes cualidades de respuesta, y sugiere que una investigación más completa de la contratransferencia permitiría entender la manera como el carácter de ésta corresponde a la naturaleza de los impulsos y defensas inconscientes del paciente, activados en un momento determinado.

En 1960 Heimann publicó un segundo artículo sobre el tema donde recapitula los planteamientos que había hecho 10 años antes, y además revisa el trabajo de autores que desarrollaron ideas sobre el tema en ese lapso, como Gitelson y Little. También señala que su publicación condujo a una serie de equivocaciones en algunos candidatos a analistas, quienes comenzaron a fundamentar sus interpretaciones basándose primordialmente en sus sentimientos sin cotejarlos con los datos reales de la situación analítica.

Sostiene que la transferencia y la contratransferencia son conceptos interdependientes y que el descubrimiento de la transferencia fue revolucionario ya que el terapeuta pasó de ser un ayudante que administraba una técnica, a ser un agente terapéutico en sí mismo. Señala que Freud habló de la contratransferencia muy brevemente y que planteó la necesidad de reconocerla y superarla, y que en eso se han basado muchos analistas para afirmar que se trata solamente de la transferencia del analista. Sin embargo, dice, el prefijo “contra” implicaría la existencia de un factor adicional a la transferencia que tiene un significado operacional específico. Agrega que aunque los conceptos de transferencia y contratransferencia pueden distinguirse conceptualmente, están fusionados.

La autora también piensa que el analista, a diferencia de una persona cualquiera, es único para su paciente porque tiene habilidades que desarrolló a través de un entrenamiento. Aún así, su personalidad sí es importante porque condiciona estas habilidades. Su personalidad real inevitablemente se va revelando en la situación analítica, lo que brinda al paciente un espacio donde anclar sus especulaciones y fantasías. El analista puede ser retratado correctamente por el paciente a veces y, otras, ser fantásticamente distorsionado, permaneciendo “sin-persona” y constituyendo el objeto transferencial del paciente.

Para Heimann, los sentimientos perturbados del analista en la contratransferencia se relacionarían con “...un retraso temporal entre la comprensión inconsciente y la consciente. Esto significaría que algo que el analista percibió ha pasado sin que se dé cuenta fuera del dominio del yo consciente, y en consecuencia se ha vuelto inaccesible”⁶⁰. Piensa que el autoanálisis y la autoformación continuos del analista lo ayudarían a mejorar las funciones de su yo consciente. El analista puede, y debería, enfrentar la situación analítica con preguntas que le permitan tener una visión multidimensional de lo que está ocurriendo y seguir de cerca las expresiones verbales y el comportamiento del paciente para así poder encontrar la interpretación transferencial dinámica que lo refleje. “Así el analista, actuando como espejo del paciente, lo hace como un yo suplementario para éste. Esto es el factor que, en mi opinión, hace que la repetición se transforme en modificación”⁶¹.

En este artículo se aprecia una visión mucho más moderada respecto de sus planteamientos iniciales señalando, por ejemplo, que la sugerencia hecha por Freud, acerca que la contratransferencia debe reconocerse y superarse, sigue teniendo tanta validez como la que tenía 50 años antes. Heimann parece haberse atemorizado de su responsabilidad en el entusiasmo, o “sobre entusiasmo” con que algunos analistas tomaron sus aseveraciones. No vuelve a mencionar su concepción de la contratransferencia como una *creación* del paciente y agrega que, cuando la contratransferencia se produce, debe orientarse a un propósito útil y que “...el autoanálisis y la

⁶⁰ Heimann, Paula (1960) “Contratransferencia”; pp. 148.

⁶¹ Heimann, Paula (1960) *op. cit.*; pp. 148.

autoformación continuados ayudarán a reducir la intensidad de los incidentes debidos a la contratransferencia”⁶².

En el artículo de Thomä et al.⁶³, los autores comentan que Heimann se fue distanciando de esta tesis que planteó inicialmente sobre la contratransferencia como una *creación* del paciente al punto que, muchos años mas tarde, en una entrevista, se mostró sorprendida de haberlo afirmado. Pero, como ellos muy acertadamente señalan, la tesis de Heimann, a esas alturas, ya se había hecho independiente de su autora y había desarrollado alas propias, por lo que ya no había marcha atrás.

4.2 HEINRICH RACKER

En su libro *“Estudios sobre Técnica Psicoanalítica”*, Heinrich Racker reunió diversos trabajos que había venido realizando a lo largo de varios años. Si bien su primer artículo fue publicado en 1953, ya había sido presentado en 1948. Todos ellos se refieren a diferentes aspectos de la técnica psicoanalítica, pero su eje, como él mismo señala, son la transferencia y la contratransferencia que son para él, el eje del proceso psicoanalítico.

Racker señala que desde las afirmaciones de Freud acerca de la contratransferencia y la necesidad de análisis para el analista, ha habido un gran desarrollo y han comenzado a estudiarse también los procesos psicológicos de éste, y no sólo los del paciente. Muchos analistas, dice Racker, agregan a la sugerencia de Freud de conocer y dominar la contratransferencia, el utilizarla para comprender al paciente.

⁶² Heimann, Paula (1960) *op. cit.*; pp. 149.

⁶³ Thomä, H. et al. (1986) *op. cit.*

Menciona cómo muchos de los planteamientos de Freud han sido mal interpretados porque se olvida el contexto en el que fueron planteados y, por tanto, el sentido que tenían. Por ejemplo señala que la conveniencia de tener una actitud de cirujano surgió de la necesidad de proteger al analista de la ambición de curar, así como de identificarse sin reserva con el paciente.

Sin embargo, dice Racker, Freud hizo notar, al mismo tiempo, la importancia de una actitud activa y luchadora en el analista, así como de mostrar interés en el paciente y utilizar sus propias energías psíquicas para inducir al analizado a vencer sus resistencias. También, hace notar, se ha llevado al extremo el consejo de ser como un espejo frente al paciente, que surgió frente a la costumbre de algunos analistas de la época de comentar su vida con los pacientes. Para Racker este consejo significaba simplemente hablarle al analizado sólo de él, "...pero no significaba: deja de ser carne y hueso y conviértete en vidrio, cubierto de nitrato de plata"⁶⁴.

El gran mito de la situación analítica, señala, es que el análisis es un asunto entre un enfermo y un sano. Y agrega: "La realidad es que es un asunto entre dos personalidades cuyo yo está presionado por el ello, por el superyó y el mundo externo, cada uno con sus dependencias internas y externas, angustias y defensas patológicas, cada uno también un niño con sus padres internos, y respondiendo toda esta personalidad tanto del analizado como del analista a cada uno de los acontecimientos de la situación analítica"⁶⁵. Racker se pregunta que ocurre en el analista frente al analizado y señala "...todo lo que puede acontecer en una persona frente a otra"⁶⁶. Este planteamiento, que incorpora al analista en la comprensión de lo que sucede

⁶⁴ Racker, H. (1957 a) *Estudios sobre Técnica Psicoanalítica*, Estudio II; pp. 52-53.

⁶⁵ Racker, H. (1957 b) *op. cit*; pp. 231.

⁶⁶ Racker, H. (1957 b) *op. cit*; pp. 234.

en la situación analítica, y que hoy no nos sorprendería, implicaba un cambio central de perspectiva cuando Racker escribió sus trabajos.

Las actitudes del analista frente al material del paciente son recíprocas respecto de las actitudes del analista frente a sí mismo, dice Racker, y detalla: “Angustias inconscientes frente a ciertos aspectos del propio inconsciente originan angustias frente al inconsciente del analizado y llevan a diversas medidas de defensa que interfieren en la labor, creando, por ejemplo, distancia desmedida, rigidez, frialdad, dificultad en dar curso libre a las asociaciones y a los sentimientos dentro de uno mismo, y conducta inhibida frente al analizado”⁶⁷. Al mismo tiempo destaca que lo contrario, que el analista se vea “inundado” por su inconsciente y se “hunda” en la contratransferencia, tampoco es favorable.

El analista, igual que el paciente, debe dividirse en una parte observadora, racional, y una que vivencia y es irracional. Debe tomarse a sí mismo, a su subjetividad, como objeto continuo de observación y análisis. En esta actitud de observar continuamente su subjetividad, su contratransferencia, radicaría la verdadera objetividad del analista. Dar libre curso a esta parte irracional, dejarse llevar por ella, sería la única manera de sintonizar en profundidad con el analizado. Al mismo tiempo, conservar una parte racional permite que el analista siempre mantenga una contratransferencia positiva, y así perciba y movilice la transferencia positiva del paciente que puede estar reprimida o disociada. El proceso analítico, dice Racker, depende en gran medida “...de la cantidad y cualidad de *eros* que el analista puede movilizar por su analizado”⁶⁸.

⁶⁷ Racker, H. (1957 a) *op. cit*; pp. 54.

⁶⁸ Racker, H. (1957 a) *op. cit*; pp. 55.

Racker señala que Freud concibió la transferencia de tres modos diferentes a lo largo de su obra: como un **peligro**; como el mejor **instrumento** para la labor psicoanalítica y, finalmente, como el **campo** en el que el paciente revive el pasado en condiciones diferentes y mejores. Plantea que la contratransferencia puede concebirse de la misma manera: como un peligro; como un instrumento para la comprensión del paciente, y también como campo en cuanto el analista es *objeto* de lo que el paciente revive. Es decir, la contratransferencia como un elemento que interviene en lo que siente y como se conduce el analista, configurando la nueva situación de vida que es la situación analítica.

En este sentido, la transferencia y la contratransferencia serían dos componentes de una unidad, que se dan vida mutuamente y crean la situación interpersonal de la situación analítica. Señala que, desde el aspecto técnico, la relación analista-paciente es lo central, y por tanto la contratransferencia tiene un significado muy importante. Es a través de ella que el analista siente y comprende lo que el paciente siente y hace en relación a él, existiendo un mayor contacto con su realidad interna. Es por esto que la interpretación principal, la interpretación transferencial, para Racker está conectada estrechamente con la contratransferencia.

Así como la transferencia es una realidad constante y lleva a una conducta real frente al analista también lo es la contratransferencia, y el analista responde con sentimientos, angustias, defensas y deseos igualmente reales. Si el analista quiere realmente ayudar al paciente debe aceptar no sólo la vivencia transferencial, sino también la correspondiente vivencia contratransferencial. Extender la atención a la vivencia del analista permite tener acceso al conflicto central del analizado en sus relaciones de objeto y, también, a las reacciones de sus objetos internos, por lo tanto hay un mayor contacto con la

realidad interna del paciente. Además, cuando el analista es capaz de utilizar su contratransferencia para comprender la transferencia, el paciente puede introyectar un objeto bueno, libre de angustia y enojo. Para esto el analista requiere de la actitud mencionada anteriormente: dividir su yo en uno vivencial, irracional y en uno racional, observador.

Aceptar la vivencia contratransferencial implica que el analista debe ser capaz de conectarse con sentimientos muy diversos; con angustia, sentimientos agresivos, sentimientos de culpabilidad, así como también aburrimiento y somnolencia, por ejemplo.

La angustia en la contratransferencia, dice Racker, es una señal de peligro que se convierte en una guía para el analista, y puede manifestarse en diferentes formas y grados. Puede ir desde una simple sensación de tensión, hasta irrupciones violentas de contenido paranoide o depresivo. La angustia puede mostrarle al analista lo que sucede dentro del paciente y, también, dar cuenta de lo que éste se defiende. Una irrupción violenta de angustia, por ejemplo, puede indicarle al analista lo difícil que es para el paciente tolerar determinados contenidos de su mente, o aún una parte de sí mismo, y su consecuente necesidad de deshacerse de ellos y, por tanto, ayudarlo a regular sus intervenciones: "...la intensidad de esta angustia contratransferencial puede indicarle algo (al analista) sobre la dosificación de las interpretaciones referentes a ese conflicto"⁶⁹.

Lo anterior debe ocurrir con una intensidad moderada y ser pasajero para que no perturbe la labor del analista. Hay ocasiones, señala Racker, en que surge angustia ante determinado material que trae el paciente y se produce

⁶⁹ Racker, H. (1957 a) *op. cit.*; pp. 104.

un impulso a actuar en el analista, que se relaciona con el papel que el paciente desea que éste realice. El analista, en estas situaciones, debe abstenerse de actuar, debe callarse hasta recobrar su equilibrio interno, analizar lo que está pasando, y posteriormente interpretar lo que corresponda al paciente.

Sin embargo, habría situaciones en que emerge una angustia que es leve pero constante, y que tiene su origen en la ineficacia crónica de las interpretaciones. Aquí se trata de un estado y no de una irrupción de angustia. Racker piensa que, en estos casos, el analista puede actuar, es decir, realizar, muy pasajeramente, el papel al que el paciente lo está induciendo, para después analizar lo que sucedió y lo que se actuó. Racker piensa que una acción como ésta puede ser útil en la medida que permite mostrar vívidamente al paciente el rol que desea ver realizado por el analista y por qué.

Por otra parte, puede ser una ayuda en momentos en que se produce un círculo vicioso cuando se paraliza el poder o la influencia de las interpretaciones, porque los pacientes muchas veces utilizan inconscientemente las reglas que los analistas imponen, como por ejemplo sólo interpretar. Si esta actuación, dice Racker, se realiza libre de angustia y, además, es seguida de una interpretación que permita comprenderla, puede operar como una primera interpretación que toma la forma de una actuación.

Respecto de los sentimientos agresivos, Racker señala que pueden ir desde la simple irritación hasta el odio y el deseo de venganza, y que constituyen una respuesta o reacción frente a la frustración de ciertos deseos del analista. Estos deseos pueden tener relación con ser aceptado o querido por el paciente, o incluso con un deseo inconsciente, proveniente de su propia

neurosis, de que el paciente dependa del analista. Cuando el paciente agrede al analista, ya sea directamente o, por ejemplo, a través del abandono, que puede ser expresado a través del silencio, éste puede quedar colocado en una situación ya sea depresiva o paranoide, frente a la cual reacciona defensivamente.

En la contratransferencia también pueden surgir sentimientos de culpabilidad los que, para Racker, representarían una forma específica de angustia contratransferencial, la angustia frente a la conciencia moral. Estos sentimientos de culpa, pueden tener relación con situaciones reales, fantaseadas, o una mezcla de ambas. Un analista puede sentirse culpable frente a un paciente que se deprime durante un tratamiento, experimentando angustia y temor de haberlo dañado, a pesar de sentir que ha hecho bien su trabajo. De otro modo, también puede sentirse culpable con un paciente a raíz de haber experimentado sentimientos agresivos hacia él y haber, por ejemplo, interpretado agresivamente o haber sido innecesariamente frustrador.

El analista también puede experimentar reacciones contratransferenciales como aburrimiento o somnolencia, que son concebidas por Racker como una respuesta taliónica inconsciente, “vengativa”, del analista frente al abandono afectivo por parte del analizado. Esto se explicaría en tanto esta distancia del paciente se expresa frecuentemente como intelectualización, control, monotonía en el discurso, etc., produciendo sentimientos de exclusión e impotencia en el analista. Esto ocultaría una muy temida dependencia latente del paciente respecto del analista.

Otro sentimiento posible, según Racker, es el sometimiento del analista frente al paciente, que puede tener su origen en la angustia y los sentimientos de

culpa contratransferenciales. Puede expresarse como una tendencia a evitar frustrar o poner en tensión al analizado lo que, a su vez, dificulta que éste exprese la agresión y toda transferencia negativa. Se trata de una situación compleja ya que un analista sometido frente a su analizado, inevitablemente sentirá enojo, lo que será percibido por el paciente, quien sentirá temor.

Como se puede apreciar, para Racker, el tomar conciencia de estos sentimientos contratransferenciales constituye un instrumento en tanto posibilita comprender mejor qué le puede estar ocurriendo al paciente.

Uno de los planteamientos singulares de Racker es su idea que, así como existe una *Neurosis de Transferencia*, existiría también una *Neurosis de Contratransferencia*, que sería una expresión patológica de la contratransferencia que sí sería perturbadora para el trabajo del analista. De la misma manera como la neurosis original y la transferencia, también la neurosis de contratransferencia estaría centrada en el complejo de Edipo y se repetirían, desde diferentes perspectivas, diferentes aspectos de la situación edípica. La neurosis de contratransferencia constituye para Racker solamente una parte de la contratransferencia y, aún cuando es un factor de perturbación para el trabajo del analista, al mismo tiempo proporcionaría la posibilidad de comprender de un modo vívido las relaciones de objeto básicas del analizado, del mismo modo como la transferencia trae a la relación analítica las relaciones infantiles más importantes.

Racker caracteriza la neurosis de contratransferencia según la identificación del analista con el paciente; según quién exactamente la origine – el mismo paciente o un tercero- y, también, considerando si corresponde a algo momentáneo o, por el contrario a una situación más permanente.

Habría una parte de la contratransferencia que tiene relación con la identificación del analista con el yo y el ello del paciente –identificación concordante- y otra parte que resulta de la identificación del analista con los objetos internos del analizado –identificación complementaria-. Por ejemplo, cuando un analista escucha el relato de un paciente en relación a personas significativas para él, puede identificarse concordantemente con la postura del paciente en relación a ese objeto, es decir con impulsos o estados del yo del paciente. O bien puede identificarse, de un modo complementario, con la postura del objeto. Racker sostiene que, en general, las identificaciones concordantes son más empáticas con el paciente, a diferencia de las complementarias que implicarían mayor conflicto.

Este es un punto que Etchegoyen le critica a Racker cuando afirma que para él la mayor o menor comprensión, o empatía, del analista no depende del tipo de identificación con el paciente sino “...del grado de conciencia que tenga del proceso, de la plasticidad de las identificaciones y de la naturaleza objetal del vínculo”⁷⁰. Más aún, Etchegoyen plantea que las identificaciones concordantes, las más empáticas para Racker, podrían constituir un vínculo de tipo narcisista con el paciente y que “...son las identificaciones concordantes (narcisísticas) las que implican el mayor monto de participación contratransferencial”⁷¹. Sin embargo, la crítica fundamental de Etchegoyen se refiere a que, en el tema de las identificaciones, Racker se basa en la introyección y la proyección, sin tomar en cuenta la identificación-proyectiva, lo que sí harán más adelante otros autores, como Money-Kyrle y Grinberg.

Desde otro ángulo, el autor distingue entre reacciones contratransferenciales directas, que son las estimuladas por el paciente, y reacciones

⁷⁰ Etchegoyen, H. (1986) *op. cit.*; pp. 247.

⁷¹ Etchegoyen, H. (1986) *op. cit.*; pp. 247.

contratransferenciales indirectas, que serían más complejas en la medida que son estimuladas por otras personas, o incluso instituciones, que son importantes para el tratamiento en tanto influyen sobre como el analista percibe a su paciente y su trabajo con él. La contratransferencia indirecta sería, por ejemplo, la generada por la presencia de un supervisor, profesores, otros colegas, la familia del paciente o una institución psicoanalítica.

El tercer parámetro usado por Racker para caracterizar la neurosis de contratransferencia, apunta a si lo que surge en el analista es una “ocurrencia”, es decir, algo que surge repentinamente y que generalmente se relaciona con una contratransferencia que es fluida y flexible. Estas ocurrencias parecen no tener mayor explicación lógica, sin embargo Racker señala que con frecuencia las asociaciones del analizado dan cuenta de una relación entre lo que a éste le ocurre y la “ocurrencia” del analista. A diferencia de las *ocurrencias contratransferenciales*, en las *posiciones contratransferenciales* lo que surge en el analista es más profundo, más estable en el tiempo, y generalmente implica un conflicto mayor.

Racker realizó otras distinciones entre diferentes tipos de respuestas contratransferenciales. Una de ellas es la que hace entre la contratransferencia que se da frente a la transferencia manifiesta y actual del paciente; versus la contratransferencia que se da frente a la transferencia latente y potencial, que es la transferencia que estaría reprimida o bloqueada.

Del mismo modo como la transferencia puede entenderse como lo resistido, la contratransferencia, plantea Racker, también puede verse desde cierto ángulo como lo resistido. En cada persona, analista o paciente, existe una determinada constelación interna que contiene determinados impulsos, objetos, angustias, defensas, etc. Cualquier objeto externo real adquiere un

significado en función de esta constelación y de sus características reales. La contratransferencia sería lo resistido en cuanto es la expresión de la constelación interna del analista, que ha sido estimulada por el paciente.

Racker señala que, así como la transferencia positiva brinda la energía necesaria para que el paciente colabore, para que pueda ver su inconsciente, superando las resistencias, la contratransferencia positiva otorgaría la energía necesaria para ver el inconsciente del paciente, superando sus contrarresistencias. Como contraparte, así como la transferencia negativa o sexual perturba la colaboración del analizado, la contratransferencia negativa o sexual perturbaría la comprensión del analista.

Vemos como, tanto la transferencia como la contratransferencia serían, para Racker, una parte constitutiva del proceso analítico. Estarían siempre presentes, serían “normales” por así decirlo y, pudiendo constituir un factor perturbador, constituirían fenómenos a través de los cuales transcurre el proceso analítico, que permiten conocer el inconsciente del paciente y conforman el campo donde pueden generarse los cambios. Racker realizó, del mismo modo que Heimann, afirmaciones revolucionarias para su época relativas a situar al analista en una posición “humana” y sacarlo del lugar idealizado y aséptico donde se lo solía ubicar, así como concernientes a una nueva visión de la objetividad que radicaría no en eliminar los aspectos subjetivos sino, por el contrario, buscar tener plena consciencia de ellos. Sus descripciones de los distintos estados afectivos que pueden surgir en el analista, así como de los diferentes ángulos desde los cuales se puede mirar la contratransferencia son muy acuciosas.

V OTROS AUTORES QUE CONTRIBUYERON A PONER LA CONTRATRANSFERENCIA EN UNA NUEVA PERSPECTIVA

Los aportes de Heimann y Racker son los que más claramente marcaron el cambio de perspectiva respecto a la contratransferencia y permitieron que comenzara a ser estudiada e investigada bajo otra mirada. Ambos, desde distintos ángulos, dieron un impulso inicial que abrió un espacio para que los analistas pudieran abiertamente pensar y hacerse cuestionamientos sobre el tema. Hubo muchos autores que, a partir de este momento, se interesaron por la contratransferencia y comenzaron a estudiarla desde distintas perspectivas, dando origen a muchas contribuciones interesantes y novedosas.

Otros, como Winnicott, cuyo primer trabajo sobre el tema es levemente anterior a los de Heimann y Racker, ya se habían interesado en él. A continuación nos referiremos a los trabajos de cinco analistas contemporáneos a Heimann y Racker que aportaron puntos de vista valiosos sobre el tema.

5.1 D. W. WINNICOTT

Winnicott escribió dos artículos sobre contratransferencia. El primero de ellos, “*El odio en la contratransferencia*”, fue leído ante la Sociedad psicoanalítica Británica en 1947, y se publicó en el *International Journal of Psychoanalysis* dos años más tarde. En ese trabajo desarrolla el tema de la contratransferencia a partir de su experiencia con pacientes psicóticos y antisociales, cuyas características plantean desafíos específicos al analista y abren perspectivas nuevas sobre el tema.

Winnicott sostiene que el cuidado y manejo de un paciente de esas características es muy difícil, y constituye una carga emocional muy pesada para quien lo hace. El tratamiento psicoanalítico de un psicótico, dice, es más complicado y complejo que el de un paciente neurótico. Tanto los psicoanalistas como los psiquiatras, señala, debieran estar preparados para el trabajo con este tipo de pacientes en el sentido de conocer, no sólo cómo es el desarrollo emocional de un individuo enfermo, sino también cuál es la intensidad emocional que van a tener que ser capaces de tolerar para poder trabajar con ellos. Y aquí es donde interviene la contratransferencia.

Clasifica los fenómenos contratransferenciales de la siguiente manera: distingue, por una parte, *sentimientos contratransferenciales anormales*, que tendrían relación con identificaciones fijas en el analista e indican que éste requiere más análisis personal. También señala la existencia de *sentimientos contratransferenciales normales*, que se refieren a identificaciones y tendencias que tienen relación con la experiencia y el desarrollo personal del analista, brindan un marco positivo para la labor analítica, y diferencian el trabajo de ese analista del de otros analistas.

En tercer lugar, plantea la existencia de lo que él llama *contratransferencia verdaderamente objetiva*, que tiene relación con la reacción del analista, de amor y odio, frente a la personalidad y la conducta reales del paciente, y que está basada en una observación objetiva. Winnicott conceptualiza la contratransferencia de un modo amplio, incluyendo los conflictos no resueltos del analista, su experiencia y su personalidad y sus reacciones objetivas. Pero son estas últimas las que desarrolla.

En los pacientes psicóticos, dice Winnicott, hay una coincidencia de amor y odio, a diferencia de los pacientes neuróticos donde éstos están disociados, y sugiere que su origen está en una falla ambiental en el momento en que surgen los primeros impulsos instintivos dirigidos a un objeto. Esta coincidencia de amor y odio aparece continuamente en el análisis, dando origen a serios problemas de manejo para el analista, al punto de dejarlo sin recursos por momentos.

Un paciente, señala, va a tender a percibir a su analista de acuerdo a lo que él mismo es capaz de sentir, de manera que un psicótico experimentará la profunda convicción de que el analista sólo es capaz del mismo estado de amor y odio coincidentes que él mismo siente. Winnicott sugiere que el analista debe estar preparado para enfrentar esto y tener plena conciencia de la contratransferencia, porque esta coincidencia de amor y odio despierta un odio justificado en el analista.

Señala que “Si al analista se le han de atribuir sentimientos elementales, es mejor que lo sepa de antemano y esté preparado para enfrentar esa situación, pues debe tolerar que el paciente lo coloque en esa posición. Sobre todo, no debe negar el odio que realmente existe en él”; y agrega: “Si queremos analizar pacientes psicóticos, debemos haber llegado a cosas muy

primitivas en nosotros mismos”⁷². Este odio justificado debe ser aislado y mantenido en reserva por el analista, para una eventual interpretación posterior.

En los análisis de pacientes neuróticos, el analista puede manejar su propio odio, porque éste permanece latente. A esto contribuye el análisis personal que le ha permitido librarse de él, las gratificaciones que implica hacer análisis -que es la tarea que se eligió-, y el disponer de medios para expresarlo. En el análisis de psicóticos, en cambio, hay que esforzarse más para mantenerlo latente, y sólo se puede lograr teniendo plena conciencia de él. Winnicott también plantea que, en ciertas etapas de algunos análisis de psicóticos, el paciente busca el odio del analista y lo que se necesitaría es que ese odio sea objetivo, de otro modo al paciente le resultaría imposible sentir que puede alcanzar el amor objetivo.

La única manera que un paciente psicótico tolere su odio hacia el analista, dice Winnicott, es que éste pueda odiarlo también. Esto, para él, sería similar a lo que ocurre con los hijos de padres divorciados o sin padres que, cuando son acogidos, ponen a prueba la capacidad de los padres adoptivos de odiar objetivamente. Sólo después de ser odiados parecen poder creer en la posibilidad de ser amados.

La interpretación del odio plantea un problema difícil y requiere de una cuidadosa evaluación del momento adecuado para realizarla. Sin embargo, Winnicott piensa que un análisis será siempre incompleto si el analista no puede decirle a su paciente, hacia el final del análisis, lo que hizo por él sin

⁷² Winnicott, D.W. (1949) “El odio en la contratransferencia”; pp. 435-436.

que éste supiera, cuando estaba enfermo. No hacerlo deja al paciente como un lactante que no comprende cuánto debe a su madre.

En un segundo artículo sobre el tema publicado en 1960, Winnicott replantea sus ideas acerca de la contratransferencia, sosteniendo una visión más clásica y definiéndola como un obstáculo. Señala que debe restituirse el uso original del término, pues de otro modo corre el riesgo de perder su identidad.

En este artículo introduce la noción de *actitud profesional*, en el terapeuta. El trabajo profesional, dice Winnicott, es totalmente diferente a la vida corriente. Cuando el analista trabaja está en un estado especial, su actitud es profesional, y su trabajo se realiza en el marco de un encuadre. Lo que el paciente encuentra, señala, "...es la actitud profesional del analista, y no los hombres y mujeres inconfiables que somos en la vida privada"⁷³. Y agrega: "...entre el paciente y el analista está la actitud profesional del analista, su técnica, *el trabajo que realiza con su mente*"⁷⁴. (cursiva en el original)

El analista debe permanecer en su rol profesional en las sesiones y, al mismo tiempo, debe ser capaz de mantener su vulnerabilidad y flexibilidad, sin que su actitud se base en una organización defensiva rígida, lo que generaría tensión. El análisis personal del analista buscaría la estabilidad de su carácter y la madurez de la personalidad, de manera que sea capaz de mantener una relación profesional.

En este contexto, Winnicott plantea que debe restringirse el término contratransferencia a "...los rasgos neuróticos que *malogran la actitud profesional* y perturban el curso del proceso analítico tal como lo determina el

⁷³ Winnicott, D.W. (1960) "Contratransferencia"; pp. 211.

⁷⁴ Winnicott, D.W. (1960) *op. cit.*; pp. 212.

paciente”⁷⁵ (cursiva en el original). Esta definición, que vuelve a considerar la contratransferencia como un obstáculo, sería válida para el trabajo con pacientes neuróticos con los que se puede realizar la técnica psicoanalítica clásica. Es en estos pacientes que la actitud profesional media entre ellos y el analista.

Winnicott hace notar que el rol del analista es diferente de acuerdo al diagnóstico del paciente. Habría un amplio grupo de personas con las que puede, como ya se señaló, aplicarse la técnica clásica; pero hay también dos tipos de pacientes que modifican completamente la actitud profesional del analista, obligándolo a una relación más directa. Estos pacientes son, por una parte, los que manifiestan tendencias antisociales y, por otra, los que él denomina como pacientes que necesitan una regresión.

Los primeros, señala, son personas que están permanentemente reaccionando a una deprivación y obligan al terapeuta a corregir constantemente “...las fallas del yo auxiliar que alteró el curso de la vida del paciente”⁷⁶. Winnicott piensa que con estos pacientes no se puede trabajar en análisis y es mejor tratarlos de otro modo, aunque a veces el análisis puede agregarse.

Los pacientes que requieren una regresión son aquellos que han sido diagnosticados como psicóticos o esquizofrénicos. Para que pueda darse un cambio significativo en ellos, deben pasar por una fase de dependencia infantil, atravesar las etapas del desarrollo emocional que corresponden a la infancia y que no fueron manejadas originalmente con éxito. Con estos últimos pacientes sí puede practicarse un psicoanálisis, dice Winnicott, pero

⁷⁵ Winnicott, D.W. (1960) *op. cit.*; pp. 212.

⁷⁶ Winnicott, D.W. (1960) *op. cit.*; pp. 213.

éste debe hacerse con modificaciones: "...el analista tendrá que ser capaz de interpretar el rol de la madre para el infante del paciente"⁷⁷.

Winnicott piensa que los dos tipos de pacientes mencionados cruzan los límites de la actitud profesional y demandan una relación directa, de tipo primitivo. En estos casos, Winnicott señala que sería mejor hablar de *reacción* en lugar de contratransferencia, permitiendo que ésta recobre su significado original.

El gran aporte de Winnicott se relaciona con la exploración de la contratransferencia en el trabajo con pacientes más seriamente perturbados, diferenciándolo del trabajo con pacientes neuróticos. Indagó en los intensos sentimientos que estos pacientes provocan en el analista señalando que es imprescindible que sean asumidos en lugar de ser negados, lo que contribuyó a darles legitimidad.

Esto reviste gran importancia especialmente porque Winnicott no se refirió a un sentimiento contratransferencial cualquiera, sino que tuvo la audacia de referirse específicamente, y explorar en profundidad, los sentimientos de *odio* que pueden llegar a surgir en el analista por su paciente, aspecto que no había sido mencionado con anterioridad por ningún autor. Al mismo tiempo investigó sobre el modo y el momento correcto de hacer interpretaciones al respecto. Jacobs señala muy certeramente en su artículo que Winnicott dio un paso liberador con sus ideas, que Paula Heimann siguió un año más tarde.

Otro punto interesante es la introducción del concepto de *actitud profesional*, que resulta muy cercano a las ideas de Otto Kernberg sobre la importancia de la *preocupación* como rasgo general en el analista. Para Kernberg, la *preocupación* del analista se relacionaría con la capacidad de reconocer la

⁷⁷ Winnicott, D.W. (1960) *op. cit.*; pp. 214.

intensidad de los impulsos destructivos del paciente, de sí mismo, como de los seres humanos en general, y la capacidad de reconocer sus limitaciones frente a esto y, al mismo tiempo, conservar la *esperanza*. También intervendría un genuino deseo y necesidad de ayudar al paciente no obstante las dificultades que ello pueda conllevar en un momento determinado⁷⁸.

Podríamos decir que la *preocupación* de Kernberg sería un rasgo que le permite al analista preservar la *actitud profesional* que señala Winnicott. Ambos conceptos se unen también al de *neutralidad* analítica, que le otorga un marco al trabajo del analista. Dentro de este marco, el analista puede, y debe, trabajar con flexibilidad.

⁷⁸ Kernberg, O. (1975) *Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico*.

5.2 MARGARET LITTLE

En 1950, Margaret Little leyó un trabajo en la Sociedad Británica de Psicoanálisis, publicado al año siguiente en el *International Journal of Psychoanalysis*⁷⁹, donde analiza en profundidad la contratransferencia y su compleja relación con la transferencia.

Little comienza su artículo relatando un caso clínico de un analista de vasta experiencia. El analista, en determinado momento del tratamiento en que su paciente llega angustiado y confundido a una sesión, hace una interpretación y éste la acepta y se alivia. Sin embargo, dos años más tarde, el paciente reflexiona sobre lo que le sucedía en esa sesión y piensa que, siendo la interpretación sustancialmente acertada, era en realidad aplicable al analista. La aceptación de esta interpretación por parte del paciente habría provenido del reconocimiento inconsciente de esto -que era correcta para el analista- y su identificación con él. Lo que Little plantea es que la interpretación dada por el analista puede ser atribuida a la contratransferencia.

La autora destaca que lo poco que se ha escrito sobre la contratransferencia es material dirigido a estudiantes, donde se pone el énfasis en que es potencialmente dañina y en la necesidad de evitarla a través de análisis para el analista.

También señala que el término, ya entonces, es usado para designar diferentes cosas, como la actitud inconsciente del analista hacia el paciente; elementos reprimidos del analista, aún no analizados, que se adhieren al paciente del mismo modo que el paciente transfiere al analista elementos pertenecientes a

⁷⁹ Little, M. (1951) "Counter-transference and the patient's response to it".

objetos de su infancia; o también, la totalidad de las actitudes y conductas del analista hacia su paciente, lo que incluye las anteriores, así como también actitudes conscientes.

Describe como, al escribir su artículo, ella misma se topó con la dificultad de ceñirse a uno de estos significados posibles y que, a pesar de pretender limitarse a la contratransferencia compuesta solamente por elementos reprimidos, que es la que usualmente es vista como fuente de problemas, se da cuenta que no puede dejar de involucrar otros aspectos. Esto la lleva a afirmar que la contratransferencia sería un fenómeno difícil de definir, entre otras razones, porque no es posible observarla directamente, porque sería difícil separarla de la transferencia y, especialmente, porque los analistas tienen, en general, una actitud fóbica o paranoide respecto a ella.

Little señala que, al referirse a la contratransferencia, va a aludir principalmente a los elementos reprimidos de ésta pero que no se limita estrictamente a ellos, sino que también puede incorporar otros elementos de la relación total con el paciente. Y agrega que, aunque para la mayoría de los analistas la contratransferencia es un fenómeno conocido, éstos consideran innecesario, e incluso peligroso, interpretarla, cosa que ella sí se plantea como posibilidad. Piensa que este temor es equivalente al que, alguna vez, se tuvo frente a la transferencia, y la dificultad para hacer uso de ella se relaciona con el mismo efecto que esta tuvo por mucho tiempo, siendo ignorada y negada. Al encontrar su uso correcto, dice, se puede encontrar una herramienta extremadamente valiosa, más aún, indispensable.

Estas ideas son las que han llevado a algunos autores a sostener que Little tiene un planteamiento radical en cuanto al uso de la contratransferencia. Sin embargo, Little es muy cuidadosa en diferenciar lo que ella propone de las

llamadas *confesiones contratransferenciales*, de las que no es partidaria, como veremos más adelante.

Little define la contratransferencia como una formación de compromiso y, en este sentido, sería de la misma índole que, por ejemplo, un síntoma neurótico. La relación completa entre analista y paciente incluiría la transferencia y la contratransferencia tanto normal como patológica, consciente e inconsciente, en una proporción que es variable en tanto incluye siempre aspectos específicos de ambos como individuos. Y destaca que como la contra-transferencia, así como la transferencia, tiene que ver con otra persona, los mecanismos de proyección e introyección son muy importantes.

En un análisis, sostiene la autora, desde un punto de vista dinámico, son los impulsos del ello, tanto del analista como del paciente, los que constituyen la fuerza movilizadora, y piensa que la combinación satisfactoria de ellos dependería de un tipo específico de identificación del analista con el paciente. Conscientemente, y en gran parte inconscientemente también, dice Little, los analistas quieren que sus pacientes mejoren. Sin embargo, también se produce una identificación con el superyó y con el ello del paciente y, por tanto, con cualquier prohibición para mejorar tanto como con un deseo de permanecer enfermo y dependiente. Little piensa, entonces, que el analista desearía tanto curar al paciente como mantenerlo enfermo, y plantea que el éxito de un análisis dependería de la reelaboración satisfactoria de la patología del analista.

Un analista podría entonces dificultar, sin darse cuenta, la recuperación del paciente, así como también “explotar” inconscientemente una relación para su propio beneficio, ya sea libidinal o agresivo. Un paciente se convierte en un objeto de amor para su analista, una persona sobre la cual hay un deseo de

reparación y, para que esto pueda efectivamente hacerse, el analista debe estar dispuesto a que el paciente mejore, se independice y, finalmente, lo deje. Lo que ocurre muchas veces es que el analista, inconscientemente, no está dispuesto a esto, lo que puede tomar formas muy sutiles y que se alían con las propias dificultades del paciente para llegar a estar mejor. Y agrega: “Un paciente cuyo análisis es ‘interminable’ puede entonces ser la víctima del narcisismo de su analista, tanto como su propia y aparente reacción terapéutica negativa puede ser resultado de una contrarresistencia...”⁸⁰.

(comillas en el original)

Volviendo al ejemplo planteado por Little al inicio de su artículo, la autora sostiene que la interpretación más apropiada para un paciente puede ser, por su contratransferencia y contrarresistencia, la que está menos disponible para el analista. Y, por el contrario, la interpretación que está más disponible para el analista puede ser la más apropiada para él mismo más que para el paciente. Little muestra toda la complejidad que puede darse en esta última situación cuando señala que el paciente puede, por temor y sumisión frente a su analista, aceptar la interpretación como correcta la que incluso puede generar un buen efecto. Esto no haría sino fortalecer las resistencias del paciente y prolongar, innecesariamente, el análisis.

Little plantea que se ha enfatizado que resulta fatal para el analista identificarse con su paciente y que la empatía y el desapego son fundamentales en un análisis exitoso. Sin embargo dice, al mismo tiempo, la identificación es la base tanto de la empatía como de la simpatía, y el desapego está basado en la función yoica de examen de realidad y de la introducción de factores como el tiempo y la distancia.

⁸⁰ Little, M. (1951) *op. cit.*; pp. 3 (traducción personal).

El analista necesariamente se identifica con su paciente, en una identificación que es introyectiva, pero hay un intervalo de tiempo que lo separa de la experiencia, que para el paciente es una experiencia inmediata, presente. Esto, señala, es lo que la hace una experiencia del paciente y no del analista. El analista, señala Little, necesariamente se identifica con su paciente, en una identificación que sería introyectiva, pero lo que para el paciente es una experiencia inmediata, presente, para el analista es una experiencia experimentada después de un intervalo de tiempo. Ese intervalo de tiempo es lo que le daría al analista la distancia necesaria para un uso exitoso de la contratransferencia.

Little sostiene que los pacientes severamente perturbados, como los psicóticos, no responden a la situación analítica clásica de un modo común, es decir, desarrollando una transferencia que puede ser interpretada y luego resuelta. En estos casos, afirma, posiblemente la contratransferencia tenga que hacer la totalidad del trabajo y el analista deba permitir, para poder encontrar algo en el paciente con lo que hacer contacto, que tanto sus ideas como la gratificación libidinal derivada de su trabajo hagan una regresión a un nivel extraordinario.

El analista, en este tipo de patologías, se identifica con el ello del paciente -de hecho a veces es difícil encontrar un yo con el cual identificarse- lo que implica que experimenta afectos muy intensos y perturbaciones profundas. Y esto es algo que, en general, puede ser logrado por analistas principiantes, que no temen dar libertad a sus impulsos inconscientes porque por su falta de experiencia no conocen los peligros posibles, o bien por analistas de mucha experiencia.

La transferencia y la contratransferencia, destaca la autora, así como el trabajo analítico como un todo, son el resultado de un esfuerzo articulado entre el paciente y el analista. Así como se habla del espejo que el analista le muestra al paciente, Little dice que también el paciente le muestra un espejo al analista y que, a medida que el análisis avanza, estos espejos, cuyos reflejos están en constante modificación, van aclarándose progresivamente. La claridad creciente en uno de los espejos, agrega, lleva a la necesidad de una claridad correspondiente en el otro.

La ambivalencia del paciente lo lleva, por una parte, a tratar de quebrar las contrarresistencias del analista y, por otra, a identificarse con él en este sentido y usarlas como si fueran propias. Es por esto, insiste Little, que darle al paciente una interpretación “correcta” es tan importante.

Cuando sucede lo contrario, y el analista da una interpretación a destiempo o incorrecta, no basta con dar una interpretación correcta posteriormente. Little señala que “No sólo debería admitirse el error (y el paciente tiene derecho no sólo a expresar su rabia, sino también a alguna muestra de arrepentimiento de parte del analista por su ocurrencia, tanto como por la ocurrencia de un error en su cuenta o en la hora de la sesión), sino que su origen en la contratransferencia inconsciente debe ser explicado, a menos que haya una contraindicación definitiva para hacerlo, en cuyo caso debería posponerse hasta que llegue un momento más propicio, que de seguro llegará. Tal explicación puede ser esencial para el progreso del análisis...”⁸¹.

Little sostuvo que esto sólo tendría resultados beneficiosos en tanto incrementaría la confianza en la honestidad del analista, mostrándolo como

⁸¹ Little, M. (1951) *op. cit.*; pp. 37 (traducción personal).

un ser humano capaz de reconocer errores. Enfatiza que no se trata de hacer interpretaciones contratransferenciales descuidadamente, sino de no evitarlas activamente así como tampoco restringirlas a sentimientos justificados u objetivos, como sugiere Winnicott en su primer artículo⁸². Recomienda mostrar al paciente la subjetividad de los sentimientos, pero no su origen actual, lo que las diferenciaría de una confesión.

Para la autora, hay un momento en todo análisis en que se hace necesario que el paciente reconozca la existencia no sólo de sentimientos objetivos y justificados en el analista, sino también de sentimientos subjetivos "...esto es, que el analista desarrolla, y debe hacerlo, una contratransferencia inconsciente la que, sin embargo, es capaz de manejar de tal modo que no interfiere seriamente con los intereses del paciente, especialmente con el progreso de la cura"⁸³.

El reconocimiento de sentimientos en el analista, dice Little, varía de un análisis a otro, pero más bien pertenece a las últimas etapas de tratamiento porque de otro modo aumentaría la ansiedad del paciente. La autora piensa que se ha puesto mucho énfasis en las fantasías inconscientes de los pacientes acerca de sus analistas, y frecuentemente se pasa por alto que ellos llegan a conocer una gran porción de verdad acerca de ellos y esto, subraya, no es algo que pueda ser evitado. Un paciente puede llegar a tener consciencia de sentimientos reales en su analista incluso antes que el analista mismo se de cuenta que los tiene.

La sugerencia de más análisis para el analista frente a las dificultades contratransferenciales es para Little, en el mejor de los casos, incompleta en

⁸² Winnicott, D.W. (1949) *op. cit.*

⁸³ Little, M. (1951) *op. cit.*; pp. 37 (traducción personal).

tanto las contratransferencias inconscientes infantiles siempre van a estar presentes. El análisis no llega a alcanzar la totalidad del yo inconsciente; basta tener presente que incluso la persona más cabalmente analizada todavía sueña, nos recuerda. Para Little, la mayor dificultad y el mayor peligro de la contratransferencia reside en la actitud paranoide o fóbica que pueden tener hacia ella los analistas. La contratransferencia, del mismo modo que la transferencia, es esencial para el análisis y no puede ser evitada.

Little, del mismo modo que Heimann, Racker y Winnicott, señaló la importancia del uso correcto de la contratransferencia en el trabajo analítico, sin dejar de reconocer que puede constituir un serio obstáculo. Subrayó el hecho que la relación analítica incluye la transferencia y la contratransferencia tanto normal como patológica, y abrió el campo a considerar el aporte de la psicología del analista al señalar que el paciente es un objeto de amor para él.

Asimismo, aportó la visión que el analista no sólo se identifica con el yo del paciente sino también con las otras instancias de su aparato psíquico, por lo que puede identificarse no solamente con los deseos de éste de mejorar, sino también con sus deseos de permanecer enfermo, desbaratando así el mito del analista que sólo desea curar al paciente. Finalmente, en una línea similar a los planteamientos de Winnicott, destacó la importancia de la contratransferencia en el trabajo con aquellos pacientes que tienen perturbaciones más serias, y destacó la regresión que debe poder hacer el analista para poder hacer contacto con el paciente.

5.3 ANNIE REICH

Annie Reich conceptualizó la contratransferencia desde una perspectiva un tanto diferente de la que tuvieron algunos de sus contemporáneos, planteándola en un sentido estricto, es decir, solamente como un elemento inconsciente que es un factor de perturbación pero, al mismo tiempo consideró que era una parte indispensable del trabajo analítico. Para ella la contratransferencia es “...un requisito necesario del análisis. Si no existe, se pierden el talento y el interés necesarios. Pero tiene que permanecer en la penumbra y en el trasfondo”⁸⁴. (el subrayado es nuestro)

En este sentido, señala, un analista puede gustar o no de su paciente pero, en tanto estos sentimientos sean conscientes, no tienen nada que ver con la contratransferencia. “La contra-transferencia entonces incluye los efectos de las propias necesidades y conflictos inconscientes del analista sobre su entendimiento o su técnica. En tales casos el paciente representa para el analista un objeto del pasado en el que se proyectan sentimientos y deseos también del pasado, tal como sucede en la situación transferencial del paciente con el analista...esto es contra-transferencia en el sentido correcto”⁸⁵.

Reich concibe el inconsciente del analista como la herramienta que permite la comprensión en la situación analítica. Plantea que la comprensión del material no se basa solamente en conclusiones lógicas ni es resultado de un proceso activo de pensamiento, sino que corresponde a un tipo de entendimiento de los problemas del paciente al que se accede a través del propio inconsciente. “La evidencia de lo que está ocurriendo en la mente del

⁸⁴ Reich, A. (1951) “On countertransference”; pp. 31 (traducción personal).

⁸⁵ Reich, A. (1951) *op. cit.*; pp. 26 (traducción personal).

paciente, entonces, está basada en darse cuenta de lo que está ocurriendo en la propia mente del analista”⁸⁶, dice. Reich sostiene que Freud se refería a esto cuando planteó la atención libremente flotante ya que apuntaba a que el inconsciente del analista debía absorber el material del paciente sin la censura propia al pensamiento racional, para así poder vincular el material actual del paciente con material previo que tuviera alguna conexión o bien permitiera explicarlo.

Escuchar de este modo al paciente no siempre es posible para el analista, indica, quién puede verse interferido por sus propias razones las que pueden tener relación con preocupaciones, con dificultad frente a ciertos temas, con incapacidad de identificarse con el paciente, o con tener que identificarse a tal punto que no pueda tomar distancia nuevamente, entre otras.

Para lograr la comunicación descrita el analista requiere identificarse con el paciente de un modo que es parcial y, además, breve ya que debe ser capaz de volver a su postura externa, tomando la distancia necesaria para ser capaz de evaluar con objetividad lo que ha sido sentido desde su interior. El analista debe además ser el objeto de la transferencia del paciente, es decir, tiene que ser la pantalla sobre la cual éste proyectará. Para que esto pueda ocurrir, debe permanecer neutral debiendo tolerar emociones como amor, agresión, seducción, adulación, etc., sin responder a ellas.

Esto plantea una tarea muy compleja para el analista quien tiene que compenetrarse mucho con el paciente para entenderlo pero, al mismo tiempo, no debe permanecer involucrado. La autora sostiene que sería imposible para el analista cumplir con estos requisitos si no hubiera, previamente,

⁸⁶ Reich, A. (1951) *op. cit*; pp. 25 (traducción personal).

enfrentado su propio inconsciente, es decir, no se haya analizado previamente.

La neutralidad, indica Reich, no implica no tener una relación con el paciente. Se espera que el analista esté interesado por su paciente y tenga una disposición amistosa a ayudarlo. Cuando los sentimientos hacia el paciente aumentan en intensidad puede pensarse que han intervenido los sentimientos inconscientes del analista, sus propias transferencias hacia el paciente, es decir, sus contratransferencias.

La contratransferencia puede manifestarse de diferentes formas. Aquellas formas de contratransferencia que son **agudas**, son más fáciles de manejar que cuando son más **permanentes**, que constituyen la mayoría, y que son consecuencia de dificultades de personalidad del analista para las cuales la única solución es más análisis. Estas dos formas de las manifestaciones contratransferenciales pueden compararse, dice Reich, con los síntomas histéricos incidentales, en contraste con aquellas distorsiones de carácter que son permanentes. Desde luego, la separación entre estos dos tipos de fenómenos es sólo esquemática.

Una de las formas más frecuentes de contratransferencia es la que corresponde a la identificación con el paciente en el que éste refleja los propios impulsos reprimidos del analista. Muchas veces el paciente, agrega Reich, se convierte en el espejo que refleja algo que es intolerable para el analista. Una de las más simples y directas manifestaciones de contratransferencia, el interés sexual por el paciente, puede ser resultado de una identificación con éste.

En ocasiones, se producen reacciones contratransferenciales que son provocadas por el contenido del material que aporta el paciente, en cambio otras, las perturbaciones son de una naturaleza mucho más general. Reich menciona dos casos en que pudo observar una identificación inconsciente con el paciente, por el hecho de estar en la posición de paciente, y expresó un deseo pasivo masoquista del analista de estar en el lugar del paciente. Estos ejemplos de manifestaciones contratransferenciales no representan episodios aislados sino que reflejan dificultades neuróticas del analista y representan serios handicaps para el analista.

Muchas veces las dificultades contratransferenciales son sólo una expresión de un problema general de carácter del analista. Por ejemplo, agresión inconsciente puede causar que el analista sea sobre-conciliador, dubitativo e incapaz de ser firme cuando es necesario; sentimientos de culpa inconscientes pueden expresarse, por ejemplo, como aburrimiento. En ocasiones el analista puede tener una actitud paranoide hacia su paciente, que le haga ver “la paja en el ojo ajeno”. Esto puede llegar a degenerar, dice la autora, en una completa proyección de sus propios contenidos sobre el paciente o bien, pueden quedar en el plano de la utilidad y ayudar al analista a desarrollar un buen olfato para ciertos contenidos en particular.

La autora señala que muchas veces los problemas de carácter del analista pueden haber creado el interés por el análisis y, en este sentido, considera importante distinguir si un fenómeno es genuinamente contratransferencial, o más bien pertenece al grupo del uso del análisis para fines de *acting-out* del analista. En la misma línea, el analista también puede hacer un mal uso del análisis, empleándolo para obtener gratificaciones narcisísticas y reaseguramiento. Reich considera que, en estas situaciones, el paciente no constituye un objeto real para el analista, sino más bien una herramienta que

le permite resolver una situación determinada, lo que habría llevado a Fenichel a plantear que el paciente es usado por el analista como un testigo frente al cuál el analista tiene que probar algo.

Reich sostiene que la contratransferencia ejerce una presión sobre el analista que lo empujaría a actuar de alguna manera, ya que los afectos que se movilizan en él contendrían toda la carga de los impulsos reprimidos. Actuar puede significar para la autora una acción real del analista, pero también se refiere a cuando las emociones son muy intensas, cuando se producen malos entendidos o bloqueos, por ejemplo.

Los fenómenos descritos interfieren con la capacidad del analista para entender, responder y manejar a su paciente, así como para interpretar correctamente. Sin embargo, Reich hace notar la facilidad con que un obstáculo puede tornarse algo útil, así como lo contrario, es decir, que un aspecto positivo pueda convertirse en algo entorpecedor. Destaca, en este sentido, que el talento y la patología serían dos caras de una misma cosa.

Las ideas de Reich respecto a la contratransferencia frecuentemente han sido ubicadas en el polo de la concepción estricta de esta. Y así lo demuestran sus afirmaciones acerca de la contratransferencia como un factor inconsciente, que la autora hace equivalente a la transferencia del paciente con su analista, y que es perturbador en la medida que afecta su comprensión y su manera de trabajar. Jacobs señala que sus planteamientos solidificaron la opinión que la contratransferencia era un problema y durante muchos años no se habló del tema. La sola palabra ya tenía un cierto estigma y, como supuestamente los buenos analistas tenían poca contratransferencia, los candidatos a analistas tenían temor de reconocer su existencia en sus presentaciones e informes.

Sin embargo, nos parece que la postura de Reich es curiosa porque, al mismo tiempo que sostiene una concepción de la contratransferencia como un factor perturbador, señala que, si bien debe permanecer en el trasfondo, es indispensable y, más aún, sería un requisito necesario del análisis. La pregunta surge de inmediato: ¿por qué la autora considera necesario e indispensable algo que ella califica como un obstáculo que produce una perturbación en el trabajo analítico?

Nos parece que la respuesta a esta aparente contradicción de Reich reside en que la autora intenta ser fiel a los planteamientos hechos por Freud respecto a la contratransferencia pero al mismo tiempo incorpora, también con fidelidad al maestro, la idea que el analista no basa su comprensión solamente en lo que le pueda brindar su racionalidad, sino que su propio inconsciente constituye una herramienta en ese sentido.

Esto permitiría entender su concepción de la contratransferencia simultáneamente como obstáculo y como requisito necesario, ya que en la medida en que el analista tenga un inconsciente la contratransferencia siempre va a existir. No podemos pretender eliminarla, como no podríamos pretender eliminar el inconsciente, aunque la postura de Reich se basa en una contratransferencia que no debería pasar a primer plano sin constituir un problema. Cuando Reich señala que si no existiese la contratransferencia faltarían el talento y el interés necesarios, apunta básicamente a lo mismo que subraya Little cuando dice que sin una contratransferencia inconsciente no habría empatía ni habría análisis⁸⁷.

⁸⁷ Little, M. (1951) *op. cit.*

Relacionado con lo anterior, Reich puso en relieve, quizás más que otros autores la compleja tarea que enfrenta el analista al tratar de conectarse íntimamente con su paciente y tolerar las emociones que éste le proyecta, sin perder una distancia adecuada. Dentro de esta distancia adecuada, Reich habla del *interés* del analista por el paciente y de una *disposición amistosa a ayudarlo*, que tiene familiaridad con los conceptos de *actitud profesional* de Winnicott y de *preocupación* de kernberg. Reich también aludió a la presión a actuar que ejerce sobre el analista la carga de los impulsos reprimidos por el paciente, con lo que se adelanta a lo que otros autores plantearían muchos años más tarde: el concepto de *enactment*.

Finalmente, esta autora hace una diferenciación interesante y valiosa entre la contratransferencia y lo que ella llama el *acting out* del analista, que ocurriría cuando se elige la labor analítica para satisfacción de un rasgo de carácter del analista, pudiendo incluso haber un *uso* del paciente lo que, en nuestra opinión, nos situaría en el terreno de lo perverso.

5.4 MAXWELL GITELSON

Gitelson publicó un ensayo sobre contratransferencia en el año 1952, en el *International Journal of Psychoanalysis*, que tituló “*La posición emocional del analista en la situación psicoanalítica*”. Gitelson comienza su trabajo planteando que los variados fenómenos clínicos llamados contratransferencia ocurren en la situación analítica, la que puede ser definida como “...la configuración total de relaciones y eventos interpersonales que se desarrollan entre el analista y su paciente”⁸⁸. El aporte del paciente es la transferencia y la técnica clásica apunta a que ésta se resuelva sistemáticamente a través del análisis. Esta postura está basada en que el analista es una figura neutral para el paciente, sobre el que éste desplaza sus relaciones de objeto significativas.

Sin embargo, señala, hay conciencia entre los analistas de las desviaciones que se dan respecto a esto en la práctica y agrega que se observa, incluso en analistas de experiencia, la intrusión de emociones y actitudes hacia el paciente que afectan la configuración de la situación analítica. Los desarrollos recientes, dice, a partir del trabajo con pacientes borderline y esquizofrénicos, han puesto en relieve la importancia del analista como un objeto real, lo que hace necesario considerar al rol actual del analista en la situación analítica.

El autor recuerda que el término contratransferencia originalmente fue usado para designar las reacciones emocionales del analista respecto a la transferencia del paciente. Se lo consideró un factor perturbador en tanto interfería con la neutralidad, así como con la capacidad para mantener la

⁸⁸ Gitelson, M. (1952) “The emotional position of the analyst in the psycho-analytic situation”; pp. 1 (traducción personal).

atención libremente flotante, que sería lo que permite recordar, entender e interpretar correctamente. El analista, entonces, no debía involucrarse emocionalmente para poder ver al paciente correctamente. Nada debía ocurrir en la realidad actual que interfiriera con el despliegue de la transferencia como algo irracional que se repite. Estos, explica, son aún los principios que guían la técnica psicoanalítica clásica y para ello el analista debe analizarse, preservar su anonimato y separar su afectividad de la del paciente.

Esto, sin embargo, constituye un ideal, ya que el análisis tiene el sello de la humanidad y el estilo personal del analista y el campo de la transferencia es contaminado por una serie de factores. Es difícil entonces, dice, tener certeza de a qué nos referimos cuando hablamos de situación transferencial. Estrictamente hablando, se refiere a lo que es recapitulado desde la infancia, sin embargo sostiene que también es usada para referirse a sentimientos y actitudes que el paciente trae al análisis desde otras fuentes. Gitelson plantea que el paciente reacciona, válidamente o no, frente al reconocimiento del analista como persona y frente a las actitudes de éste frente a él.

Para Gitelson hay una amplia variedad de reacciones del paciente y del analista que son designadas respectivamente como transferencia y contratransferencia y sostiene que, aunque el analista cumpla con el requisito básico de estar bien analizado, aún así puede llevar a la situación analítica factores emocionales interferentes o perturbadores. El analista, así como el paciente, llega a la situación analítica con su propia cuota de actitudes no racionales y, en la fase inicial de cualquier análisis, lo confronta con problemas similares a los que enfrenta en cualquier otra situación interpersonal nueva.

En un analista calificado, explica, se espera encontrar un sistema de comunicación emocional abierto entre los distintos aspectos de su carácter y personalidad y debería haber un proceso fluido de chequeo y balance entre sus tendencias instintivas y defensivas. La idea es que el analista esté en un estado de equilibrio y control flexible, no rígido, y en un estado espontáneo de auto-análisis.

Para el autor, en la situación analítica, el auto-análisis está constantemente siendo integrado con los eventos y procesos del análisis de sus pacientes. Habría, entonces, un “tercer oído” del analista, dirigido hacia sí mismo, que continuamente resuelve las emociones perturbadoras, al mismo tiempo que hace frente a aquellas en el paciente. Para Gitelson, esto es quizás la calificación técnica más importante del analista.

Piensa que ningún analista ingresa al análisis de otra persona sin potencialidades residuales de reacción respecto al paciente, al material, a la transferencia, o a la actitud hacia él como una persona real. Estos potenciales de reacción se relacionan con el hecho, mencionado por Freud, de que el análisis es interminable. El paciente, inevitablemente, toca potenciales transferenciales o aspectos aún vulnerables del analista.

En algunos casos, frente a un paciente determinado, el analista desarrolla lo que Gitelson llama *reacciones al paciente como totalidad*, que son reacciones al paciente como persona. Este tipo de reacciones no son consideradas por él como contratransferencia, porque piensa que se deben a que el paciente se ha convertido, completamente, en un objeto transferencial para el analista y deben, por tanto, ser consideradas *transferencias* del analista. Se caracterizan por involucrar la totalidad de la relación entre paciente y analista y, además, por su precocidad en aparecer. Cuando esto ocurre, señala, el

analista no está entrando a la situación como analista, ni la relación se establece como una situación psicoanalítica.

Gitelson destaca algo importante cuando plantea que lo anterior es válido tanto para sentimientos negativos como positivos. Sin embargo, dice, los sentimientos positivos pueden ser más perturbadores que los negativos. Recomienda cautela, por ejemplo, frente al entusiasmo por un paciente que, enmascarado bajo el cliché de contratransferencia positiva, puede ser el reverso de una transferencia erotizada cuyo sentido es defensivo.

Cuando estas reacciones totales frente al paciente ocurren, el analista no es adecuado para tratar a ese paciente, el que sí puede ser ayudado por otra persona, y debe descalificarse.

Gitelson considera contratransferencia a aquellas reacciones del analista que son frente a aspectos parciales del paciente, que aparecen más tarde, cuando la relación analítica ya se ha establecido. Son reacciones frente a la transferencia del paciente, al material, y, también, frente a las reacciones de éste al analista como persona. Piensa que las producciones de los pacientes, sus defensas y sus transferencias siempre están afectando el inconsciente y el sistema defensivo del analista. Esto, señala, es consecuencia de que el análisis es interminable, y nadie está final y perfectamente analizado.

Lo que presenta más dificultades para el analista son aquellas reacciones a material del paciente que toca aspectos vulnerables de sus defensas caracterológicas, dice el autor, las que probablemente sean enmascaradas por racionalizaciones. Sin embargo, también ve la contratransferencia como una oportunidad de crecimiento para el analista: “Una reacción contratransferencial, si el analista está suficientemente abierto para

analizarla, puede ser una experiencia integrativa a lo largo del largo camino del análisis interminable. Tales reacciones parecen ser defensas contra lo que el analista descubre de sí mismo en, y a través, del paciente”⁸⁹.

Para Gitelson “La aceptación emocional real del paciente, por parte del analista, consiste en su aceptación de su propia comunidad inconsciente con él. Uno debe concluir que el analista como una mera pantalla no existe”⁹⁰. Sostiene que al analista no puede negar su personalidad ni tampoco su papel como un factor significativo de la situación analítica, pero que esto no quiere decir que su personalidad se convierta en el instrumento central de la terapia.

Para Gitelson la contratransferencia es un hecho del análisis independientemente de lo bien analizado que pueda encontrarse el analista. Es uno de los autores que pone más énfasis en el autoanálisis, planteándolo como un proceso espontáneo que debe ir realizando el analista, el que debe ser integrado con los procesos de análisis de sus pacientes. El analista debe, en este sentido, mantener una parte de su atención dirigida hacia sí mismo, sin que llegue a ser su personalidad la que adquiere mayor relevancia en el análisis. El analista es así un participante vital en el análisis y estar abierto a su propio análisis e integración, sería para Gitelson lo que permite el contacto real con el paciente y que éste, entonces, sienta que no está sólo.

⁸⁹ Gitelson, M. (1952) *op. cit*; pp. 7 (traducción personal).

⁹⁰ Gitelson, M. (1952) *op. cit*; pp. 7 (traducción personal).

5.5 R.E. MONEY-KYRLE

Money-Kyrle publicó en 1956 un artículo en el *International Journal of Psychoanalysis*, donde realizó un estudio sobre la contratransferencia. La planteó como un aspecto normal del proceso analítico que puede sufrir desviaciones que lleguen a interferirlo e incluso lo detengan. No obstante, cuando logran ser debidamente analizadas el proceso puede retomar su curso. Incorpora en su examen conceptos nuevos para la época como el de identificación introyectiva e identificación proyectiva, sobre los que había estado trabajando especialmente Melanie Klein.

Sostiene que la contratransferencia se vio primero como una perturbación personal del analista, el que debía analizarse, para luego pasar a considerar que tenía su causa en el paciente y, por tanto, era éste quién debía analizarse. Piensa que la contratransferencia, como un impedimento serio y como algo que puede ser usado útilmente, son dos aspectos reales del fenómeno y enfoca el problema desde el punto de vista de qué es lo que se considera contratransferencia normal, y cómo y bajo qué circunstancias se perturba.

El autor sostiene que, para él, la actitud correcta o normal del analista hacia su paciente, que Freud denominó neutralidad benevolente, tiene que ver con ocuparse del bienestar del paciente sin involucrarse emocionalmente en sus conflictos. Esto, que constituye un ideal, proviene de la fusión de dos impulsos básicos que son normales: una disposición paternal, por una parte, y tendencias reparatorias que contrarrestan la destructividad presente en cada uno de nosotros, por otra. Para el analista el paciente representa, aunque no únicamente, un niño, es decir, un aspecto temprano de su self con

el que se identifica. Es de esta identificación parcial, dice Money-Kyrle, que dependen la empatía y el insight, que son diferentes del conocimiento teórico.

Incorpora los desarrollos de Melanie Klein sobre el concepto de identificación, planteando que ésta puede ser introyectiva o proyectiva, y sugiere que, cuando un análisis cursa bien, se produce una rápida oscilación entre introyección y proyección. A medida que el paciente habla, dice Money-Kyrle, "...el analista se identificará introyectivamente con él y habiéndolo comprendido, dentro de sí, lo re proyectará interpretando"⁹¹. En un sentido ideal, si el paciente recibe interpretaciones efectivas, responderá con nuevas asociaciones que serán a su vez comprendidas por el analista. Para Money-Kyrle, mientras el analista comprenda, este círculo virtuoso persiste.

Lo anterior le permite al analista, dice, experimentar un sentimiento de ayuda comprensiva que satisface su curiosidad, así como la necesidad de reparación mencionada, y agrega: "Lo que asegura la progresión del proceso analítico está precisamente basado en el hecho que con cada incorporación de las emociones del paciente va pudiendo dar expresión a sus propias fantasías inconscientes"⁹². En esta relación satisfactoria, que el autor llama "normal", "...los sentimientos contratrtransferenciales del analista estarán determinados por la empatía con el paciente en la cuál se basa su 'insight'"⁹³.

Si embargo, el analista no comprende ininterrumpidamente y esto se debe a diferentes razones: puede ser que se trate de un paciente que coopera poco o, por ejemplo, que el material se encuentre muy próximo a situaciones que el analista todavía teme porque no ha sido suficientemente comprendido. Estas

⁹¹ Money-Kyrle, R.E. (1956) "Contratrtransferencia normal y algunas de sus desviaciones"; pp. 3.

⁹² Money-Kyrle, R.E. (1956) *op. cit.*; pp. 13.

⁹³ Money-Kyrle, R.E. (1956) *op. cit.*; pp. 3.

detenciones en la comprensión son reconocidas porque se siente que el material es oscuro y que se ha perdido el hilo conductor, explica, y esto genera una situación de tensión tanto en el analista como en el paciente. En este caso se produce un círculo vicioso, ya que la tensión genera ansiedad, lo que dificulta aún más la comprensión.

El surgimiento de esta dinámica sería lo que produce desviaciones de los sentimientos contratransferenciales normales, e involucraría tres factores: La perturbación emocional del analista, el aspecto del paciente que puso en marcha esta perturbación, y cómo esta actúa finalmente sobre el paciente.

En la perturbación emocional del analista, y específicamente en la vivencia que tenga de ella, tiene un papel central el superyó de éste. Según su nivel de severidad, va a permitir que tolere sus limitaciones, y que pueda por esta vía restablecer el contacto con el paciente, o bien va a generar persecución, depresión o recriminaciones defensivas dirigidas hacia éste.

Cuando el interjuego entre introyección y proyección se detiene, explica el autor, el analista queda fijado en una posición que puede ser introyectiva o proyectiva, dependiendo de lo que logre hacer con sus sentimientos de culpa. Si queda fijado en la fase introyectiva, por ejemplo, el analista puede sentir excesiva preocupación por su paciente. Lo que debe hacer para salir de esa situación es hacer una elaboración que le permita, en primer lugar, hacer conscientes sus propias fantasías, reconocer sus causas, separar las del paciente de las de él mismo y también evaluar su efecto en éste.

De esta manera la contratransferencia realmente operaría como un sofisticado aparato receptor que permitiría, si se puede elaborar adecuadamente, que el analista ordene las cosas en su mente y haga interpretaciones efectivas. Si

el analista no logra comprender la perturbación respecto de un paciente, sus impulsos reparatorios no encuentran salida. Entonces, puede sentirse inclinado ya sea a dar cierta forma de amor al paciente o bien, a tornarse hostil frente a él. En cualquiera de los dos casos, las interpretaciones que haga sólo van a estar basadas en sus conocimientos teóricos ya que habrá perdido, temporalmente, su intuición.

Finalmente plantea que estos estados en que los sentimientos del analista están perturbados, son aquellos en que puede analizar sus propias reacciones, aumentar su “insight”, disminuir las dificultades, y conocer más a su paciente.

Money-Kyrle dio un paso importante al considerar de un modo más específico los procesos de identificación, introyección y proyección que se dan en el analista respecto a su paciente, así como al considerar no sólo los sentimientos que pueden surgir en el analista, sino también la manera como esos sentimientos van a ser recibidos o tolerados de acuerdo a las características de su personalidad.

VI LA CONCEPCIÓN CLÁSICA Y LA CONCEPCIÓN TOTAL DE LA CONTRATRANSFERENCIA

Hemos revisado hasta aquí el concepto de contratransferencia desde que fue conceptualizado originalmente por Freud, en 1910, hasta los planteamientos que dieron un completo giro al tema, en los años cincuenta, incluyendo el amplio grupo de trabajos que se realizaron en el intertanto. En los trabajos de los años cincuenta, se consolidó algo que se venía gestando desde muy poco después que Freud acuñó el término, pero que no había logrado alcanzar a tomar cuerpo. Había permanecido más bien al modo de aportes individuales que no pudieron ir siendo integrados unos con otros.

En la segunda mitad del siglo, el tema se puso sobre la mesa amplia y directamente y comenzó a pensarse en ella, explícitamente, como una herramienta útil para trabajar y no sólo como una piedra en el camino. Los analistas perdieron, probablemente para siempre, su status de personas sanas que analizaban enfermos y que podían permanecer fuera del campo de estudio de la situación analítica, lo que los situó en una nueva perspectiva y abrió paso a preguntarse por el aporte a ella tanto del analista como de su personalidad.

Aún dentro de esta “revolución” siempre existieron diferentes posturas, como se desprende de la lectura de los aportes de algunos contemporáneos de Heimann y Racker, y hubo autores que, aún habiéndose abierto al tema, conservaron una línea más cercana a la visión original de Freud de la contratransferencia concebida fundamentalmente como un obstáculo que hay que dominar.

Jacobs nos dice, respecto a este tema, que se produjeron énfasis diferentes entre los analistas americanos y los europeos como producto de sus circunstancias históricas. Señala que, con posterioridad a la segunda guerra mundial, el psicoanálisis en Estados Unidos estuvo liderado por los analistas europeos que emigraron, quienes tenían vínculos muy estrechos con Freud y su círculo cercano. Por esta razón que se habría producido una tendencia a querer preservar el conocimiento psicoanalítico tal cual ellos lo habían recibido, manteniéndose más bien cerrados a ideas diferentes. Esto no habría ocurrido en los analistas que permanecieron en Europa, los que sí se habrían abierto a explorar nuevos desarrollos.

Es por esto, explica, que las ideas de Melanie Klein, por ejemplo, fueron consideradas fuertemente especulativas en Estados Unidos y se las estudió poco durante muchos años, y sería una de las razones que permite entender que los analistas americanos, en general, estuvieron durante bastante tiempo apegados a una visión estricta de la contratransferencia enfatizándola como un problema, como había sostenido Freud en sus escritos⁹⁴. Para la Psicología del Yo, por ejemplo, el analista trabaja, por lo menos idealmente, desde un área libre de conflicto y la contratransferencia es precisamente un obstáculo a este tipo de funcionamiento⁹⁵. En cambio, los europeos se fueron abriendo a considerarla con mayor amplitud y comenzaron a conceptualizarla como una herramienta.

De este modo se fueron perfilando dos grandes tendencias respecto a la contratransferencia. Por una parte se encontraban aquellos que la consideraban en su sentido más estricto, inconsciente, como respuesta a la transferencia del paciente solamente, y constituyendo un obstáculo para el

⁹⁴ Jacobs, T. (1999) *op. cit.*

⁹⁵ Hinshelwood, R.D. (2001) "La Contratransferencia".

trabajo, y, por otra, quienes pensaban que incluía también aspectos conscientes y que podía ser utilizada como una herramienta en el análisis. Otto Kernberg⁹⁶, señaló la existencia de estas dos posturas básicas respecto a la contratransferencia y buscó un modelo que le permitiera integrarlas.

Kernberg plantea que existen dos enfoques opuestos sobre la contratransferencia. En un extremo se encontraría el enfoque *clásico*, donde ubica a los autores que tienen una visión sobre la contratransferencia que es más circunscrita, que la concibe como una reacción inconsciente del analista ante la transferencia del paciente, que tiene su fuente principal en los conflictos neuróticos del analista y debe ser resuelta. En el otro, se ubicaría lo que él denomina enfoque *totalístico*, con una visión más amplia y con aplicación técnica, cuyos autores consideran que la contratransferencia es la totalidad de la respuesta del analista frente al paciente, incluye las reacciones conscientes e inconscientes frente a la realidad del paciente y su transferencia y, si bien considera que debe resolverse, sostiene que es útil para profundizar la comprensión del paciente⁹⁷.

Dentro de los autores que hemos mencionado en este trabajo, Reich, Glover, Fliess y hasta cierto punto Gitelson, son considerados por Kernberg como parte del enfoque clásico y, por otra parte, Heimann, Racker y Winnicott pertenecerían al enfoque totalístico. A Margaret Little la sitúa una posición especial en tanto su definición de contratransferencia se ajusta al enfoque clásico, sin embargo ella considera que en algunas situaciones puede ser comunicada al paciente, lo que la ubicaría en uno de los extremos más radicales del enfoque totalístico. Si bien muchos autores que se han involucrado en el tema, como Little, no son fácilmente clasificables, en la

⁹⁶ Kernberg, O. (1975) *op. cit.*

⁹⁷ Kernberg, O. (1975) *op. cit.*

mayoría de ellos podemos reconocer lineamientos básicos que adscriben a una de estas dos posturas: la contratransferencia principalmente como un obstáculo, y la contratransferencia como una herramienta valiosa en el trabajo analítico.

Los autores de ambos enfoques se han criticado mutuamente y es así como se ha señalado, dice Kernberg, que la contratransferencia en un sentido amplio, como todas las reacciones emocionales del analista, genera confusión y hace que pierda su significado específico. También existe aprensión respecto al papel exagerado que se podría llegar a otorgar a la participación de la personalidad del analista en el proceso.

Thomä et al. completan las críticas mencionadas por Kernberg a la concepción amplia de la contratransferencia, señalando que puede llevar a los analistas a interpretar a partir de sus sentimientos sin preocuparse de verificar la validez de esas interpretaciones en la situación analítica. Recordemos que este es un punto que preocupó a Paula Heimann y la llevó a reconsiderar su postura en su segundo artículo⁹⁸.

Por otra parte, la contratransferencia concebida en un sentido estricto, puede desdibujar su importancia porque se la juzga como si fuera algo equivocado, lo que puede fomentar en el analista una actitud fóbica respecto de sus propias reacciones emocionales limitando así su comprensión. Al no considerar la realidad del paciente y las reacciones emocionales del analista, en la visión clásica se perdería información de gran valor sobre la comunicación no verbal entre ambos. Por último, y en la misma línea, se señala que los pacientes con problemas caracterológicos graves y los

⁹⁸ Heimann, P. (1960) *op. cit.*

pacientes con organizaciones borderline y psicóticas, por las características de la transferencia que hacen, provocan reacciones contratransferenciales intensas que pueden revelar información sobre aspectos esenciales del paciente y esto tampoco podría ser tomado en cuenta.

En relación al último punto, si bien varios autores habían mencionado que la contratransferencia en pacientes con trastornos más serios no era igual a la de los pacientes neuróticos, y tenía características particulares, Kernberg subraya un elemento muy interesante que no había sido planteado antes con tanta claridad: el valor de la contratransferencia en cuanto *instrumento diagnóstico*.

El autor sostiene que, a medida que avanzamos desde el polo neurótico hacia el polo psicótico de la psicopatología, la transferencia del paciente tiene mayor peso que la personalidad del analista en la génesis de la contratransferencia. Señala: “Al tratar pacientes fronterizos o muy regresivos...el analista tiende a experimentar desde etapas relativamente tempranas de la terapia, fuertes reacciones emocionales vinculadas con la prematura, intensa y caótica transferencia del paciente y con su propia capacidad para soportar la ansiedad y la tensión psicológica, más que con cualquier problema específico de su pasado”⁹⁹.

Y agrega: “Aunque el reconocimiento y manejo de la contratransferencia son esenciales en la conducción de cualquier psicoterapia, la atención a la contratransferencia adquiere gran importancia en el trabajo con pacientes borderline. Como los pacientes borderline utilizan defensas de un modo tal que provocan estados emocionales en su terapeuta, las reacciones

⁹⁹ Kernberg, O. (1975) *op. cit*; pp. 61.

contratransferenciales a menudo se desarrollan rápidamente, con gran inmediatez e intensidad”; “El terapeuta que trabaja con pacientes borderline debe llegar a ser diestro en identificar y manejar sus reacciones contratransferenciales y debe aprender a confiar en ellas como fuente de información para comprender al paciente”¹⁰⁰.

En cambio, en los pacientes que sufren de neurosis sintomáticas o desórdenes caracterológicos menos graves, dice Kernberg, pueden presentarse reacciones intensas en el analista pero en este caso son reacciones temporales, que generalmente surgen después de pasado el período inicial y que no amenazan su neutralidad como sí lo hacen las reacciones contratransferenciales intensas que gatillan los pacientes con problemas más serios. El autor advierte que se debe ser cuidadoso en no atribuir toda dificultad con un paciente a problemas en el ámbito de la contratransferencia, particularmente si es un paciente difícil. No debe dejar de tenerse presente que la falta de experiencia y la falta de conocimientos de parte del analista puede hacer el camino muy difícil.

Es decir, Kernberg subraya que la contratransferencia, para quienes piensan en ella como un instrumento, entregaría importante información sobre el nivel de regresión de un paciente y sobre sus emociones frente al analista lo que tendría un importante valor diagnóstico, además de permitir al analista tener un contacto profundo con lo que le sucede a su paciente.

Si bien este planteamiento de Kernberg es ampliamente aceptado por los analistas, hay quienes también señalan que respuestas contratransferenciales intensas no serían privativas de pacientes más

¹⁰⁰ Kernberg, O. *et al* (1989) *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*; pp. 22 (traducción personal).

perturbados, sino tendrían relación, más bien, con aspectos más primarios o primitivos que pueden encontrarse en cualquier tipo de paciente aunque, obviamente, esos aspectos van a estar más presentes en pacientes con perturbaciones más serias. Brenman Pick, por ejemplo, habla de un “apareamiento de las mentes” del analista y el paciente, en el sentido que el paciente no proyectaría en el vacío, sino que lo hace sobre aspectos específicos de su analista y esto no ocurriría solamente en aquellos con perturbaciones mayores¹⁰¹. Kernberg mismo señala que el paciente “teje” los hilos de su transferencia sobre las protuberancias de la personalidad del analista¹⁰².

En otro de sus trabajos, Kernberg toma estos dos modelos históricamente contrapuestos respecto a la contratransferencia, buscando hacer una integración entre ambos que también tome en cuenta aspectos que han mencionado los autores que la han estudiado. Plantea que la contratransferencia tiene, al menos, tres dimensiones: de campo, temporal y por último una que tiene relación con la gravedad del paciente, que describimos recientemente. La dimensión temporal incorpora planteamientos hechos por diferentes autores y se refiere a diferenciar entre reacciones contratransferenciales que son pasajeras, por una parte, versus sentimientos contratransferenciales que se hacen más estables en los analistas, como la contratransferencia de carácter permanente descrita por Reich, por otra.

La dimensión de campo de la contratransferencia, dice kernberg, tiene que ver con lo que se incluye en el concepto, y utiliza un modelo de círculos concéntricos. En el círculo central se encontraría la definición de contratransferencia más estricta, la que se refiere a ella como un fenómeno

¹⁰¹ Brenman Pick, I. (1985) “Working through in the countertransference”.

¹⁰² Kernberg, O. (1984) *Trastornos Graves de la Personalidad*; pp. 240-241.

inconsciente que ocurre frente a la transferencia del paciente. En el círculo más externo se encontraría la contratransferencia en su sentido más amplio, concebida como todos los sentimientos del analista, conscientes e inconscientes, respecto de su paciente como un todo. Los círculos intermedios serían los que contemplan aquellas posturas que se ubican entre ambos extremos.

Si bien el autor en términos generales adscribe a un concepto de contratransferencia de carácter amplio es enfático en sostener, y aplicarlo en sus escritos, que lo importante, cuando se aborda el tema, es señalar claramente a cuál definición de contratransferencia nos estamos refiriendo. Para Kernberg es central hacer esta aclaración especialmente porque, en determinadas circunstancias, será más operacional un concepto de contratransferencia versus otro¹⁰³.

El modelo propuesto por Kernberg es interesante por su esfuerzo de integración y de facilitar la comunicación entre los analistas, pero también porque además hace presente algo que con frecuencia no se menciona y que se refiere a que cuando se concibe la contratransferencia en un sentido amplio no se están dejando fuera, sino que *también* se están incluyendo, los aspectos neuróticos del analista. Es decir que la visión totalística, al decir de Kernberg, no deja de considerar los aspectos inconscientes del analista que se movilizan frente a la transferencia de su analizado, como a veces podría parecer.

¹⁰³ Kernberg, O. (1984) *op. cit.*

VII LA IDENTIFICACION PROYECTIVA Y LA CONTRATRANSFERENCIA

A medida que los autores que han abordado el tema de la contratransferencia profundizan y hacen más específicos sus aportes, comienzan a tomar en cuenta los complejos procesos de identificación, introyección y proyección que ocurren en el análisis, así como los procesos descritos por Melanie Klein sobre un tipo particular de identificación que se utilizaría en etapas muy tempranas de la vida, pero que puede ser usada con posterioridad: la identificación proyectiva.

Racker, recordemos, menciona que el analista se identifica con su paciente o bien con los objetos de éste, en lo que él denomina identificaciones concordantes e identificaciones complementarias. Incluso Etchegoyen le critica a Racker que no haya incorporado el concepto de identificación proyectiva y considera que es el Talón de Aquiles de sus planteamientos: “Su esquema sufre...porque explica en este punto la dinámica de las identificaciones sobre la base de la proyección y la introyección, sin recurrir a la identificación proyectiva...”¹⁰⁴.

Heimann, como ya dijimos, habla de la contratransferencia como la *creación* del paciente y, aunque no ligó la contratransferencia con el concepto de identificación proyectiva a pesar de tener una orientación kleiniana, podemos pensar que, implícitamente, aludiría a ella ya que sería a través de ese mecanismo que algo que pertenece en realidad al paciente llega hasta la mente del analista. Money-Kyrle, por su parte, señala que las identificaciones del analista con su paciente pueden ser introyectivas o proyectivas, y

¹⁰⁴ Etchegoyen, H. (1986) *op.cit.*: pp. 247.

describe el interjuego de introyecciones y proyecciones que se van dando en la situación analítica.

Tanto Kernberg como Grinberg, describieron fenómenos específicos que pueden darse en la contratransferencia y que se explican por el uso que hace el paciente de la identificación proyectiva. El concepto de **fijación contratransferencial crónica** de Kernberg se refiere al fenómeno que ocurre cuando se enfrenta un paciente que se encuentra muy regresivo, ya sea porque se trate de un paciente con una patología seria, como es el caso de los pacientes psicóticos o borderline, o porque se trate de un momento regresivo en el tratamiento de un paciente neurótico. La idea de Kernberg es que, al trabajar con un paciente que se encuentra muy regresivo, se desencadenan fenómenos complejos tanto en el paciente como en el analista.

Una de las cosas que sucede en el analista al trabajar con este tipo de pacientes es que, al intentar tener un contacto emocional con su paciente, se genera un proceso de regresión empática que lo expone a que se reactiven en él patrones de funcionamiento más primitivos. En el paciente, y también en el analista, surgen defensas arcaicas, como el mecanismo de identificación proyectiva, que Kernberg conceptualiza como una forma temprana del mecanismo de proyección.

El uso de este mecanismo implicaría una dificultad para una adecuada diferenciación sujeto-objeto, lo que genera mayor confusión. Si el analista puede, al mismo tiempo que hace esta regresión empática, preservar una parte de su yo funcionando a un nivel maduro, su experiencia emocional puede ser extremadamente útil en brindarle información acerca del paciente, sus temores y sus fantasías. Puede perder, momentáneamente, su “objetividad analítica”, pero recobrarla con posterioridad en tanto pueda hacer

un proceso de elaboración, en que las partes más estables de su yo actúen como apoyo de aquellas involucradas en la regresión.

Cuando el proceso descrito fracasa surgen las *fijaciones contratransferenciales crónicas* en que “...el analista pierde poco a poco la capacidad de “recobrase” de la posición contratransferencial creada por determinado paciente. A medida que pasan las semanas o los meses, se ve cada vez más envuelto en una permanente distorsión emocional en relación con ese paciente”¹⁰⁵.

En una línea de trabajo similar, León Grinberg¹⁰⁶ estudió los efectos *reales* que se producen en el analista cuando pacientes con personalidades regresivas utilizan la identificación proyectiva. Grinberg sostiene que cuando un paciente le proyecta sus situaciones internas al analista, la resonancia de éste puede deberse a sus propios conflictos, los que han sido reactivados por el material.

Sin embargo, habría situaciones en que la respuesta del analista tiene relación casi exclusivamente con lo que el paciente le proyecta, sin que prácticamente intervenga su contratransferencia. En estos casos, dice el autor, se trata de una ***contraidentificación proyectiva*** en que el analista reacciona asimilando real y concretamente lo que se le proyectó. Sería la potencia de la identificación proyectiva del analizado, que tendría una *cualidad* distinta, lo que fuerza al analista a *actuar* de acuerdo a lo proyectado, sin que necesariamente participen sus propios conflictos, quedando dominado por las proyecciones del paciente.

¹⁰⁵ Kernberg, O. (1975) *op. cit*; pp. 64.

¹⁰⁶ Grinberg, L. (1985) *Teoría de la Identificación*.

La idea de Grinberg es que, en estos casos, la identificación proyectiva genera un efecto en la persona que la recibe y, de esta forma, no se limita solamente a una *fantasía* de quien la utiliza. Y agrega que no ocurre solamente en pacientes que, al estar en un momento regresivo, utilizan identificaciones proyectivas patológicas, sino que también puede constituir una vía para conocer al paciente en profundidad: "...puede ser también el punto de partida de la posibilidad de vivenciar un espectro de emociones que, bien comprendidas y sublimadas, pueden convertirse en instrumentos técnicos utilísimos para entrar en contacto con los niveles más profundos del material de los analizados..."¹⁰⁷.

Aunque autores de muy diversas líneas teóricas han hecho planteamientos o se han pronunciado respecto a este concepto, se encuentra ligado fundamentalmente a la teoría kleiniana. No ha estado exento de controversia y ha sufrido elaboraciones posteriores en que se han enfatizado diversos aspectos, no obstante, habría un amplio acuerdo acerca de su considerable valor clínico.

Recordemos que la identificación proyectiva fue conceptualizada por Melanie Klein en 1946, quien la define como una de las defensas específicas con que el yo temprano intenta lidiar con ansiedades psicóticas que serían características de esa etapa de la vida. Consistiría en una escisión del yo, luego de la cual aspectos de éste son expulsados, con odio, fuera del yo y dentro de la madre, en una fantasía de ataque contra ésta: "Mucho del odio contra partes del yo se dirige ahora contra la madre. Esto lleva a una forma especial de identificación que establece el prototipo de una agresiva relación de objeto. Sugerí para estos procesos el término identificación proyectiva"¹⁰⁸.

¹⁰⁷ Grinberg, L. (1989) *op. cit*; pp. 106.

¹⁰⁸ Klein, M. (1946) "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides"; pp. 17.

Para Klein la identificación proyectiva permitiría, por ejemplo, escindir y deshacerse de aspectos no deseados, proyectar aspectos dentro de un objeto para controlarlo, dominarlo y evitar los sentimientos que genera la separación, introducirse en un objeto para apropiarse de sus capacidades, así como también introducirse para dañar o destruir.

Su uso comenzaría cuando se instala lo que esta autora denomina la *posición esquizo-paranoide*, que involucra un tipo particular de relaciones objetales, ansiedades y defensas contra ellas. La identificación proyectiva sería parte del desarrollo en el primer período de la vida y sería esencial porque posibilita al yo ordenar, aunque sea precariamente, una realidad interna y externa que resulta confusa y amenazante, lo que le permitiría el paso progresivo hacia la *posición depresiva* que es la etapa siguiente.

Lo anterior ocurre en tanto el desarrollo sea sano, porque Klein habla de una identificación proyectiva normal y una patológica: "...los procesos de escindir partes del yo y proyectarlas en objetos son de vital importancia tanto para el desarrollo normal como para las relaciones objetales anormales"¹⁰⁹.

El uso excesivo de la identificación proyectiva empobrece al yo y también genera ansiedad. En un desarrollo patológico, los mecanismos defensivos no alcanzarían a dominar la ansiedad y se produciría una fragmentación del yo como medida extrema. De este modo, tanto lo proyectado como el objeto, y también lo introyectado, son desintegrados en fragmentos. Ya no habría una separación clara entre partes buenas y malas del yo, y entre un objeto ideal y

¹⁰⁹ Klein, M. (1946) *op. cit.*; pp. 18.

un objeto malo. La realidad se hace más confusa y más dolorosa, lo que llevaría al yo a utilizar más identificaciones proyectivas.

Kernberg ha señalado que a través del uso de este mecanismo se pueden proyectar experiencias intolerables en un objeto, tratar de controlarlo con el fin de defenderse de la experiencia intolerable e, inconscientemente, inducirlo a experimentar lo que ha sido proyectado en él. Para Kernberg, la diferencia entre el mecanismo de identificación proyectiva y el mecanismo de proyección, de nivel más maduro, radicaría en que en el caso de la identificación proyectiva se mantiene empatía con aquello que ha sido proyectado. La persona que proyecta se distancia de aquello que proyectó, en cambio quien hace una identificación proyectiva se mantiene ligado de alguna manera a aquello que colocó “fuera” a través de una identificación proyectiva.

La identificación proyectiva, señala el autor, sería el mecanismo defensivo primordial en las organizaciones psicóticas de personalidad y también la usarían predominantemente las personas con estructuras limítrofes, quienes también utilizan la proyección. La proyección, en cambio, sería un mecanismo defensivo más maduro que consiste en la represión de una experiencia intolerable para luego proyectarla en un objeto para, finalmente, separarse o distanciarse de él, fortaleciendo así el esfuerzo defensivo. La proyección sería típicamente observada en el repertorio de pacientes con un nivel de organización neurótico¹¹⁰.

Vemos que para este autor, como lo era para Klein, la identificación proyectiva sigue implicando una fantasía, sin embargo, inconscientemente, se llevaría al

¹¹⁰ Kernberg, O. (1989) “Proyección e identificación proyectiva: aspectos del desarrollo y clínicos”.

objeto sobre el cual se hizo la proyección a *sentir* aquello que se le ha proyectado.

Bion, quien se refiere muy poco al tema de la contratransferencia, es uno de los autores que ha dado gran importancia al mecanismo de identificación proyectiva. Bion recoge las ideas de Melanie Klein sobre este mecanismo y las amplia llevándolas al ámbito del desarrollo normal, considerando el modo como se despliega en la interacción de la díada madre–bebé. Para Bion, el desarrollo psíquico puede tener lugar en tanto exista un *continente* que pueda acoger las identificaciones proyectivas del bebé. Este proyecta en la madre lo que no es capaz de tolerar o controlar, funcionando lo que proyecta como un *contenido* que es colocado en un *continente*.

Lo que *idealmente* ocurre, porque no siempre es así, es que la madre, que sí es capaz de tolerar dentro de ella lo que el bebé le proyectó, le devuelve a éste lo proyectado, pero *digerido*. A esta capacidad de la madre de realizar este complejo proceso, Bion la denominó capacidad de *rêverie*.

De esta manera, por ejemplo, el temor a la muerte que siente un bebé, y la ansiedad consiguiente, le pueden ser devueltos por la madre como un temor mitigado, más manejable para él. Esto sería una parte normal del desarrollo, el que sin embargo puede no culminar exitosamente tanto si el bebé tiene poca capacidad de tolerar la frustración, como si la madre, por ansiedad por ejemplo, rechaza las proyecciones del niño y se las devuelve intactas, es decir, por una falla en el continente.

Es por esto que Bion, siguiendo a Klein, habla de una identificación proyectiva que es parte del desarrollo normal, pero también habla de la identificación

proyectiva patológica, usada por pacientes psicóticos quienes la utilizan, junto a la escisión, en reemplazo del mecanismo de represión.

Entre un analista y su paciente, señala Bion, se daría un proceso equivalente al que ocurre entre la madre y su bebé. El paciente también proyecta en el analista aquello que lo sobrepasa, y se espera que el analista pueda contener y devolverle esos contenidos, modificados de manera que puedan ser tolerados¹¹¹. Estos procesos descritos por Bion, que son parte del desarrollo y que se reproducen en la situación analítica, son los que lo llevaron a plantear que también la identificación proyectiva constituye un vehículo de comunicación, ya que a través de estos mecanismos a la madre, o al analista, le es transmitido algo que ocurre dentro de la mente del bebé o del paciente que no puede ser transmitido verbalmente en ese momento. Sería un tipo de comunicación primitiva, no verbal.

Rosenfeld, es otro autor que ha trabajado con el concepto de identificación proyectiva y ha subrayado los diversos usos que puede tener su utilización, uno de los cuales reside en su valor comunicacional: "...el proceso de identificación proyectiva puede considerarse también como un intento de comunicación. Si los pensamientos y sentimientos insoportables y a menudo caóticos que son expulsados pueden ser contenidos, es posible que lo que está ocurriendo pueda ser comprendido y considerado, preparando el terreno para que los pensamientos y sentimientos sean tolerados y se hagan menos insoportables"¹¹².

¹¹¹ Bion, W. (1966) *Aprendiendo de la experiencia*.

¹¹² Rosenfeld, H. (1990) *Impasse e Interpretación*; pp. 200.

Rosenfeld sugiere que el analista debe tener un contacto con los sentimientos y pensamientos del paciente que le permita *sentir y experimentar* lo que a éste le ocurre.

En una línea muy similar, Grinberg habla de la capacidad que debe tener el analista para recibir y contener las fantasías y emociones del paciente en una actitud que se manifiesta “...en *consentir* ser invadidos por las proyecciones de las ansiedades y fantasías psicóticas del analizado y contenerlas hasta sus últimas consecuencias, para poder *com-partir, co-sentir y co-pensar* con él, a la vez que *con-sustanciarse* con los afectos contenidos en esas proyecciones cualquiera sea su naturaleza (odio asesino, angustia de muerte, terror catastrófico, etc.) como si formaran parte del propio self”¹¹³. (cursiva en el original)

La perspectiva kleiniana nos dice, entonces, que la identificación proyectiva es un mecanismo que es parte del desarrollo normal y que, con un curso un tanto diferente, está presente también en el desarrollo patológico. Sería el uso de este mecanismo defensivo lo que permitiría entender el proceso a través del cual el analista puede *sentir* dentro de sí mismo afectos que pertenecen en realidad al paciente, lo que lo convierte a su vez en una vía de comunicación.

La identificación proyectiva tendría un lugar central en la capacidad de empatía -elemento clave en el trabajo analítico- porque permitiría al analista tomar contacto vivencial con los aspectos que el paciente le ha proyectado: Ogden, por ejemplo, señala que cuando un analista metaboliza una identificación proyectiva “...puede entenderse como el intento de restablecer un proceso

¹¹³ Grinberg, L. (1989) *op. cit*; pp. 106.

dialéctico psicológico en el que es posible vivenciar los sentimientos inducidos, pensar sobre ellos y entenderlos mediante un sujeto intérprete...el conjunto de significados creados en este proceso proporciona los datos con los que el terapeuta puede elaborar un entendimiento de la transferencia...”¹¹⁴.

La identificación proyectiva también haría posible que el analista se contactara, y pudiera empatizar, no sólo con la experiencia que tiene el paciente de sí mismo en un momento determinado, sino también con todos aquellos aspectos que no acepta y que son apartados a través de este mecanismo. De este modo el analista, si es capaz de ayudar al paciente a reincorporar los aspectos proyectados, contribuye a que éste tome contacto y reintegre aspectos de su personalidad que estaban dispersos.

La vinculación entre empatía y contratransferencia resulta compleja en tanto se ha señalado que la empatía sería un requisito para el uso constructivo de la contratransferencia pero, al mismo tiempo, la contratransferencia puede afectar la capacidad empática: “Se diría que entre empatía y contratransferencia existe una relación dual, que trasunta el doble aspecto de la contratransferencia como vehículo para conocer los procesos inconscientes del paciente, por un lado, y como impedimento para la comprensión empática, por otro”¹¹⁵.

Hemos descrito como la identificación proyectiva, en cuanto defensa, constituye un mecanismo *intrapsíquico*, sin embargo, el hecho que genere un *efecto* en quien la recibe y su dimensión comunicativa le otorga a este fenómeno finalmente un carácter *interpersonal*. Esto se relaciona también con que

¹¹⁴ Ogden, T. (1986) *La matriz de la Mente*; pp. 177.

¹¹⁵ Sandler, J. et al. (1993) *El paciente y el Analista*; pp. 113.

quien utiliza una identificación proyectiva no hace una proyección sobre otra persona, sino *en –dentro de–* otra persona, lo que le otorga una dimensión tridimensional al proceso.

Ciertamente la experiencia contratransferencial no puede ser reducida únicamente a identificaciones proyectivas utilizadas por el paciente, que afectan al analista, sin embargo sí puede afirmarse que parte de las experiencias subjetivas del analista podrían ser resultado del uso de este mecanismo por parte del paciente.

Los autores que se han preocupado de la dimensión comunicativa que tiene la identificación proyectiva enfatizan la idea de un analista que tendría que tener la capacidad de *recibir y acoger* lo que el paciente le proyecta, y no sólo de escuchar lo que éste le dice, al punto de incluso llegar a sentir lo proyectado como si fuera parte de él.

La identificación proyectiva, especialmente en su dimensión comunicativa, nos lleva al tema de cómo el paciente nos transmite lo que le pasa. Ciertamente está el nivel del lenguaje, lo que el paciente nos puede decir a través de sus palabras pero, no sólo los analistas, sino cualquier persona sabe todo lo que pueden comunicar los seres humanos a través de otras vías. Pero ¿cuáles son esas vías? Hablar de lenguaje no verbal es certero, pero alude a un espectro demasiado amplio de experiencia. Por otra parte, el lenguaje corporal, el tono de voz o las expresiones faciales, por ejemplo, son tremendamente expresivos, pero no nos queda claro si alcanzan, junto al lenguaje verbal, a dar cuenta de todos los mecanismos a través de los cuales una persona le comunica a otra lo que le sucede.

¿Cómo es que, a través de una identificación proyectiva utilizada por un paciente, un analista termina sintiendo algo que no le pertenece en su origen?

Se ha hablado de que los pacientes pueden “inducir” afectos en su analista, pero ¿cómo ocurre exactamente? Parece no haber respuestas claras acerca de cómo sucede, pero si hay claridad respecto de la movilización emocional que puede ocurrir entre dos personas, que Bion describió así: “Cuando dos personalidades se encuentran se produce una tormenta emocional. Si hacen suficiente contacto para percatarse uno del otro, o para *no* percatarse uno del otro, se produce un estado emocional por la conjunción de estos dos individuos, y, de no haberse encontrado, el desorden resultante difícilmente hubiera llegado a considerarse como una evolución necesaria en el estado de sus asuntos”¹¹⁶.

Esta “tormenta” no deja de generarse porque se trate de una situación analítica, sin embargo, lo que distintos autores han llamado *actitud profesional, preocupación por el paciente, interés, disposición a ayudar*, etc., implica un marco dentro del cual se desarrolla la relación, que da al analista un lugar y un rol particular que dice relación con la compleja tarea de observar al tiempo que participa de esta tormenta, y de contener emocionalmente a ambos participantes: el paciente y él mismo.

¹¹⁶ Bion, W. (1979) “Hay que pasar el mal trago”; pp. 245. En otras traducciones de este mismo texto la palabra “tormenta” ha sido sustituida por “turbulencia”.

VIII DESARROLLOS POSTERIORES

Desde su primera conceptualización, la contratransferencia ha pasado por los extremos de ser considerada únicamente un obstáculo, hasta ser postulada prácticamente como un órgano receptor respecto del inconsciente del paciente. Además, su desarrollo no ha sido constante, sino que ha transcurrido a través de grandes períodos de silencio, seguidos de ciclos muy fructíferos en que se piensa y se publica abundantemente sobre ella, llegando incluso a parecer ponerse de “moda” entre los autores.

Su conceptualización es diversa dependiendo de la escuela de pensamiento psicoanalítico desde la cual se la mire, sin embargo, puede afirmarse que en la actualidad habría una tendencia general de los analistas hacia considerarla en su acepción más extensa, y a utilizar la exploración de los propios afectos como información relevante sobre lo que ocurre en la situación analítica. Si bien se piensa que, en general, esta información no debería ser transmitida al paciente, sí se considera incluirla en la formulación de las interpretaciones transferenciales¹¹⁷.

El concepto de identificación proyectiva ha contribuido enormemente a iluminar los complejos procesos que ocurren entre paciente y analista, el modo en que uno y otro se influyen, y ha permitido explorar un fenómeno que muchos autores han planteado, desde Freud en adelante, y que se refiere a la comunicación de inconsciente a inconsciente entre ambos.

Como bien señalan Thomä et. al., las posturas polarizadas por las que ha pasado su estudio “...por un lado el espejo de Freud libre de

¹¹⁷ Kernberg, O. (1993) *op. cit.*

contratransferencia y por otro la ficción de la contratransferencia como un órgano perfecto de percepción...”¹¹⁸ están superadas y han dado paso a realizar planteamientos que buscan dar cuenta de la complejidad de los fenómenos que ocurren entre el analista y su paciente, a través de concepciones que destacan el vínculo que se desarrolla entre ambos y la influencia mutua que este vínculo implica.

¹¹⁸ Thomä, H. et al (1986) *op. cit*; pp. 1264.

8.1 LA POSTURA INTERSUBJETIVA

Una de las posturas que más desarrollo ha tenido en los últimos años plantea una conceptualización diferente a la usual en tanto implicaría una visión del psicoanálisis ya no como una psicología individual, sino como un escenario en que, ciertamente, concurren dos psicologías individuales, pero que al interactuar crean una nueva realidad a partir del *encuentro* entre las subjetividades de cada una. Este nuevo escenario ha sido denominado *intersubjetivo*.

La corriente intersubjetiva ha sido desarrollada fundamentalmente por autores norteamericanos y se ha nutrido fuertemente de la Psicología del Yo y de los planteamientos de los llamados psicoanalistas culturalistas (Sullivan y otros), ambos de origen y fuerte arraigo en Estados Unidos.

El planteamiento intersubjetivo sostiene que en la situación analítica se produciría un encuentro entre los universos subjetivos tanto del paciente como del analista. Estos universos se movilizarían y se comunicarían entre sí, ejerciendo una influencia sobre todo lo que ocurre en ese marco.

La subjetividad individual tiene lugar entonces en un contexto y, tanto analista como paciente, cada uno con su propia subjetividad, se influenciarían mutuamente al encontrarse en este escenario, que es la situación analítica. Ambos serían, para esta postura, interdependientes, y crearían en conjunto ideas, creencias y fantasías que serían compartidas y tendrían realidad psíquica para los dos, lo que tendría un efecto tanto sobre su percepción como sobre su pensamiento. Paciente y analista contribuyen a una creación

común que genera un nuevo espacio. Este nuevo espacio, creado y compartido por ambos, es lo que se ha llamado *tercero analítico* (Ogden)¹¹⁹.

Estas ideas han sido fuertemente cuestionadas por las posturas psicoanalíticas más tradicionales, que le critican el volcarse demasiado hacia lo externo y descuidar lo intrapsíquico, específicamente las pulsiones y la sexualidad infantil. También ha implicado cambios difíciles de digerir para muchos, porque esta visión propone mirar algunas concepciones desde un ángulo completamente diferente, e incluso pone en duda su validez. Conceptos psicoanalíticos tradicionales comienzan a tener menos sentido bajo el nuevo prisma propuesto por estos autores. Para los teóricos más radicales de esta perspectiva, por ejemplo, la neutralidad técnica, así como la objetividad del analista, se convierten en una ilusión¹²⁰.

Es importante señalar que los analistas de la corriente intersubjetiva no han sido los únicos, ni los primeros, que han subrayado la influencia mutua que implica la situación analítica. Thomä y Kächele, señalan a varios autores – Waelder, Glover, Balint, y Liberman, entre otros– que han destacado la influencia que tiene tanto el analista como la situación analítica misma y la técnica interpretativa, sobre la transferencia del paciente¹²¹. Lo que sería distintivo de los autores intersubjetivos, es su planteamiento iría más allá de la influencia recíproca, apuntando más bien a un fenómeno que, desde el vamos, se va construyendo en conjunto y está inextricablemente interrelacionado.

¹¹⁹ Jacobs, T. (1999) *op. cit.*

¹²⁰ Kernberg, O. (2003) *op. cit.*

¹²¹ Thomä, H.; Kächele, H. (1989) *Teoría y Práctica del Psicoanálisis*, Tomo I, Cap. 2.4; pp. 74–75.

La transferencia, para este punto de vista, sería la expresión de una tendencia universal a organizar la experiencia y crear significados. Se asume que la experiencia que el paciente tiene de la relación analítica, estaría moldeada por aspectos provenientes del analista y por las *estructuras de significado*, pertenecientes al paciente, en las que esos aspectos son asimilados. El acento, entonces, está puesto en que ambos, paciente y analista, contribuyen en conjunto a modelar la experiencia que el paciente tiene de la relación.

La transferencia ya no se ve como regresión, desplazamiento, proyección o distorsión, que es como clásicamente se concibe. Es por esto que la realidad de lo que plantea el paciente en la transferencia no se rebate ni se confirma, sino que se toma como punto de partida para explorar como el paciente experimenta la relación con al analista¹²².

Paciente y analista traerían a la situación analítica estructuras de significado que influyen en esta nueva relación, la que a su vez es asimilada por cada uno de ellos, de acuerdo a esas estructuras. Esta nueva relación crea un nuevo “patrón” que se suma a los ya existentes, abriendo posibilidades de cambio y, además, influyendo la posibilidad de modificación de los patrones previos.

Para los autores intersubjetivos, la interdependencia de los fenómenos que surgen en la situación analítica es una parte central de sus planteamientos. Ogden subraya -basándose en la conocida afirmación de Winnicott que un bebé no puede ser conceptualizado como algo aparte de su madre- que no existe tal cosa como un analizado que pueda ser considerado aparte de la

¹²² Stolorow, R. et. al. (1995) *op. cit.*

relación con su analista, así como tampoco un analista que pueda ser concebido aparte de la relación con su paciente¹²³.

En este contexto, todos los fenómenos que ocurren al interior del psiquismo de uno y otro deben ser mirados bajo el prisma del “otro” presente en la relación, los fenómenos que ocurren en ese “otro”, y el “tejido”, por así decirlo, que van construyendo juntos.

Esta perspectiva, concibe la contratransferencia, como un fenómeno que influenciaría fuertemente la transferencia del paciente: “...la contratransferencia (ampliamente conceptualizada como una manifestación de las estructuras psicológicas y la actividad organizadora del analista) tiene un impacto decisivo en modelar la transferencia y codeterminar cual de sus dimensiones específicas ocupará el primer plano experiencial del análisis. Transferencia y contratransferencia forman juntas un sistema intersubjetivo de influencia mutua recíproca”¹²⁴.

Para los autores considerados más radicales dentro de esta corriente, como Renik, la contratransferencia no tendría mayor utilidad ni significado en tanto la subjetividad del analista es concebida como un componente que ejerce una influencia permanente en el trabajo analítico y que no puede ser identificado, ni menos aún controlado por éste, antes de ser llevado a la acción. La contratransferencia sólo podría ser reconocida una vez que ha sido “puesta en escena” en la situación analítica, y recién entonces se podría comenzar a pensar en ella: “Una creciente literatura relativa al autoanálisis del analista nos muestra cuan sutilmente puede manifestarse la contratransferencia, cuan

¹²³ Ogden, T. (1994) *Subjects of Analysis*; pp. 63.

¹²⁴ Stolorow, R. et al. (1995) *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*; pp. 42 (traducción personal).

fácilmente puede ser racionalizada como técnica apropiada, y como a menudo es actuada un tiempo antes de ser reconocida”¹²⁵.

La contratransferencia es entonces concebida como parte de la subjetividad del analista, que no puede ser controlada por éste y es muy difícil de pesquisar. Cuando el analista logra hacerlo, se plantea que generalmente es porque ya habría llevado a cabo una *acción* en la escena analítica y ha sido capaz de pensar en ella con posterioridad. Y, desde un ángulo más profundo, la contratransferencia es considerada como un fenómeno que no puede ser pensado, ni estudiado, separadamente de la transferencia, porque ambas se influirían constantemente. La intersubjetividad del proceso analítico forja y “envuelve” tanto los fenómenos transferenciales como los contratransferenciales.

En tanto experiencia del analista, la contratransferencia, sería uno de los aportes a este espacio intersubjetivo, a este “tejido” común, y sería fundamentalmente *puesta en escena* de manera inconsciente. Esta *puesta en escena –enactment–* de la experiencia del analista se entiende como algo que, aunque no es deseable, resulta inevitable. Si bien lo ideal es que el analista tome consciencia de sus respuestas contratransferenciales, lo que efectivamente ocurre es que, de la mayoría de ellas, toma consciencia a partir de *actos* o *acciones*, las que pueden llegar a ser muy sutiles¹²⁶.

¹²⁵ Renik, O. (1998) “The role of countertransference enactment in a successful clinical psychoanalysis”; pp. 111 (traducción personal).

¹²⁶ Renik, O. (1998) *op. cit.*

El concepto de *enactment*¹²⁷ es un concepto fronterizo con el de *acting out* y ha sido equiparado por algunos autores con el de identificación proyectiva y, efectivamente, se superpone en muchos aspectos con él, sin embargo, no puede considerarse equivalente.

Enactment tendería a implicar una mayor participación de los conflictos inconscientes del analista, en cambio la identificación proyectiva involucraría una menor participación de la conflictiva del analista porque se cree que los aspectos que le han sido proyectados por el paciente se activan en él de una manera fuertemente coercitiva. También se ha señalado que el *enactment* involucra una acción, en cambio en el caso de la identificación proyectiva un sentimiento contratransferencial inducido en el analista no necesariamente desemboca en una acción.

Tanto quienes utilizan el concepto de identificación proyectiva como quienes se sienten más cómodos con el concepto de *enactment*, coincidirían en que la experiencia que finalmente tiene el analista en la sesión no constituye una réplica exacta de lo que el paciente ha proyectado dentro de él, en la medida que el mundo interno del analista participa aportando un elemento nuevo a la recreación del pasado¹²⁸.

Algunos autores se han preguntado cual sería la participación del *enactment* en el cambio psíquico, si es que la tiene¹²⁹. Este tema se topa con otro que es tan controversial como la definición del concepto de contratransferencia y que

¹²⁷ Hay coincidencia entre los autores en señalar el trabajo de Joseph Sandler “Countertransference and role responsiveness” (*International Review of Psychoanalysis*, 1976, 3:43-47) como el lugar donde surgió este concepto.

¹²⁸ Jacobs, T. (1986) “On countertransference enactments”.

¹²⁹ Carpy, D. (1989) “Tolerating the countertransference: a mutative process”; Jacobs, T. (1986) *op. cit.*

se refiere a lo que el analista puede hacer con ella una vez que la identifica y la utilidad que esto pueda tener, o no, para su paciente.

Carpy, por ejemplo, plantea que, en algunos casos y con algunos pacientes, el sólo hecho de *tolerar* la contratransferencia por parte del analista puede tener un efecto mutativo en el paciente, es decir, constituir un agente de cambio psíquico.

Con *tolerar*, señala Carpy, no se refiere a que el analista tenga capacidad para no verse afectado por lo que el paciente le proyecta: “A lo que me refiero es a la capacidad para permitirse experimentar las proyecciones del paciente con toda su fuerza y, a pesar de ello, poder evitar el realizar actings out de ellas de una manera brusca. Para hacer esto, uno debe ser capaz de evitar ser abrumado completamente por la experiencia, pero considero que es *inevitable* que, si las proyecciones son experimentadas en su plenitud, se produzcan en cierto grado actings out parciales de la contratransferencia”¹³⁰.

(cursiva del autor)

Lo que sostiene Carpy es que actings out parciales por parte del analista serían inevitables, le permitirían conservar la *postura analítica* y le mostrarían al paciente que sus proyecciones tienen un efecto en el analista y que éste hace un esfuerzo por tolerarlas. Sus planteamientos apuntan a que este proceso haría posible que el paciente reintroyecte gradualmente aspectos de sí mismo que le resultaban intolerables, a través de introyectar la capacidad del analista de tolerarlos. Y esto implicaría cambio.

¹³⁰ Carpy, D. (1989) *op. cit.*; pp. 289 (traducción personal).

Kernberg discrepa de Carpy cuando sostiene que la sola comprensión de las reacciones contratransferenciales por parte del analista no constituye por sí sola una ayuda para el paciente, sino cuando se convierte en información que se incorpora en las interpretaciones transferenciales: “En lo que atañe a la contratransferencia, la ayuda al paciente se hace efectiva cuando el analista utiliza en sus interpretaciones transferenciales la información que aquella le proporciona; cuando toma las medidas necesarias para proteger al paciente y protegerse a sí mismo contra situaciones terapéuticas realmente imposibles de manejar, y cuando mediante la relación que establece con él, le ofrece pruebas de su disposición y su capacidad de acompañarlo en la incursión de su pasado, sin perder de vista el presente”¹³¹.

Otros autores piensan que es el trabajo interpretativo del enactment lo que a fin de cuentas genera cambio, y otros, que son ambas cosas, los eventos de la relación analítica junto a la interpretación lo que promueve el cambio¹³².

Para los autores intersubjetivos los ámbitos intrapsíquico e interpersonal están profundamente imbricados, por lo que la vieja idea del analista como una pantalla en blanco ya no seguiría siendo viable. Jacobs¹³³, en una afirmación que da cuenta de la influencia que ha ido teniendo la postura intersubjetiva en el psicoanálisis, señala que hoy en día se tendería a pensar en la contratransferencia como una creación conjunta entre paciente y analista, en la que ambos contribuirían. Por lo tanto, tan sólo una parte, y no la totalidad, de lo que el analista siente reflejaría el mundo interno del paciente.

¹³¹ Kernberg, O. (1975) *op. cit.*; pp. 70.

¹³² Jacobs, T. (1986) *op. cit.*

¹³³ Jacobs, T. (1986) *op. cit.*

Estos planteamientos ciertamente implican un giro bastante radical respecto a puntos de vista que han resultado familiares por décadas a los analistas, lo que explica, en parte, que se haya cuestionado con frecuencia si son, o no, planteamientos genuinamente psicoanalíticos.

En términos prácticos, los autores intersubjetivos ponen énfasis en el *contexto* del paciente que, en una situación analítica concreta, está constituido por el analista que interactúa con él, de modo que las intervenciones del analista tienden a tener como punto de foco el aquí y el ahora, que sería el momento que se supone es creado por ambos¹³⁴. Para esta corriente, la personalidad real del analista puede llegar a tener tanto peso como sus interpretaciones¹³⁵.

¹³⁴ Hinshelwood, R.D. (2001) *op. cit.*

¹³⁵ Kernberg, O. (2003) *op. cit.*

8.2 PENSAMIENTO VINCULAR

El pensamiento vincular es una corriente psicoanalítica que se ha desarrollado sólidamente en Argentina y que, aunque difiere en algunos aspectos de la corriente intersubjetiva, tiene elementos en común con ella. De hecho el pensamiento vincular también se ha llamado pensamiento intersubjetivo vincular. La corriente intersubjetiva, como ya dijimos, se ha afincado principalmente en Norteamérica y tiene sus raíces en la Psicología del Yo y en los psicoanalistas culturalistas, en cambio el pensamiento vincular se ha desarrollado preferentemente con influencia del enfoque psicoanalítico francés contemporáneo con autores como Anzieu, Aulagnier, y Kâes, entre otros.

Uno de sus planteamientos centrales es la idea que el individuo no puede ser pensado aisladamente porque en su comprensión son fundamentales los vínculos con otros, que son los que darían significado a la existencia y lo que daría significado a los seres humanos como tales. No se trata sólo de necesitar de otro para sobrevivir afectivamente, sino de algo más básico respecto a la constitución del sujeto como tal. Lo que nos constituiría sujetos tendría relación con tener un lugar en la mente de otro, que ese otro nos reconozca como otro también y de todas las implicancias y complejidades que desde ahí se van desprender.

Estas premisas no se refieren solamente a lo que sucede en el desarrollo temprano: el pensamiento vincular sostiene que la constitución del sujeto, siempre en relación con otro, es un fenómeno que se da a lo largo de toda la vida del individuo. De manera que esta visión pone un acento en la constante transformación del psiquismo a través de la relación con otros, a nivel de la

presencia y no sólo de *representación* de objeto como ha tendido a trabajar la corriente psicoanalítica clásica.

Habría un énfasis, entonces, en la valoración de la presencia versus el impacto de la ausencia y la separación¹³⁶. Es por esto que, para sus adeptos, esta postura abriría una puerta esperanzadora respecto a las posibilidades de cambio de las personas.

Lo que la teoría vincular intentaría abordar son las tensiones dialécticas que generan los vínculos: la oscilación entre el no reconocimiento por parte del otro, con el consiguiente “naufragio” mental; y el “ahogo” producto de la simbiosis, que sería el extremo opuesto.¹³⁷

El vínculo, entonces, es concebido como fundamental a la hora de constituirse el sujeto y, en un plano más concreto, adquiere una dimensión que puede denominarse como “hacer algo junto con otro”. Este hacer algo junto con otro toca un punto considerado central para esta corriente que se refiere a como un sujeto se relaciona con la alteridad.

La evidencia clínica, dicen los autores vinculares, nos muestra que la “alteridad” del otro; es decir, que el otro sea, justamente, otro, es algo que no es fácil de tolerar. Lograr reconocer que el otro es otro implicaría reconocer que, a fin de cuentas, es incognoscible y que esto va a ser por siempre así. La alteridad y la incognoscibilidad no serían condiciones transitorias¹³⁸.

¹³⁶ Jiménez, J.P. (2003) “Separación (representación) y vínculo en la teoría psicoanalítica del tratamiento”.

¹³⁷ Staforelli, A. (2005) Acerca del “Vínculo” y la “Teoría vincular” ¿Una posibilidad de expansión del saber y la praxis psicoanalítica?

¹³⁸ Puget, J. (2005) Primer Seminario del Curso “Psicoanálisis Vincular: Teoría y Clínica del Psicoanálisis de familia y pareja”.

En este contexto, los mecanismos de identificación, ya sean introyectivos o proyectivos, serían mecanismos que intentarían hacernos más llevadera la alteridad del otro porque generarían la fantasía que esta desaparece. Los mecanismos de identificación, entonces, buscarían borrar las diferencias, pero estas serían imposibles de anular. Esto convertiría los mecanismos identificatorios en mecanismos omnipotentes que se relacionarían con relaciones narcisísticas de objeto.

Esta dificultad para tolerar la alteridad del otro tendría relación con la tendencia del ser humano a buscar síntesis, certezas, verdades, es decir, asirse a lo conocido y, por tanto, fantaseado como seguro. Habría una búsqueda de ser uno, conocido y completo, y la alteridad pondría en contacto, justamente, con lo incognoscible y con la falta.

El vínculo, y esto pareciera ser equivalente a lo planteado por los intersubjetivos, constituiría un tercer espacio que también determina al sujeto. Cada vínculo movilizaría aspectos del inconsciente de cada individuo, que serían diferentes en cada relación y a su vez se crearía un inconsciente vincular, que no pertenecería a ninguno de los dos¹³⁹.

El pensamiento vincular trabaja en base a 3 ámbitos o espacios. El ser humano tendría una constitución *subjetiva* tanto del mundo singular –lo *intrasubjetivo*–, como del mundo vincular –lo *intersubjetivo*–, con conflictos propios de cada uno de esos universos. Estos dos espacios de constitución subjetiva serían heterólogos, es decir no podrían ser integrados o reducidos a uno sólo. Intentar articular estos dos ámbitos constituiría un punto de conflicto para

¹³⁹ Puget, J. (2005) Seminario citado.

cada sujeto particular lo que tendría evidencia clínica en las frecuentes quejas de los pacientes al respecto¹⁴⁰.

Existiría un tercer espacio de constitución subjetiva, que sería el espacio social, cultural y de época, que determinaría y cruzaría los espacios intra e intersubjetivos: el espacio *trans-subjetivo*. Este espacio trans-subjetivo imprimiría en el psiquismo el sello de la cultura de un modo fundacional, lo que sería ejercido a través de la madre y la tarea socializante que tanto ella como la familia llevan a cabo. Al modo de un disquete, el ser humano sería “formateado” por la cultura y el lenguaje desde el nacimiento. Este “formateo” sería violento, porque es una imposición, pero sería imprescindible para pertenecer a la cultura¹⁴¹.

El conflicto, entonces, ya no puede verse solamente desde una perspectiva intrapsíquica, sino que se da en el ámbito intrapsíquico pero, además, se juega en el afuera, en el área de las relaciones, especialmente en aquellas patologías limítrofes y narcisísticas: “Si bien el neurótico puede sufrir patologías vinculares, podemos predecir que quien padezca patologías de límite o narcisísticas va a tener necesariamente problemas con sus vínculos”¹⁴².

En la relación analítica, se establece un vínculo entre el paciente y el analista. Cada uno, para el otro, es una alteridad, y esa alteridad, como en cualquier otra relación implicaría una *interferencia*. Es por esto que más que hablar de transferencia y de contratransferencia, los teóricos vinculares hablan de *interferencia* en la relación analítica, claro que no en el sentido de obstáculo

¹⁴⁰ Puget, J. (2005) Seminario citado.

¹⁴¹ Staforelli, A. (2005) *op. cit.*

¹⁴² Bernard, M. (1995) “Vínculo e inconsciente”.

para el trabajo analítico, como han sido consideradas por las posturas conservadoras al respecto. Se trataría de una *interferencia* que es generada por la presencia de un otro distinto; es la interferencia propia del encuentro con la alteridad, con lo incognoscible.

La *interferencia*, dentro de esta perspectiva, dice relación con la realidad del encuentro de dos personas en el presente, constituyéndose así una realidad vincular para esa dupla de trabajo. Esto, desde un punto de vista práctico, no sería excluyente con la perspectivas tradicionales de la transferencia y la contratransferencia, se trataría de un espacio paralelo cuyo énfasis es la relación presente entre ambos participantes y como se afectan mutuamente. Sería la presencia, por sobre las representaciones que se activan en cada uno, lo que es subrayado por esta corriente y sería, para esta perspectiva, lo que tendría un papel central en el cambio psíquico.

En una postura tradicional al paciente le pertenece la transferencia y al analista la contratransferencia. Aquí, en cambio, surge un nuevo espacio en que ambos viven una relación en que cada uno implica una interferencia para el otro. Las dinámicas que surjan, así como los conflictos y defensas asociados, se comprenden como construidas en esa relación particular, del mismo modo como se intentan comprender cuando se trabaja con parejas y familias.

En este sentido, las ideas planteadas por estos autores subrayan claramente al presente y la presencia de otro como otro, como lo que va dando forma y contexto a los vínculos y al psiquismo singular. No se abandona el psiquismo individual, pero se enfatiza claramente al sujeto en relación y como esa relación lo constituye permanentemente. En la técnica, por tanto, se otorga importancia central al vínculo entre el paciente y el analista, con los vaivenes

emocionales que este conlleva, porque se concibe justamente a aquél como el motor del cambio, antes que a las interpretaciones¹⁴³.

Tanto en la corriente intersubjetiva como en el pensamiento vincular habría, tanto para la transferencia como para la contratransferencia un abordaje diferente de lo que podríamos llamar las perspectivas psicoanalíticas tradicionales. La situación analítica ya no se ve como posible de definir con objetividad por el analista, sino más bien como una construcción conjunta en que se puede ir intentando descubrir como es experimentada, tanto por el paciente como por el analista.

La transferencia y la contratransferencia se construirían en la situación analítica a partir de la influencia del paciente y del analista en relación, siendo ambas por tanto una co-construcción, prefiriendo, los vinculares, hablar de interferencia.

Para estas posturas, no se podría hablar, en rigor, de neutralidad en el analista en tanto éste se encuentra desde el inicio involucrado e *implicado* como actor, como señalan los vinculares. El analista, entonces, no pretende ser neutral porque sabe que no puede serlo, en cambio sí se atiene a la regla fundamental de abstinencia¹⁴⁴.

Los psicoanalistas vinculares han incorporado múltiples encuadres, abriéndose al trabajo con parejas, familias y grupos. Quienes trabajan desde la perspectiva intersubjetiva, en cambio, continúan trabajando predominantemente en análisis individuales.

¹⁴³ Staforelli, A. (2005) *op. cit.*

¹⁴⁴ Abadi, G. *et al* (2004) “Clínica vincular psicoanalítica. Dispositivo, lugar del analista, abstinencia y neutralidad”.

8.3 LACAN

No cabría dentro de los objetivos de este trabajo presentar una visión de lo que señaló Lacan respecto a este tema, ni profundizar en ella, porque Lacan es un autor demasiado importante y altamente complejo como para intentar hacerlo en este espacio. No obstante, creemos que sería impensable no mencionarlo. Es por esto que señalaremos muy brevemente algunas de sus ideas recogidas a partir de los que otros autores han podido comprender de él.

Antar *et al*, señalan que para Lacan el objeto del psicoanálisis es el sujeto entendido como lo que sólo puede ser objeto del trabajo de una relación. Para Lacan el proceso psicoanalítico es un proceso *dialéctico* cuyo objeto, entonces, es el *sujeto* que no está situado frente a un observador neutro, sino frente a un otro con el que está en relación¹⁴⁵.

En la situación analítica, se pone en juego una *tesis* y una *antítesis* que generan una nueva síntesis. El paciente propone una *tesis* a través del material que aporta a la sesión; el analista le ofrece entonces una *antítesis*, en la cual incluye una verdad que el analizado estaría eludiendo, lo que conduce a un nuevo desarrollo de la verdad y al paciente a una nueva *tesis*¹⁴⁶. El paciente amplía su conocimiento de sí mismo a partir del conocimiento que el analista va construyendo acerca de él y le va transmitiendo.

Lacan sostendría que la transferencia sólo surgirá cuando este proceso dialéctico se vea interrumpido, por ejemplo, por la contratransferencia del analista. La transferencia sería, entonces, el correlato de la

¹⁴⁵Antar, C.; Berenstein, I. *et al* (2004) "El sujeto desde la perspectiva psicoanalítica vincular".

¹⁴⁶Etchegoyen, H. (1993) *op. cit*; Zimmerman, D. (1999) *Fundamentos Psicanalíticos*.

contratransferencia y surgiría como un obstáculo cuando falla el proceso dialéctico. Si el analista no sucumbe a la contratransferencia, puede continuar ofreciendo a su analizado la antítesis correspondiente. “Es a partir del analista, entonces, que se produce el estancamiento del proceso y aparece la transferencia como un enganche por el cual el analista queda incluido en la situación”¹⁴⁷. La resistencia, para Lacan, siempre provendría del analista y no del paciente.

Lacan habló de la contratransferencia en “*Intervention sur le transfert*”, de 1951, y en “*Le Seminaire, livre VIII. Le Transfert*”, de 1960–61. En “*Intervention sur le transfert*”, Lacan se refiere al Caso Dora y muestra como, a los planteamientos de la paciente, Freud va respondiendo con una *antítesis* o *inversión dialéctica*, hasta que su contratransferencia lo traiciona y no realiza la última *inversión dialéctica*, que sería haberle planteado a Dora su vínculo homosexual con la Sra. K. Para Lacan, Freud no puede aceptar que no es él, identificado con el Sr. K, el objeto de interés de Dora y quedar excluido¹⁴⁸.

En el Seminario sobre la transferencia Lacan expuso los impasses clínicos a los que conduce la contratransferencia, basándose en el artículo de Money-Kyrle¹⁴⁹. Recordemos que Money-Kyrle sostiene que el analista se identifica con su paciente, introyectivamente y, luego de comprender dentro de sí, re proyecta a través de una interpretación. Lacan, para quien comprender es identificarse, considera que en estos planteamientos se evidencia la ilusión de la identificación, así como la ilusión de la comprensión¹⁵⁰.

¹⁴⁷ Etchegoyen, H. (1993) *op. cit.*; pp. 129.

¹⁴⁸ Etchegoyen, H. (1993) *op.cit.*; pp. 126–128.

¹⁴⁹ Palomera, V. (2000) “Lacan y la Contratransferencia”.

¹⁵⁰ Palomera, V. (2999) *op. cit.*; pp. 237–238.

Habría una serie de cosas, entonces, que podrían ocurrir en el analista que bloquearían el desarrollo del proceso analítico. Lacan pensaba que una serie de actitudes del analista, que involucran respuestas contratransferenciales, como el deseo de ser científico, buscar evidencia para formular o confirmar interpretaciones, el deseo de complacer a supervisores, profesores y ajustarse a las tendencias predominantes de las asociaciones psicoanalíticas, constituían interferencias en el trabajo analítico¹⁵¹.

Palomera, en su trabajo “Lacan y la contratransferencia”, señala que Lacan “...no dejó nunca de indicar que el término de contratransferencia era obsoleto, en la medida en que hablar de la transferencia del analista era lo mismo que hablar de su resistencia”¹⁵². Lacan parece haber compartido lo que hoy llamaríamos una visión estricta de la contratransferencia, ateniéndose a lo señalado por Freud.

Palomera sugiere que la frase de Lacan “Por poco que el acto flaquee, es el analista el que se convierte en el verdadero psicoanalizado”¹⁵³, resumiría las ideas del autor sobre la contratransferencia y señala que éste la consideraba básicamente una “impropiedad conceptual”, porque implicaría una reciprocidad entre paciente y analista –el analista asido por la contratransferencia y el paciente por la transferencia– cuando en realidad la relación analítica no es simétrica. Pensar en el campo del análisis en términos de una reciprocidad entre analista y analizado conduciría, para Lacan, a un callejón sin salida.

¹⁵¹ Jacobs, T. (1999) *op. cit.*

¹⁵² Palomera, V. (2000) *op. cit.*; pp.236

¹⁵³ Palomera, V. (2000) *op. cit.*; pp. 233.

Lacan, entonces, parece no haber estado de acuerdo con el concepto de contratransferencia, considerándolo innecesario o bien incongruente conceptualmente. Sin embargo, al mismo tiempo, le dio un espacio en sus reflexiones y en ellas se atiene en rigor a los planteamientos de Freud acerca de la contratransferencia como algo que interfiere en el trabajo con el paciente y, por tanto, estaría lejos de contemplar la posibilidad que pueda constituirse en una herramienta técnica que es hacia donde han avanzado, en general, las distintas corrientes psicoanalíticas.

IX MANIFESTACIONES CONTRATRANSFERENCIALES: LOS SUEÑOS DEL ANALISTA

“En el fondo, el sueño no es más que una forma particular de nuestro pensamiento, posibilitada por las condiciones del estado del dormir” (S. Freud)¹⁵⁴.

Hemos visto como el concepto de contratransferencia ha ido cambiando dramáticamente desde que fue conceptualizado por primera vez y como, en diferentes aproximaciones psicoanalíticas, persisten visiones disímiles acerca de él. Sin embargo, podemos afirmar que hoy ningún autor desconoce que el analista tiene un inconsciente, y que éste se moviliza frente a la relación con su paciente. Es decir, a poco de un siglo de acuñado el término por Freud, tenemos un analista que, independientemente de cuan bien analizado esté, es humano, *siente*, y debe tener parte de su atención dirigida hacia sí mismo y hacia la relación con su paciente si quiere comprenderlo cabalmente.

Algunas de las corrientes más recientes de pensamiento psicoanalítico, como la intersubjetiva y el pensamiento vincular, independientemente de la opinión que se tenga de ellas, han abierto una interesante discusión acerca de los límites de la psicología individual en la compleja situación analítica. Sin embargo, ya mucho tiempo antes el estudio de la contratransferencia había obligado a los analistas a realizar un movimiento que en primera instancia puede resultar curioso: buscar el inconsciente de una persona, en otra, *buscar el inconsciente del paciente no sólo en el paciente, sino también en el interior del analista.*

¹⁵⁴ Freud, S. (1900a) “El trabajo del sueño”; pp. 502 (nota agregada en 1925).

Son muchas las manifestaciones del fenómeno contratransferencial que han sido descritas en la literatura: podemos mencionar afectos, asociaciones, ocurrencias, fantasías, ensueños, evocaciones, lapsus, imágenes, sensaciones corporales, reacciones corporales, actos, movimientos, entre otras¹⁵⁵. Zimerman nos dice que la respuesta emocional del analista respecto a su paciente puede incluso prolongarse fuera de la sesión a través de sueños, actings, identificaciones o somatizaciones¹⁵⁶.

Pensamos que todas estas manifestaciones, que se dan en el analista, son fenómenos que surgen en él y hablan de él, pero podrían hablar también del paciente. Son manifestaciones que aparecen en el consciente, o preconsciente, del analista, y que, como tales, constituirían la superficie de un fenómeno que es más profundo.

Jacobs señala que la contratransferencia puede operar con gran sutileza. Que incluso la manera de concebir el trabajo analítico se ve afectada por ella: el modo como el analista escucha, sus énfasis, sus ideas relativas a la elaboración, a la terminación del análisis, e incluso lo que constituiría una interpretación “correcta”, con frecuencia pueden contener elementos contratransferenciales ocultos.

Del mismo modo que pueden darse “puntos ciegos” incluso ante material relativo a los pagos y las sesiones, pueden darse reacciones que ocurren fuera de la consulta, como pensamientos recurrentes acerca del paciente acompañados de sentimientos depresivos o cambios de ánimo, necesidad de

¹⁵⁵ De León, B; Bernardi, R. (2000) *Contratransferencia*; Zimerman, D. (1999) *op. cit.*

¹⁵⁶ Zimerman, D. (1999) *op. cit.*

hablar sobre las sesiones y, también, la aparición del paciente en el contenido manifiesto de los sueños del analista¹⁵⁷.

Los sueños del analista con su paciente se han llamado *sueños contratransferenciales* y pensamos que son una de las manifestaciones más llamativas de la contratransferencia. Porque los sueños, como señaló Freud, constituyen la “vía regia” para el acceso al inconsciente¹⁵⁸ pero, ¿al inconsciente de quién en este caso? Supuestamente al inconsciente del soñante, el analista, sin embargo, lo que resulta interesante de los sueños contratransferenciales es que nos permitirían también, del mismo modo que otras manifestaciones de la contratransferencia, el acceso al inconsciente del paciente.

¿Los sueños del analista, entonces, también podrían constituir una *vía regia* de acceso al inconsciente de su paciente?

La literatura referente a los sueños del analista con un paciente es relativamente escasa y probablemente se relacione con que es un fenómeno que ocurre con poca frecuencia. Sin embargo, Bernstein y Katz¹⁵⁹, en un trabajo que trata acerca de cuando el terapeuta y el supervisor sueñan con el paciente, se preguntan si realmente es un fenómeno poco usual o, si más bien lo inusual es compartirlo. Autores que han escrito sobre el tema plantean que serían más habituales de lo que se piensa porque parece ser un hecho sobre el que se informa poco¹⁶⁰.

¹⁵⁷ Jacobs, T. (1986) *op. cit.*

¹⁵⁸ Freud, S. (1900b) *op. cit.*; pp. 597.

¹⁵⁹ Bernstein, A.; Katz, S. (1987) “When supervisor and therapist dream: the use of an unusual countertransference phenomenon”.

¹⁶⁰ Lester, E. et al. (1989) “Countertransference dreams reconsidered: a survey; Whitman, R. et al. (1969) “Dreams about the patient”; Zwiebel, R. (1985) “The dynamics of the countertransference dream”.

Es lo que afirman Whitman, et. al, en su artículo sobre el tema cuando señalan que su tesis es que los sueños acerca del paciente, por parte del analista o terapeuta, ocurren más frecuentemente de lo que se reporta y que estos sueños pueden ser muy útiles en proporcionar insight sobre las transacciones del proceso terapéutico¹⁶¹.

Estos autores realizaron una investigación en que examinaron los sueños reportados por Freud, así como los de terapeutas, residentes de psiquiatría y candidatos a analistas, tanto en tratamiento o supervisión, como sin ella. Concluyeron que el escrutinio de los sueños acerca de pacientes fue invariablemente útil para esclarecer la relación médico-paciente y que éstos pueden ser usados para investigar el fenómeno contratransferencial:

“Los sueños pueden ser usados por los terapeutas tanto para su continuo autoanálisis como para comprender sus actitudes contratransferenciales; en el sueño contratransferencial se encuentran tanto la comprensión del self, como la comprensión del paciente”¹⁶².

En general, los autores concuerdan en denominar los sueños del analista en que el paciente aparece en el contenido manifiesto, como *sueños contratransferenciales*, entendiendo esto como una convención. Un analista, desde luego, puede soñar con un paciente sin que éste aparezca en el contenido manifiesto, sino en el contenido latente, pero eso ya es algo mucho más difícil de pesquisar.

Por otra parte se podría objetar que el hecho que un paciente aparezca en el contenido manifiesto de un sueño no significa que necesariamente represente

¹⁶¹ Whitman, R. et al. (1969) *op. cit.*

¹⁶² Whitman, R; et al. (1969) *op. cit.*; pp. 725 (traducción personal).

al paciente, sin embargo, compartimos los planteamientos de Whitman, et. al., en el sentido que no habría contenidos manifiestos que no sean significativos, así como las observaciones que apuntan a que la técnica de interpretación de los sueños da cada vez mayor importancia al contenido manifiesto de ellos¹⁶³.

Es probable que se hable y se trabaje poco sobre ellos porque, al hacerlo, el analista o terapeuta que lo hace se expone más allá de lo usual. Al contar un sueño, estamos compartiendo aspectos muy íntimos, que son en parte desconocidos para nosotros mismos y damos pie para que nuestro interlocutor interprete a su arbitrio. Esto va a ocurrir a pesar que se supone que no se debería intentar interpretar un sueño fuera de contexto, es decir, fuera de la situación analítica determinada dentro de la cual se generó. Y, ciertamente, hacer esto frente a colegas no hace sino dificultar aún más las cosas. Sin embargo, sí existen trabajos en la literatura donde se da cuenta de ellos¹⁶⁴.

En este ámbito, fue nuevamente Freud el que abrió camino siendo el primero que estuvo dispuesto a compartir un sueño con un paciente, con el objeto de ilustrar el modo como podía ser interpretado. El "*Sueño de la Inyección de Irma*", como se le ha llamado, constituiría el primer reporte sobre un sueño contratransferencial y su interpretación¹⁶⁵. Este sueño de Freud ha sido objeto de numerosas interpretaciones en una gran cantidad de trabajos y

¹⁶³ Jiménez, J. P. (1990) "Algunas consecuencias técnicas de la teoría de Matte-Blanco sobre el sueño".

¹⁶⁴ Freud, S. (1900c) "El método de la interpretación de los sueños. Análisis de un sueño paradigmático"; Winnicott, D. (1949) *op. cit.*; Gitelson, M. (1952) *op. cit.*; Tauber, E. (1954) "Exploring the therapeutic use of countertransference data"; Tower, L (1956) "Countertransference"; Angel, E. (1979) "The resolution of a countertransference through a dream of the analyst"; Zwiebel, R. (1985) *op. cit.*; Bernstein, A.; Katz, S. (1987) *op. cit.*; Kernberg, O. (1987) "Projective identification, countertransference, and hospital treatment"; Sedlak, V. (1997) "El espacio del sueño y la contratransferencia"; Dittborn, J. (2001) "La relación de objeto con el psicoanálisis y su participación en la contratransferencia"; Mailer, S. (2002) "Puente entre dos sueños: un espacio onírico compartido entre paciente y analista".

¹⁶⁵ Freud, S. (1900c) *op. cit.*

publicaciones. Guardando las diferencias entre el interés que puede generar un sueño de Freud y el de cualquier otro analista, esto nos da una medida de lo “arriesgado” que puede ser compartir un sueño con colegas.

Freud publicó *“La interpretación de los sueños”* en el año 1900, y aún hoy continúa siendo el más importante trabajo individual sobre la psicología de los sueños. Hasta antes de su publicación, no existía una teoría científica y tan abarcativa acerca de los sueños, perteneciendo éstos más bien al terreno de las creencias populares, o siendo considerados por la ciencia como una suerte de curiosidades aberrantes que producía la mente. Fue Freud quien les dio el status de actos mentalmente válidos que podían ser comprendidos dentro del contexto de otros actos mentales de la persona que sueña.

Todas las investigaciones sobre sueños posteriores a *“La interpretación de los sueños”* tienen alguna influencia de esta obra. Ahora bien, Freud buscaba no solamente comprender los sueños, sino llegar a comprender la mente y la naturaleza humanas. Freud habría visto en los sueños una oportunidad que no percibieron sus antecesores que es observar la mente cuando no hay presencia de estímulos perceptuales ni imperativos de índole social¹⁶⁶.

Para Freud los sueños tenían dos funciones primordiales, el cumplimiento de deseo y el resguardo del dormir. Por una parte, consistirían en una forma disfrazada de cumplimiento de deseos reprimidos y, por otra, al permitir la gratificación de los deseos prohibidos, con un miramiento por la censura, protegerían al soñante de ser invadido por ellos y despertar, convirtiéndose así en “guardianes del dormir”¹⁶⁷.

¹⁶⁶ Maltraín, H. (2005) “Sueños: perspectiva freudiana”.

¹⁶⁷ Zimerman, D. (1999) *op. cit.*

Cuando dormimos, el esfuerzo de represión y la resistencia disminuyen, lo que permitiría que el inconsciente tenga más facilitado el camino para aflorar a la superficie y, como el acceso a la motilidad está cerrado, se puede formar un sueño. Sin embargo, la resistencia y el esfuerzo de represión disminuyen pero no desaparecen del todo, de modo que el inconsciente no tiene el camino completamente libre. Freud, señaló que había una censura onírica a la que denominó “Censor del sueño”. Un sueño sería el resultado de un compromiso entre un impulso inconsciente y las fuerzas de censura que se oponen a él¹⁶⁸.

Señala Freud:

“Tiene que haber ahí una fuerza que quiera expresar algo y otra que no se avenga a permitir esa exteriorización”;
“Los casos más frecuentes –y los más característicos para la formación de los sueños– son aquellos en que el conflicto desembocó en un compromiso, de suerte que la instancia comunicante pudo decir lo que quería, pero no tal como quería decirlo, sino sólo atemperado, desfigurado y vuelto irreconocible”¹⁶⁹.

Melanie Klein, por su parte, no dedicó una obra específica al tema de los sueños, sin embargo, aportó nuevas perspectivas desde las cuales éstos podían ser mirados. Fueron sus concepciones acerca del funcionamiento de la mente las que introdujeron modificaciones al modo como éstos podían ser comprendidos. Uno de los conceptos centrales que aportó Klein al

¹⁶⁸ Maltraín, H. (2005) Conferencia citada.

¹⁶⁹ Freud, S. (1932) “Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis”. 29ª conferencia. “Revisión de la doctrina de los sueños”; pp. 14.

psicoanálisis fue el de *fantasía inconsciente*. Postuló que la fantasía inconsciente constituye la actividad mental básica del ser humano y está presente tanto durante el estado de vigilia como en el dormir. Constituiría un modo de pensar presente en la vigilia y en el dormir.

El sueño, para Klein, sería la manifestación de la fantasía inconsciente durante el dormir. La angustia sería el motor del sueño y su función sería modularla. Es por esto que, si el nivel de angustia es intolerable, la necesidad de negar la realidad psíquica llevaría a no poder soñar. La autora equiparó los sueños al juego de los niños y los utilizó, teniendo en esto una gran influencia sobre los autores que continuaron sus líneas de pensamiento, como un indicador del estado mental del analizado¹⁷⁰. Zimerman, subraya que Klein pone el acento en los sueños como la dramatización de un conflicto donde intervienen por tanto fantasías inconscientes y angustias.

Bion, va a abordar los sueños desde dos vértices diferentes. En el contexto del modelo continente–contenido, el sueño puede ser visto como un continente de sentimientos primitivos, ideas y protopensamientos que están almacenados, y al mismo tiempo como contenido que, en la situación analítica, estaría “pidiendo” ser comprendido por el analista¹⁷¹. Usando el modelo del aparato digestivo, Bion señala que puede entenderse el sueño como siguiendo una trayectoria que comienza con la incorporación de estímulos antiguos y recientes, y termina en una evacuación.

La idea de evacuación de contenidos mentales fue usada por Bion para formular su concepción de que los estímulos primitivos, que generan sensaciones y emociones primitivas, en una primera etapa de formación de

¹⁷⁰ Pessoa, W. (2005) “El soñar desde la perspectiva de Melanie Klein y post Klein”.

¹⁷¹ Zimerman, D (1999) *op. cit.*

pensamientos, eran protopensamientos, que él denominó elementos beta (β), los que no se prestan para ser pensados, sino solamente para ser evacuados. Para que los elementos β puedan ser transformados en elementos alfa (α), se requiere que el bebé encuentre en su madre una función α eficaz que, además de dar sentido a sus experiencias emocionales, haga posible la formación de una barrera de contacto que sirva como delimitación permeable entre el inconsciente y el sistema preconscious-consciente.

Para Bion lo que posibilita la formación de sueños y, de lo que el llama un *pensamiento onírico*, sería la posibilidad de un tránsito permeable entre consciente, preconscious e inconsciente, unido a la capacidad de distinguir entre sueño y vigilia, más la capacidad de formar símbolos. Cuando no hay una función α eficaz por parte de la madre lo que ocurre es que no se establecen los límites entre consciente e inconsciente, lo que sumado a la concomitante dificultad para elaborar y simbolizar, va a impedir la formación de sueños. Es por esto que Bion afirma que los sicóticos no sueñan, sino que sus “sueños” son en realidad evacuaciones de restos diurnos que no han sido procesados ni elaborados¹⁷².

Otro importante autor de la línea kleiniana, Donald Meltzer, va a considerar los sueños como un proceso activo que implica una actividad creativa y generadora de símbolos. Los toma, siguiendo a Klein, como una representación simbólica de los estados de la mente del soñante, cuyo “guión” sería el mismo de la vida de vigilia, que traduciría la fantasía inconsciente¹⁷³.

¹⁷² Zimmerman, D (1999) *op. cit.*

¹⁷³ Zimmerman, D (1999) *op. cit.*

En este sentido, Meltzer tiene una concepción “dramática” del sueño. Toma la idea de Klein de que vivimos en dos mundos: externo e interno, y señala que los sueños serían “...imágenes de la vida onírica que transcurre sin cesar, tanto en vigilia como mientras se duerme”¹⁷⁴. Concuerda con Bion en cuanto a que los sueños constituyen un tipo de pensamiento: “Yo estaría de acuerdo con Bion en que soñar es pensar, que la vida onírica puede ser concebida como un lugar al cual vamos mientras dormimos, cuando podemos dedicarnos totalmente a este mundo interno”¹⁷⁵.

En otra línea, Winnicott, introduce la idea del *espacio del sueño* como un espacio transicional, intermedio por así decirlo, entre el mundo imaginario y el de la realidad, donde se daría la posibilidad de pensamientos y actos creativos. Ogden, en una dirección semejante, señala que el *espacio del sueño* y el *espacio analítico* serían dos formas de *espacio potencial* que tendrían elementos en común. En ambos se daría un proceso dialéctico que, en el caso del sueño, se traduce en que un aspecto del self produce un sueño que es comprendido por otro aspecto del self: “El sueño, como cosa en sí es sometido a un proceso dialéctico por otro aspecto del *self* mediante el cual se crean significados simbólicos y vivencias del sueño. El esquizofrénico, cuando no es capaz de mantener un proceso dialéctico psicológico, transforma la presentación del sueño en alucinación”¹⁷⁶.

Esta breve descripción de lo que han planteado algunos autores que han contribuido al tema de los sueños con posterioridad a Freud, nos muestra que los sueños pueden tener otras funciones, además de las descritas originalmente por él. Es así como se ha mencionado, entre otras, su función

¹⁷⁴ Pessoa, W. (2005) Conferencia citada; pp. 8.

¹⁷⁵ Meltzer, D. (1981) “The kleinian expansion of Freud’s metapsychology”; pp. 183 (traducción personal).

¹⁷⁶ Ogden, T. (1986) *La Matriz de la Mente*; pp. 181.

de comunicación entre aspectos del self, de comunicación entre paciente y analista, especialmente de contenidos que no logran ser verbalizados, y su función de elaboración e integración, lo que los convertiría en un proceso creativo que genera sentido y significado. El sueño puede verse, desde estas nuevas perspectivas, como un espacio de elaboración.

También se ha introducido la idea de que constituirían un *modo de pensamiento* que estaría siempre presente, tanto en la vigilia como durante el dormir, y que podrían traducirnos el estado mental del soñante así como una dramatización de sus conflictos.

En todas estas nuevas líneas de pensamiento que surgen fundamentalmente a partir de las ideas de Melanie Klein sobre el funcionamiento mental, el soñar aparece como una *capacidad* que tiene relación con un logro evolutivo del individuo. Y, en este sentido, se podría hablar de la capacidad de soñar en oposición a la imposibilidad de soñar, que no sería lo mismo que no poder recordar los sueños.

Tanto en los planteamientos de Klein como en los de Meltzer aparece la idea del sueño como un fenómeno que nos hablaría del estado mental del soñante. Si tomamos las ideas de Bion, podríamos pensar que cuando un paciente nos cuenta un sueño, estaría buscando transmitirnos un estado mental que busca un continente.

Ahora bien, estamos acostumbrados, cuando hablamos de sueños, a pensar en los sueños del paciente. Pero, ¿Qué podríamos pensar que ocurre cuando un analista sueña con su paciente? Pareciera que no habría sólo una capacidad del paciente de soñar con algo referido a sí mismo, sino también

una capacidad del analista de soñar con algo referido, obviamente a sí mismo, pero también referido a su paciente

Los autores que han escrito sobre sueños contratransferenciales dan cuenta que estos sueños surgen en momentos de dificultad en el trabajo con el paciente, ya sea porque se trata de un paciente difícil en algún sentido, o bien porque el analista considera que se encuentran en un impasse o en un momento problemático del trabajo analítico. En general, se mencionan sentimientos intensos en el analista tanto respecto al paciente como al vínculo con él. En otros casos, se aprecia como un momento personal del analista o el contexto institucional que puede rodear un caso, afectan tanto al analista como a su trabajo.

Freud, cuando decide exponer un sueño propio en *“La interpretación de los sueños”*, lo hace para ilustrar el modo como éste puede ser interpretado. De ahí que se refiera al *“Sueño de la Inyección de Irma”* como un sueño *paradigmático*. Y lo hace no sin aprensiones, *“...pues sabemos que no estamos a cubierto de las interpretaciones torcidas de extraños”*¹⁷⁷, pero considera más importante el aporte que va a significar a la comprensión.

Irma, era una paciente que, además, era su amiga y de su familia lo que, como él mismo refiere, se prestaba para múltiples confusiones. Por una parte, su interés era mayor pero, al mismo tiempo, su autoridad disminuía. El tratamiento había sido interrumpido luego de una desavenencia con la paciente, y Freud consideraba que el éxito había sido parcial ya que Irma había perdido su *“angustia histérica”*, pero no todos sus síntomas somáticos. Durante una visita de un colega más joven y amigo cercano, Freud le

¹⁷⁷ Freud, S. (1900c) *op. cit.*; pp. 126.

pregunta por la paciente y éste le responde “Está mejor, pero no del todo bien”¹⁷⁸. A Freud le parece entender un reproche y siente que su joven colega, Otto, ha tomado partido en contra de él, como resultado de la influencia de la familia de Irma. Durante la tarde, Freud redacta la historia clínica de Irma “...con el propósito de enviársela, a modo de justificación, al doctor M., un amigo común que era entonces la personalidad descollante en nuestro círculo”¹⁷⁹. Esa noche Freud tiene un sueño en que aparecen tanto la paciente, como Otto y el Dr. M.

Freud realiza un análisis muy acucioso, que declara incompleto, de cada uno de los elementos del sueño y finalmente señala: “...el resultado del sueño, en efecto, es que no soy yo el culpable de que persistan los padecimientos de Irma, sino Otto; este, con su observación acerca de la incompleta curación de Irma, me ha irritado, y el sueño me venga de él devolviéndole ese reproche. El sueño me libera de responsabilidad por el estado de Irma atribuyéndolo a otros factores; produce toda una serie de razones. El sueño figura un cierto estado de cosas tal como yo desearía que fuese; *su contenido es, entonces, un cumplimiento de deseo, y su motivo, un deseo*”¹⁸⁰. (cursiva en el original)

Luego de interpretar los distintos elementos del sueño, Freud llega a una síntesis, cuyo foco apunta a uno de los aspectos de los sueños que estaba intentando demostrar: que constituyen un cumplimiento de deseo. En este caso, piensa que tiene relación con que otro, y no él, sea el culpable de que persistieran las dificultades de Irma.

¹⁷⁸ Freud, S. (1900c) *op. cit.*; pp. 127.

¹⁷⁹ Freud, S. (1900c) *op. cit.*; pp. 128.

¹⁸⁰ Freud, S. (1900c) *op. cit.*; pp. 139.

En el informe preliminar al sueño, Freud señala “Por entonces, todavía no tenía yo plena certeza sobre los criterios que marcan el cierre definitivo de un historial histérico, y propuse a la paciente una solución que a ella no le pareció aceptable. En esa desavenencia interrumpimos el tratamiento...”¹⁸¹.

Desde el punto de vista de este trabajo, podemos ver que hay muchos elementos que deben haber colocado a Freud en una situación difícil respecto a la interrupción del tratamiento de esta paciente. En primer lugar, hubo un punto de desacuerdo con la paciente que condujo a una interrupción. Además, Freud nos dice que no tenía certeza sobre algunos aspectos de los tratamientos de las pacientes histéricas, de modo que es posible que el rechazo de la paciente a su “solución” lo haya insegurizado en ese sentido.

Un *éxito parcial*, no era bienvenido en muchos sentidos: entre otros, era frustrante, subsistía la preocupación por la paciente, podía hacerlo dudar de la eficacia de su tratamiento, lo exponía a la crítica de sus colegas y de la familia de la paciente, con quienes tenía una relación cercana, y, por cierto, también involucraba una herida narcisística. Por otra parte, sabemos que, especialmente en los comienzos del psicoanálisis, la legitimación de éste ante la comunidad científica y la sociedad en general, eran temas sensibles para Freud.

De manera que Freud tenía razones de sobra para estar removido emocionalmente por este caso. Los comentarios de su joven colega, independientemente de si contenían o no un *reproche* al maestro, cayeron posiblemente en terreno fértil. No disponemos de mayores antecedentes del caso en sí, pero posiblemente los hechos narrados por Freud respecto al

¹⁸¹ Freud, S. (1900c) *op. cit.*; pp. 127.

caso, la situación de contexto y, en particular, el sueño, nos podrían decir mucho de Irma y de la relación con su analista.

Zwiebel¹⁸², en un trabajo sobre la dinámica de los sueños contratransferenciales, sostiene que la mayoría de ellos actuarían como indicadores de una temida, o negada, pérdida de competencia de parte del analista. Cuando esta pérdida de competencia adquiere una cualidad traumática, real o potencial, debido a áreas de conflicto del analista, puede inducir un sueño contratransferencial. El sueño revelaría al analista en la situación traumática y el cumplimiento de deseo o resolución reparatoria. El autor piensa que los sueños contratransferenciales tendrían una función curativa para el analista porque le permiten reconocer problemas críticos de la relación analítica que, si son adecuadamente elaborados, contribuyen a hacer avanzar el proceso.

Este autor describe en su trabajo un sueño contratransferencial con un paciente que, durante el primer año de análisis, le provocaba impresiones y sentimientos contradictorios. Estas contradicciones, señala el autor, lo llevaban a reacciones contratransferenciales intensas como cansancio, sentimientos de desamparo, confusión e irritación que no lograba integrar constructivamente en sus interpretaciones. Tampoco lograba integrar la tensión afectiva que sentía y sus sentimientos negativos hacia el paciente. Es a partir de su sueño que el autor puede reconocer una serie de problemas de la relación analítica con ese paciente, permitiéndole avanzar en el proceso.

¹⁸² Zwiebel, R. (1985) *op. cit.*

Sedlak¹⁸³, señala que habría una relación entre la capacidad, o incapacidad, de un paciente para crear un sueño relativo a un conflicto emocional concreto y la capacidad del analista de elaborar ese tema en la contratransferencia. El paciente, dice el autor, puede provocar en el analista, inconscientemente, la misma dificultad que le hace a él no poder soñar con algo. El paciente proyecta en el analista algo que no puede elaborar y, si el analista puede contenerlo y no evacuarlo él también, puede llegar a reconocer que sus sentimientos contratransferenciales tienen un significado analítico en relación al paciente. De este modo, puede transformarlo en algo que pueda ser pensado y soñado.

Entonces, el trabajo elaborativo que puede hacer el analista con sus sentimientos contratransferenciales, puede conducir al paciente a tener la capacidad, que antes no tenía, de pensar en algo y soñar con ello, por ejemplo. Sedlak ilustra, a través de un ejemplo clínico, que este trabajo elaborativo que puede hacer el analista puede surgir a través de un sueño contratransferencial.

Mailer¹⁸⁴ expone como un sueño contratransferencial le sirvió para elaborar una situación de impasse con un paciente *silencioso*¹⁸⁵, lo que influyó sobre la manera como estaba trabajando con él. Esto habría sido percibido por su paciente, quién no sólo tuvo un cambio en la manera como se relacionaba con su analista sino que, además, tuvo un sueño de características muy similares al de ella.

¹⁸³ Sedlak, V. (1997) *op. cit.*

¹⁸⁴ Mailer, S. (2002) *op. cit.*

¹⁸⁵ Término de Coltart, H.

La autora señala que este espacio onírico, compartido por paciente y analista, puede entenderse como una comunicación de inconsciente a inconsciente donde el sueño no se concibe solamente como un evento intrapsíquico sino también, siguiendo a Ogden, como un evento intersubjetivo en tanto ocurre en el contexto de la situación analítica, concebida como el interjuego del analista, el paciente y el tercero analítico.

Winnicott, nos dice en su trabajo sobre el odio en la contratransferencia: “Hace poco me sucedió que durante un período de varios días estuve trabajando mal. Cometí errores con respecto a cada uno de mis pacientes. La dificultad radicaba en mí mismo y era en parte personal, pero estaba principalmente asociada con un clímax que había alcanzado en mi relación con una paciente (de investigación) psicótica. La dificultad se aclaró cuando tuve lo que a veces se llama un sueño “curativo”; “Cuando me desperté, tuve consciencia de haber comprendido en un nivel muy profundo en qué consistía mi dificultad en ese momento”¹⁸⁶.

En este caso Winnicott menciona explícitamente la confluencia de dificultades personales y de un momento significativo en el trabajo con una paciente, y como un sueño lo ayudó a alcanzar un nivel de comprensión que no había logrado por otros caminos.

Otto Kernberg, relata el caso de una paciente hospitalizada cuyo tratamiento asumió, no como terapeuta, sino para hacerse cargo del manejo hospitalario. Este caso era complejo no sólo porque se trataba de una paciente difícil y con un potencial suicida difícil de predecir, sino también por circunstancias institucionales que rodeaban el tratamiento que colocaban al Dr. Kernberg en una posición compleja y hasta cierto punto incómoda. Con posterioridad a

¹⁸⁶ Winnicott, D. W. (1949) *op. cit.*; pp. 437–438.

una sesión en que confronta a la paciente a propósito de una discrepancia entre sus afirmaciones e información proveniente del hospital, Kernberg es llamado, tarde ese día, porque la paciente estaba en intenso pánico y exigía verlo. El autor señala que al llegar, ella estaba vestida con un negligee transparente y en actitud seductora. Describe como, a pesar de haber mantenido su ecuanimidad, en su reacción afectiva, sintió una respuesta erótica.

Esa misma noche Kernberg tuvo el siguiente sueño: “Estaba en la habitación de Lucía (la paciente) en el hospital, pero ahora parecía más como una habitación de hotel, y estaba sentado en la cama con ella, en lo que obviamente se estaba desarrollando como un encuentro sexual. Repentinamente, con una sonrisa seductora, Lucía pone su dedo índice en mi boca, profundamente, y despierto con un intensa sensación de ansiedad”¹⁸⁷. Kernberg dice haberse dado cuenta, a raíz de este sueño, de cómo la paciente le había “metido el dedo en la boca” y le había estado mintiendo todo el tiempo.

En todos estos trabajos los autores hablan de situaciones difíciles, aunque de diversa índole, con sus pacientes. Y, salvo en el caso de Freud cuyo objetivo al exponer su sueño era otro, en todos ellos se plantea al sueño contratransferencial como un fenómeno que, independientemente de cómo se pueda explicar su surgimiento, ayudó al analista a entender algo que no estaba comprendiendo y contribuyó a que pudiera salir de una situación de impasse.

Como se dijo antes, el sueño puede ser entendido como un modo de pensamiento y puede constituir, por tanto, un espacio de elaboración. La

¹⁸⁷ Kernberg, O. (1987) *op.cit*; pp. 259 (traducción personal).

“*capacidad de soñar*” podría ser pensada, entonces, como un modo particular de poder *pensar* en algo y, así, acceder a elaborarlo.

Desde esta mirada, un sueño contratransferencial puede estar expresando, por esta vía tan particular, algo que esta presente en la mente de un analista y que no puede ser *pensado* sino de esa manera. Y, tal vez, no puede ser pensado sino de esa manera porque el paciente le ha transmitido un contenido de un modo particular. En los casos señalados, muchos de los sentimientos descritos por los analistas son sentimientos que, por su contenido o por su intensidad, se consideran propios de una identificación proyectiva.

Podríamos pensar que, en determinados momentos de una relación analítica, puede ocurrir que haya un contenido mental del paciente buscando un continente, y que ese contenido mental por razones que habría que entender, aparece en la mente del analista, y aparece, específicamente, como un sueño.

Uno podría, entonces, preguntarse ¿A quién pertenece un sueño contratransferencial? ¿Pertenece al soñante, el analista, o, más bien, pertenece al paciente? Pareciera que les pertenece a ambos, sin que pueda delimitarse con exactitud el ámbito de dominio de cada uno. Parece haber, por una parte, un contenido del paciente que no puede ser expresado verbalmente; y, por otro, un analista que está complicado en su trabajo con ese paciente y que requiere resolver esa situación.

El sueño contratransferencial parece constituirse, en esos momentos, en una forma de comunicación entre paciente y analista. De este modo, el analista parece soñar un sueño que el paciente no puede soñar y, al hacerlo, accede

a la posibilidad de elaborarlo y pensar en algo que no había estado pudiendo pensar conscientemente. En este caso, sí podríamos decir que un sueño del analista puede llegar a constituir, también, una *vía regia* para acceder al inconsciente de su paciente.

XI CONCLUSIONES

La contratransferencia, desde que fuera concebida y presentada a la comunidad psicoanalítica por Freud, en 1910, ha sufrido grandes cambios en su conceptualización. Las modificaciones no se han dado solamente en el plano teórico, sino que cada línea de pensamiento ha implicado, finalmente, una transformación en la técnica, es decir, un cambio en la forma como los analistas trabajan.

Lo que básicamente se observa es el cambio profundo que implica el paso desde considerar la contratransferencia únicamente como un obstáculo en la situación analítica, hasta ser concebida como un instrumento relevante a la hora de comprender al paciente.

Este paso está indisolublemente ligado a otra transformación fundamental que es la apertura o ampliación del término. Se ha producido un desarrollo desde una concepción estricta, que sólo considera aquellos fenómenos inconscientes que ocurren en el analista en respuesta a la transferencia de su paciente, a una concepción más abarcativa en que también se incorporan fenómenos conscientes y preconscious, que no ocurren únicamente en

respuesta a la transferencia, sino también en relación al paciente como un todo.

La evolución del concepto desde limitación a herramienta no ha tenido un desarrollo lineal. Más bien ha oscilado ubicándose en diferentes puntos entre dos extremos: desde la idea de su pertenencia solamente al inconsciente del analista, hasta el polo de la contratransferencia perteneciendo prácticamente sólo al paciente, como sostuvo en su momento Paula Heimann.

Además, el concepto de contratransferencia se ha desplegado y profundizado, porque se han ido describiendo fenómenos más específicos. Es así como se han diferenciado tipos de contratransferencia tomando en cuenta diferentes variables y, algunos de ellos, se han asociado a pacientes con determinadas patologías.

De este modo, por ejemplo, la contratransferencia se ha evidenciado en toda su relevancia en aquellos pacientes con dificultades más serias, donde se observa la presencia de fenómenos difíciles de elaborar verbalmente por la díada paciente–analista, así como también en áreas o aspectos más primarios y difíciles de verbalizar en pacientes con dificultades más neuróticas.

Nos parece, en este sentido, que el desarrollo del concepto de contratransferencia ha seguido un camino a través del cual ha ido adquiriendo, paulatinamente, una *cualidad* diferente, lo que convierte sus cambios en radicales.

Pensamos que la idea de la contratransferencia como un instrumento útil en la cura analítica estaría prefigurada en la obra de Freud. Este planteamiento, a

nuestro juicio, se sostiene en la inclusión de la contratransferencia como parte importante del futuro desarrollo del saber y la técnica psicoanalítica; unido a la idea de comunicación de inconsciente a inconsciente expresada en la metáfora del teléfono respecto a la relación paciente–analista; y avalado por el camino seguido con anterioridad por la transferencia en esta misma dirección.

Se aprecian, respecto a la contratransferencia, otras vertientes de cambio que son algo más complejas porque no dicen relación con un cambio relativo directamente al concepto en sí, sino que se desprenden de las variaciones que ha ido teniendo la teoría y la práctica psicoanalíticas. Son modificaciones que surgen a partir de los aportes de diversos autores, muchos de los cuales han creado escuelas o tendencias psicoanalíticas que, aunque comparten los planteamientos básicos de Freud, han ido transformando, en algunos casos considerablemente, el modelo original. Es lo que sucede, por ejemplo, con las contribuciones realizadas por los autores kleinianos.

La idea de contratransferencia ya no es la misma cuando un autor concibe y describe fenómenos que pueden ocurrir entre el paciente y el analista, y los denomina identificación proyectiva e introyectiva, como hizo Melanie Klein. El concepto de identificación, en todas sus variantes, nos parece fundamental a la hora de intentar comprender la comunicación de inconsciente a inconsciente, y también en los desarrollos de planteamientos contemporáneos que muestran como un vínculo entre dos personas no deja indemne a ninguno de sus participantes.

Un analista que sólo contaba con los planteamientos explícitos de Freud respecto a la contratransferencia, no tenía mucho más que hacer con los afectos que se generaban en él en una sesión analítica, que intentar

autoanalizarlos o, posteriormente, llevarlos a su análisis personal como algo propio.

En cambio, un analista de los años cincuenta que lee a Paula Heimann y adscribe a sus planteamientos, puede pensar que *todo* cuanto siente en una sesión pertenece al paciente, por cuanto la nueva teoría señala que es creación de él. Quien leyó a Winnicott en los mismos años, puede haber sentido alivio al ver legitimados sus sentimientos de odio hacia algún paciente difícil.

Hoy, un analista que comparte un visión intersubjetiva de la relación analítica, posiblemente pensará que aquello que experimenta por su paciente ha sido construido en conjunto por ambos, y se experimenta en un espacio que no es ni propio ni del paciente, sino que pertenece a ese universo creado por ambos. Pensará también que no pretende ser neutral porque es imposible que lo sea, así como una analista que adscriba a la Psicología del Yo intentará apegarse estrictamente a una neutralidad que cree poder alcanzar.

No obstante las diferencias teóricas que puedan existir entre los autores, da la impresión de haber una brecha, que ha sido descrita en investigaciones sobre psicoterapia, entre lo que los analistas teorizan y lo que, a fin de cuentas, hacen cuando analizan personas. Pareciera que, aún quienes comparten una visión estricta de la contratransferencia en teoría, a la hora de pensar en un caso clínico, sí consideran sus sentimientos respecto al paciente, aunque no los llamen contratransferencia y los denominen de otras maneras.

En la misma línea, como han enfatizado muchos autores, más allá de las múltiples divergencias entre las distintas posturas, hoy habría una tendencia común entre los analistas a considerar la contratransferencia en su trabajo, a incorporarla a la comprensión que intentan acerca del paciente, y a reconocer

que paciente y analista se afectan mutuamente. Es decir, pareciera que, en la práctica, una proporción considerable de analistas trabajan hoy día con un concepto amplio de contratransferencia.

Y entonces, finalmente, ¿contratransferencia en sentido estricto o contratransferencia en sentido amplio? La contratransferencia tomada estrictamente como un fenómeno inconsciente en respuesta a la transferencia del paciente puede ser más rigurosa en términos teóricos, sin embargo, deja a los analistas sin mucho más que hacer que analizarse más. La contratransferencia en un sentido amplio, por otra parte, se convierte en un concepto tan amplio que, por momentos, pierde definición y sus límites se hacen demasiado difusos. En este caso, es válido preguntarse si tiene sentido que se llame contratransferencia, o si sería más correcto hablar simplemente de los sentimientos del analista respecto a su paciente y su relación con él, como han planteado muchos autores.

Concordamos, en este sentido, con Paula Heimann cuando sostiene que la contratransferencia sería un fenómeno que ocurriría en distintos niveles: entre el paciente y el analista se daría una relación que ocurre en un nivel profundo, inconsciente, que emerge a la superficie como sentimientos o afectos que pueden manifestarse de diferentes modos.

Nos parece, entonces, que habría aspectos del vínculo con el paciente que, por definición, no serían accesibles para el analista. Esos aspectos son los que puede llegar a conocer, en parte, a través de su autoanálisis y de su análisis personal. Aquello que emerge a la superficie, es decir, los aspectos que sí son accesibles, deberían ser incorporados a todos aquellos espacios de que dispone un analista para pensar acerca de su paciente. Esto, desde luego, puede involucrar su análisis personal, pero incluye habitualmente ámbitos que

van desde los momentos en que, sólo, se piensa en un caso, hasta todos aquellos espacios en que se comparte con otros la propia experiencia. Dentro de estos, creemos que la contratransferencia debería tener un lugar en una instancia muy particular: la supervisión.

Pensamos que la supervisión constituye un lugar privilegiado, y digno de ser estudiado con la mayor profundidad, donde un tercero, el supervisor, intenta conocer y comprender al paciente, a través del analista. El supervisor tiene una perspectiva y una distancia particulares para comprender los fenómenos que le ocurren al analista en la relación con el paciente, y tiene además la posibilidad de contener emocionalmente a su supervisado. Porque, lo que es accesible de su contratransferencia para el analista son, justamente, afectos. Y hacer frente a lo que sucede afectivamente en una relación analítica no es cosa fácil. Nos parece que si el analista está contenido va trabajar en mejores condiciones, lo que es positivo para su paciente, tanto como para él mismo.

Es por esto que nos parece fundamental que la contratransferencia sea compartida con el supervisor en todas sus manifestaciones. Enfatizamos esto porque, si bien hoy la contratransferencia tiene una legitimación que antes no tenía, nos parece que, en la práctica, sigue persistiendo la idea que no es del todo bien visto que a un analista “le ocurran cosas con su paciente”. Y, si consideramos también el tema específico de los sueños contratransferenciales, todavía podría existir una tendencia a pensar que contar un sueño propio en una supervisión, por más que involucre al paciente, es contar un sueño en el lugar equivocado.

Si un analista puede hablarle a su supervisor con libertad, esto no sólo permitiría entender mejor al paciente supervisado en particular, sino que ese

conocimiento se va a poder ampliar a los fenómenos que ocurren, en general, entre un analista y su paciente, es decir, va a contribuir, finalmente a una expansión del saber.

La importancia del desarrollo del pensamiento psicoanalítico en torno al concepto de contratransferencia, como respecto a cualquier otro, es que la teoría va evolucionando, lo que permite avanzar en el conocimiento y, a partir de esto, se van desarrollando modos de trabajo diferentes que van ampliando también los campos de investigación futura.

Es lo que ocurre, por ejemplo, cuando un autor concibe que un sueño de un analista con su paciente no constituye solamente material personal factible de ser llevado al análisis didáctico, o incorporado al autoanálisis, sino que es algo que puede ser pensado, también, en relación al paciente y al vínculo con él, y lo denomina *sueño contratransferencial*.

El fenómeno del sueño contratransferencial, si bien ha sido objeto ya de numerosos trabajos, no ha sido profundizado ni en su génesis ni plenamente en todos sus posibles significados. Consideramos que constituyen una vertiente de fenómenos, que se dan en la díada analítica, que son difíciles de comprender y deben ser estudiados en toda su profundidad.

Un analista que no tiene incorporado el concepto de sueño contratransferencial, probablemente descarta un sueño de estas características para todo análisis que no sea su análisis personal. Al delimitarlos conceptualmente, ponerles un nombre, e investigar sobre ellos, se abre un espacio de pensamiento a ser incluido en el trabajo analítico. Se enriquece, así, nuestra labor y las posibilidades de ampliar la comprensión de lo que hacemos.

Si los sueños del analista con su paciente, en cuanto manifestación de la contratransferencia, son dejados fuera, se pierde una información tanto del paciente como de la relación analítica, que de otro modo resulta muy difícil que pueda ser incluida porque involucra aspectos del paciente que no tendrían, para esa díada analítica, la posibilidad de expresión verbal directa. Se perderían, así, sentidos y significados que no tendrían posibilidad de ser comprendidos, ya que los sueños contratransferenciales, entre otras muchas posibilidades a descubrir, pueden ser comprendidos como un modo de comunicación entre el paciente y el analista.

Los sueños contratransferenciales se constituyen en un intento de elaboración de elementos que no pueden ser pensados conscientemente ni por el paciente ni por el analista y, por tanto, tampoco verbalizados.

Nos parece central, entonces, que los analistas abran su mente a la contratransferencia en sus más variadas manifestaciones y la consideren cuando intenten comprender a sus pacientes.

Un fenómeno contratransferencial, cualquiera sea, siempre va a hablar del analista. La pregunta, en cada caso, va a ser si está hablando, también, del paciente, y que es lo que nos puede decir acerca del vínculo entre ambos. Va a ser el analista, o más bien la mente analizada del analista, quien puede intentar descubrir que hay bajo la superficie de una manifestación contratransferencial, y discriminar hasta que punto es un fenómeno exclusivo de sí mismo o si hay, además, aspectos del paciente involucrados, y cual sería la relación entre ellos.

Ahora bien, todo analista va a tener, siempre, puntos ciegos. Se puede estar analizado, se puede estar atento a las manifestaciones de

contratransferencia, se puede estar consciente de la enorme cantidad de sesgos de toda índole que tenemos, sin embargo, eso no significa que podemos ir más allá de ellos, o de algunos de ellos.

Esto significa hacer un proceso de duelo, porque implica, entre otras cosas renunciar a la idea omnipotente de que se puede estar perfectamente analizado. O, como bien señaló Racker, que la idea del análisis como algo que transcurre entre un enfermo y una persona sana es simplemente un mito, y que lo que ocurre entre paciente y analista es nada más, y nada menos, que todo lo que puede ocurrir en una persona frente a otra.

Esto se relaciona con un último punto que queremos subrayar y que se refiere al trabajo que tiene que hacer el analista no sólo para hacer análisis, sino específicamente para tratar con la contratransferencia y poder utilizarla en bien del paciente y de sí mismo.

Pensamos que este es un trabajo arduo que dice relación con un crecimiento emocional. Hemos señalado que el analista debe poder, por ejemplo, pensar, discriminar y contener, lo que requiere de muchos tipos de habilidades pero, especialmente, de una capacidad de lidiar con afectos que consideramos de alta complejidad.

No importa donde se esté ubicado como persona, y como analista, en términos de las propias capacidades, siempre va a ser necesario hacer un trabajo de crecimiento, con otro, para poder, genuinamente, ayudarlo. Y se supone, sólo se supone, que se está en mejores condiciones que él.

La tarea es compleja, sin embargo, en el "*Sueño de la inyección de Irma*" Freud nos muestra, particularmente, como se puede lograr una salida creativa a una situación contratransferencial compleja. Freud, a partir de su sueño, generó

pensamiento, y terminó, nada menos que elaborando una teoría acerca de los sueños. El resto de nosotros posiblemente no construirá una teoría, pero podemos generar pensamientos fértiles para nuestro trabajo y para nuestros pacientes.

Finalmente, quisiéramos decir que en la comprensión de la contratransferencia se trata no sólo de lo que ocurre entre un paciente y su analista, sino también de lo que ocurre simplemente entre dos personas, entre dos seres humanos.

Como nos señaló Freud muy tempranamente, los analistas no son personas extraordinarias, son sólo personas que han adquirido ciertas destrezas. Hoy sabemos que el análisis no es infalible ni es la respuesta para todo, y como nos dijo luego Bion, lo que se genera cuando dos personas se *encuentran* es una turbulencia emocional.

Y, parafraseando la expresión usada por Freud en una de sus cartas a Jung, ese es *“el asunto que tenemos entre manos”*. Con esa turbulencia debemos vérnoslas y en medio de ella, debemos ser capaces de trabajar.

Bibliografía

- Abadi, G. *et al* (2004) "Clínica vincular psicoanalítica. Dispositivo, lugar del analista, abstinencia y neutralidad".
En: *Pensamiento Vincular. Un recorrido de medio siglo*.
Buenos Aires: Ediciones del Candil. Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo.
- Angel, E. (1979) "The resolution of a countertransference through a dream of the analyst".
The Psychoanalytic Review, vol. 66 n° 1: 9–17.
- Antar, C.; Berenstein, I. *et al* (2004) "El sujeto desde la perspectiva psicoanalítica vincular".
En: *Pensamiento Vincular. Un recorrido de medio siglo*.
Buenos Aires: Ediciones del Candil. Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo.

- Balint, A.; Balint, M. (1939) "On transference and counter-transference". *International Journal of Psychoanalysis*, 20: 223–230.
- Bernard, M. "Vínculo e inconsciente". *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo (AAPPG)*, vol. XVIII Tomo I.
- Bernstein, A.; Katz, S. (1987) "When supervisor and therapist dream: the use of an unusual countertransference phenomenon". *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, (15) 2: 261–271.
- Bion, W. (1966) *Aprendiendo de la Experiencia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- _____ (1979) "Hay que pasar el mal trago". En: *Seminarios Clínicos y Cuatro Textos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Brenman Pick, I. (1985) "Working through in the countertransference". *International Journal of Psychoanalysis*, 66: 157–166.
- Carpy, D. (1989) "Tolerating the countertransference: A mutative process". *International Journal of Psychoanalysis*, 70 : 287-294.
- Croce, A. (2002) "La Contratransferencia en Freud". Tesis para optar al título de psicólogo. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.

- De León, B. ; Bernardi, R. (2000) *Contratransferencia*.
Bs. Aires: Editorial Polemos S.A.
- Deutsch, H. (1926) "Okkulte vorgänge während der psychoanalyse".
Imago 12: 418–433.
"Procesos ocultos durante el psicoanálisis".
Revista de psicoanálisis (APA), 1996, 53, parte 2.
- Dittborn, J. (2001) "La relación de objeto con el psicoanálisis y su participación en la contratransferencia".
Revista Chilena de Psicoanálisis, 18 (1): 36–46.
- Etchegoyen, R. H. (1986) *Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*.
2° parte: cap. 10–21–22–23.
Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996.
- Fenichel, O. (1940) *Problems of Psychoanalytic Technique*.
Albany, NY: Psychoanalytic Quarterly, Inc., 1941.
Citado en: Orr, D. (1954).
- _____ (1945) *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*.
N.York–London; W.W. Norton & Company.
- Ferenczi, S. (1919) "On the technique of psychoanalysis".
En: *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*.
New York Basic Books, 1952; pp. 177–189.
Citado en: Jacobs, T. (1999).
- Ferenczi, S. (1920) "The further development of an active therapy in psychoanalysis"
En: *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*.
New York Basic Books, 1952; pp. 177–189.
Citado en: Jacobs, T. (1999).

- Ferenczi, S.; Rank, O. (1923) "The developments of psychoanalysis: a historical critical retrospect".
En: *Essential Papers on Countertransference*.
 ed. Wolstein, B., New York University Press, 1988.
- Fliess, W. (1942) "The metapsychology of the analyst".
Psychoanalytical Inquiry, 11: 211–227.
Citado en: Jacobs, T. (1999).
- Freud, Sigmund (1900a) "El trabajo del sueño".
 I. La elaboración secundaria. Nota agregada en 1925.
En: "La interpretación de los sueños", vol. V: pp.502
Obras Completas Sigmund Freud.
 Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986, 2ª ed.
- Freud, Sigmund (1900b) "Sobre la psicología de los procesos oníricos".
 E. El proceso primario y el proceso secundario. La represión.
En: "La interpretación de los sueños", vol. V: pp.597.
Obras Completas Sigmund Freud.
 Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986, 2ª ed.
- _____ (1900c) "El método de la interpretación de los sueños. Análisis de un sueño paradigmático".
En: "La interpretación de los sueños",
 vol. IV: pp.118.
Obras Completas Sigmund Freud.
 Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986, 2ª ed.
- _____ (1910) "Las perspectivas futuras de la psicoterapia analítica".
En: *Obras Completas Sigmund Freud*,

- _____
- vol. XI: pp. 129.
Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986, 2ª ed.
(1912a) "Sobre la dinámica de la transferencia".
En: *Obras Completas Sigmund Freud*,
vol. XII: pp. 93.
- _____
- Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986, 2ª ed.
(1912b) "Consejos al médico sobre el tratamiento
psicoanalítico".
En: *Obras Completas Sigmund Freud*,
vol. XII: pp. 107.
- _____
- Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986, 2ª ed.
(1913) "Sobre psicoanálisis".
En: *Obras Completas Sigmund Freud*,
vol. XII: pp. 207.
- _____
- Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986, 2ª ed.
- Freud, Sigmund
- (1914a) "Recordar, repetir y reelaborar".
En: *Obras Completas Sigmund Freud*,
vol. XII: pp. 145.
- _____
- Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986, 2ª ed.
(1914b) "Puntualizaciones sobre el amor de
transferencia".
En: *Obras Completas Sigmund Freud*,
vol. XII: pp. 159.
- _____
- Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986, 2ª ed.
(1932) "Nuevas conferencias de introducción al
psicoanálisis". 29ª conferencia. "Revisión de la
doctrina de los sueños".
En: *Obras Completas Sigmund Freud*,
vol. XXII: pp. 7.
- Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986, 2ª ed.

- _____ (1937) “Análisis terminable e interminable”.
En: *Obras Completas Sigmund Freud*,
vol. XXIII: Pág. 211.
Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986, 2ª ed.
- Gitelson, M. (1952) “The emotional position of the analyst in the
psycho-analytic situation”.
International Journal of Psychoanalysis, 33: 1–10.
- Glover, E. (1927) “Lectures on technique in psycho-analysis”.
International Journal of Psychoanalysis, 8: 311–338
& 486–520 (1927) y 9: 7–46 & 181–218 (1928).
Citado en: Orr, Douglass W. (1954).
- Grinberg, L. (1985) *Teoría de la Identificación*.
Madrid: Tecnipublicaciones, S.A.
- Heimann, P. (1950) “Acerca de la contratransferencia”.
Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 1961–62,
4: 129–136.
- Heimann, P. (1960) “Contratransferencia”.
Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 1961–62,
4: 137–149.
- Hinshelwood, R. D. (2001) “La Contratransferencia”.
Libro Anual de Psicoanálisis, 15: 165–186.
- Jacobs, T. (1986) “On Countertransference Enactments”.
Journal of American Psychoanalytical Assessment,
34: 289–307.
- _____ (1999) “Countertransference past and present: a
review of the concept”.
International Journal of psychoanalysis,
80: 575–594.
“Contratransferencia pasada y presente: examen del
Concepto”.

- Apunte traducido por: M. Eugenia Wachtendorff.
- Jiménez, J. P. (1990) "Some technical consequences of Matte-Blanco's theory of dreaming". *International Review of Psychoanalysis*, 1990, 17: 455–469.
- "Algunas consecuencias técnicas de la teoría de Matte-Blanco sobre el sueño". Trabajo presentado en la Asociación Psicoanalítica Chilena, 1990.
- _____ (2003) "Separación (representación) y vínculo en la teoría psicoanalítica del tratamiento: de la ausencia a la presencia". *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 20 (2): 142–155.
- Jones, E. (1955) *Freud*, vol. 2. Barcelona: Salvat editores, S.A., 1987.
- Kernberg, O. (1975) *Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico*. Cap. II "La Contratransferencia". México, DF: Editorial Paidós, 1993.
- _____ (1984) *Trastornos Graves de la Personalidad*. Cap. 17 "Contratransferencia, regresión en la transferencia, y la incapacidad para depender". México, DF: Editorial El Manual Moderno, 1987.
- _____ (1987) "Projective identification, countertransference, and hospital treatment". *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 10 n° 2: 257–272.
- _____ (1989) "Proyección e identificación proyectiva: aspectos del desarrollo y clínicos".

- En: *Proyección, Identificación, Identificación Proyectiva*.
Sandler, J. (Comp.), Tecnipublicaciones, S.A.
_____ (1993) "Convergencias y divergencias en la técnica psicoanalítica contemporánea".
_____ *Libro Anual de Psicoanálisis*, 9: 129–143.
(2003) "Desarrollos recientes en los enfoques técnicos de las escuelas psicoanalíticas de habla inglesa".
Revista Chilena de Psicoanálisis, 20 (2): 211–227.
- Kernberg, O. *et al* (1989) *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*.
Cap. 2 "The treatment Approach".
Cap. 5 "Varieties of countertransference".
New York: Basic Books.
- Klein, M. (1946) "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides".
En: *Obras Completas de Melanie Klein*, tomo III
Envidia y gratitud.
Barcelona, Editorial Paidós Ibérica, 1988.
- Laplanche, J.; Pontalis, J. B. (1968) *Diccionario de Psicoanálisis*.
Barcelona: Editorial Labor, S.A., 1983, 3ª edición.
- Lester, E.; Jodoin, R. M.
& Robertson, B. (1989) "Countertransference dreams reconsidered: a survey".
International Review of Psychoanalysis,
16: 305–314.
- Little, M. (1951) "Counter–transference and the patient's response to it".

- Low, B. *International Journal of Psychoanalysis*, 32: 32–40.
(1935) “The psychological compensations of the analyst”.
- Mailer, S. *International Journal of Psychoanalysis*, 16: 1–8.
(2002) “Puente entre dos sueños: un espacio onírico compartido entre paciente y analista”.
Revista Chilena de Psicoanálisis, 19 (2): 139–149.
- Maltraín, H. (2005) “Sueños: perspectiva freudiana”.
Conferencia dictada en las Reuniones Científicas de la Asociación Psicoanalítica Chilena como parte del Ciclo “Sueños en la Asociación Psicoanalítica Chilena”. (APCH) el 15.09.2005.
- McGuire, W. (ed.) (1974) *Sigmund Freud Carl Gustav Jung. Correspondencia*.
Madrid: Taurus Ediciones, S.A. (1978).
- Meltzer, D. (1979) “The kleinian expansion of Freud’s metapsychology”.
International Journal of Psychoanalysis, (1981) 62: 177–185.
- Money–Kyrle, R. E. (1956) “Contratransferencia normal y algunas de sus desviaciones”.
Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 1961–62, 4 (1), pp. 150–163.
- Ogden, T. (1986) *La Matriz de la Mente*.
Madrid: Tecnipublicaciones, S.A.
(1994) *Subjects of Analysis*.
Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Orr, D. W. (1954) “Transference and countertransference: a historical survey”.

- Palomera, V. En: *Essential Papers on Countertransference*. ed. Wolstein, B., New York University Press, 1988. (2000) "Lacan y la contratransferencia". En: *Los Diálogos sobre Klein-Lacan*, cap. 10. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Pessoa, W. (2005) "El soñar desde la perspectiva de Melanie Klein y Post Klein". Conferencia dictada en las Reuniones Científicas de la Asociación Psicoanalítica Chilena como parte del Ciclo "Sueños en la Asociación Psicoanalítica Chilena". (APCH) el 20.10.2005.
- Puget, J. (2005) Primer Seminario del Curso "Psicoanálisis Vincular. Teoría y Clínica del Psicoanálisis de Familia y Pareja". Dictado en la Sociedad Chilena de Psicoanálisis- ICHPA el 15.10.2005.
- Racker, H. (1957a) "Técnica clásica y técnicas actuales del psicoanálisis". Relato Oficial del Segundo Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. En: Racker, H. *Estudios sobre Técnica Psicoanalítica*. Estudio II, cap. II y V. México, D.F: Editorial Paidós, 1990.
- _____ (1957b) "The meaning and uses of countertransference". *Psychoanalytic Quarterly*, 26 (3): 303–357. En: Racker, H. *Estudios sobre Técnica Psicoanalítica*.

- Estudio VI, “Los significados y usos de la contratransferencia”.
México, D.F: Editorial Paidós, 1990.
- Reich, Annie (1951) “On counter–transference”.
International Journal of Psychoanalysis, 32: 25–31.
- Reich, Wilhem (1933) *Análisis del Carácter*.
Buenos Aires: Editorial Paidós, 1965, 2ª ed.
- Reik, T. (1949) “The surprised psychoanalyst”.
En: *Essential Papers on Countertransference*.
ed. Wolstein, B., New York University Press, 1988.
- Renik, O. (1998) “The role of countertransference enactment
in a successful clinical psychoanalysis”.
En: *Enactment: Toward a New Approach to the
Therapeutic Relationship*.
Ed. S.J. Ellman & M. Moskovitz
Northvale, NJ: Aronson, pp. 111–128.
- Rosenfeld, H. (1990) *Impasse e Interpretación*.
Madrid: Tecnipublicaciones S.A.
- Sandler, J.; Dare, C.
& Holder, A. (1993) *El paciente y el analista*.
Buenos Aires: Editorial Paidós, 2ª ed.
- Sedlak, V. (1997) “The dream space and the
countertransference”.
International Journal of Psychoanalysis,
78: 295–305.
“El espacio del sueño y la contratransferencia”.
Libro Anual de Psicoanálisis, (1997) 13: 101–110.
- Staforelli, A. (2005) Acerca del “Vínculo” y la “Teoría vincular”
¿Una posibilidad de expansión del saber y la
praxis psicoanalítica?.

- Monografía teórica presentada para obtener el título de psicoanalista de la Asociación Psicoanalítica Chilena.
- Stern, A. (1924) "On the counter-transference in psychoanalysis". *Psychoanalytical Review*, 11: 166–174.
Citado en: Orr, Douglass W. (1954).
- Stolorow, R.; Brandchaft, B. & Atwood, G. (1995) *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Strachey, J. (1953) Introducción a "Trabajos sobre técnica psicoanalítica".
En: *Obras Completas Sigmund Freud*, vol. XII: pp. 79.
Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986, 2° ed.
- _____ (1934) "La Naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis".
Revista de Psicoanálisis, (APA), 1947–48, 5 (4).
- Tauber, E. (1954) "Exploring the therapeutic use of countertransference data".
Psychiatry, vol.17: 331–36.
En: *Essential Papers on Countertransference*. ed. Wolstein, B., New York University Press, 1988.
- Thomä H.; Kächele, H. (1989) *Teoría y Práctica del Psicoanálisis*, Tomo I, Fundamentos. Barcelona: Editorial Herder.
- Thomä, H.; Kächele, H. & Jiménez, J. P. (1986) "La contratransferencia en una perspectiva histórico crítica".
Revista de Psicoanálisis, (APCH),

- 43 (6): 1237–1272.
- Tower, L. (1956) “Countertransference”.
Journal of the American Psychoanalytic Association
4: 224–55.
En: *Essential Papers on Countertransference*.
ed. Wolstein, B., New York University Press, 1988.
- Whitman, R.; Kramer, M.
& Baldrige, B. (1969) “Dreams about the patient”.
Journal of American Psychoanalytical Assessment,
17: 702–727.
- Winnicott, D. W. (1949) “*El odio en la contratransferencia*”.
Revista de Psicoanálisis, (APA), 1971,
28 (2): 433–447.
- _____ (1960) “*Contratransferencia*”.
En: *Los Procesos de Maduración y el Ambiente*
Facilitador.
Buenos Aires: Editorial Paidós, 1999.
- Zimerman, D. (1999) “*Fundamentos Psicanalíticos*”.
Cap. 3 “As sete escolas de psicanálise”.
Cap. 15 “Sonhos: formação e funções”.
Cap. 32 “*Contratransferência*”.
Porto Alegre: Artmed.
- Zwiebel, R. (1984) “The dynamics of the countertransference
dream”.
International Review of Psychoanalysis, 1985,
XII: 87–99.

RESUMEN

Se investiga la evolución del concepto contratransferencia, desde que fuera concebido por Freud en 1910, hasta los planteamientos de analistas contemporáneos. La contratransferencia, objeto de permanente debate entre diferentes posturas psicoanalíticas, ha sufrido transformaciones radicales, tanto teóricas como a nivel de la práctica clínica, que le han otorgado una *cualidad* diferente.

Se revisan las ideas de Freud respecto a este tema, incluidas únicamente en dos de sus escritos, así como su mención en cartas a sus discípulos. Se exploran ideas de Freud

que, aunque no dicen relación directa con el concepto, se vinculan con él, como es la metáfora del teléfono respecto a la relación analítica.

Se sostiene que Freud tendría un discurso explícito en que concibe la contratransferencia, sin lugar a dudas, como un obstáculo que hay que superar; pero también un discurso implícito que apuntaría al uso del propio inconsciente para la comprensión del inconsciente del paciente, lo que puede asociarse con posturas desarrolladas con posterioridad que plantean el uso de la contratransferencia como una herramienta. Esto sustenta la afirmación que la idea de la contratransferencia como un instrumento útil, estaría prefigurada en la obra de Freud.

Se muestra como, en los años veinte, surgieron numerosos trabajos que podrían ser considerados como una pre-elaboración de la contratransferencia por cuanto plantearon ideas muy novedosas las que, sin embargo, no dieron pie a un planteamiento integrativo porque ni los analistas, ni los tiempos, parecían estar preparados para ello. Se destaca como estas ideas han sido tomadas en cuenta por analistas contemporáneos.

Se da cuenta del vuelco radical en el modo de pensar la contratransferencia en los años cincuenta, a partir de los artículos de P. Heimann, H. Racker y D.W. Winnicott. Sus contribuciones implicaron un giro copernicano en el concepto que, a partir de entonces, comenzó a ser pensado, por primera vez y derechamente, como un instrumento válido que tenía un lugar en la cura analítica. Estos autores proporcionaron un enorme estímulo a los analistas de la época, quienes fueron prolíficos en realizar estudios sobre el tema. Se exploran los planteamientos de cuatro de ellos: M. Little; A. Reich; M. Gitelson y R.E. Money-Kyrle.

Se revisan las posturas que, finalmente, se han constituido como la *concepción clásica* y la *concepción extensiva o amplia* de la contratransferencia. Se ilustra la importancia del rol de la identificación, especialmente la identificación proyectiva, en los procesos que ocurren entre paciente y analista. Se subraya el valor diagnóstico que han adjudicado algunos autores a la contratransferencia. Finalmente, se explora la postura de los analistas intersubjetivos y el pensamiento vincular respecto al concepto, y se hace una breve mención de las ideas de Lacan.

En el último capítulo, se aborda el tema de las manifestaciones de la contratransferencia, para detenerse específicamente en los sueños contratransferenciales, que son aquellos sueños del analista en que el paciente aparece en el contenido manifiesto. Se sostiene que el sueño contratransferencial puede constituirse en un modo de comunicación entre el paciente y su analista, referente a aspectos que no han podido ser abordados conscientemente por esta díada.

Se sostiene que la contratransferencia, como afirmara P. Heimann, es un fenómeno que ocurriría en *diferentes niveles* y que, también, se manifiesta de distintas maneras. Entre paciente y analista se daría una relación a nivel inconsciente, que aparece en la superficie como afectos que pueden ser percibidos.

Sería labor del analista, de su mente analizada y en continuo autoanálisis, intentar acceder a los aspectos latentes de las manifestaciones contratransferenciales y discriminar qué le pertenece a él, y qué le pertenece al paciente. Se enfatiza la importancia de los distintos espacios de que dispone un analista para pensar en el paciente, entre ellos la supervisión.

Para terminar se destaca el arduo trabajo de crecimiento emocional que debe realizar el analista para realizar análisis y para lidiar con la contratransferencia, de modo que, efectivamente, se constituya en un herramienta.