

01921  
48



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**"CONTRATRANSFERENCIA EN FREUD Y SUS  
DIFERENCIAS EN LAS ESCUELAS  
POSTFREUDIANTAS DE PSICOANALISIS"**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A :**

**MARIA GABRIELA CASTRO SOTO**

DIRECTOR DE TESIS: JOSAFAT CUEVAS S.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.



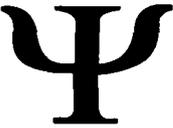
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D.F.,

MARZO DE 2003

EXAMENES PROFESIONALES  
FAC. PSICOLOGIA

**A**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

Introducción.....	1
Capítulo I: Evolución histórica del concepto de contratransferencia.....	5
La contratransferencia en Freud.....	8
Los seguidores de Freud.....	20
Capítulo II: Escuela Inglesa .....	31
Antecedentes históricos .....	31
Psicoanálisis en Gran Bretaña .....	34
Principales representantes .....	37
La contratransferencia en la escuela inglesa actual .....	53
Consecuencias clínicas o contratransferencia en la dirección de la cura..	59
Capítulo III: Escuela Americana .....	63
Antecedentes históricos .....	63
Psicoanálisis en Estados Unidos .....	66
Principales representantes .....	71
La contratransferencia en la escuela americana actual .....	86
Contratransferencia en la dirección de la cura .....	90
Capítulo IV: Escuela Francesa .....	95
Antecedentes históricos .....	95
Psicoanálisis en Francia .....	99
Principales representantes .....	106
Algunos aportes de Lacan al problema de la contratransferencia .....	110
La dirección de la cura .....	118
Conclusiones .....	125
Bibliografía .....	135

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación documental *CONTRATRANSFERENCIA EN FREUD Y SUS DIFERENCIAS EN LAS ESCUELAS POSTFREUDIANAS DE PSICOANÁLISIS*, pretende desarrollarse sobre los terrenos teóricos del psicoanálisis, abordando el concepto de la contratransferencia en Freud y su desarrollo en las principales escuelas postfreudianas. Muchos autores posteriores retoman el concepto de contratransferencia tanto en la psicoterapia como en el psicoanálisis, sin embargo, ambos campos constituyen prácticas clínicas diferentes y, por tanto, parten de una delimitación distinta del concepto de contratransferencia.

La transferencia es parte fundamental del proceso psicoanalítico, es un diálogo en el que intervienen palabras, gestos, demandas, silencios y deseos. Sin embargo, es mucho lo que se ha dicho acerca de la transferencia en el proceso analítico y Freud mismo la califica como "la palanca más poderosa del éxito que, al mismo tiempo puede transformarse en el arma más fuerte de la resistencia" (1912). En la relación analizante-analista se da un interjuego de transferencias, una danza entre el analizante, el analista y el inconsciente, en la que, uno de los pasos más difíciles del analista será mantener el equilibrio entre la empatía y la neutralidad necesarias, entre los contenidos del discurso del paciente con los que puede identificarse y las emociones contratransferenciales que pueden influir en sus intervenciones e interpretaciones, por lo que, mantener su lugar de analista conlleva una dimensión ética ineludible en el proceso analítico en el que se compromete.

Abordar temas que rozan el ser, la formación y el quehacer del analista suelen plantear cuestionamientos inherentes a la ética del psicoanálisis, entre los que se encuentra el problema de la contratransferencia. El interés en abordar el tema de la contratransferencia parte de la propia experiencia en la escuela de los pacientes, radica en la propia necesidad de clarificar mi posición frente a ellos sin ignorar la responsabilidad que conlleva la dimensión ética que implica. En suma, aprender sobre el papel del analista para que haya análisis:

su presencia, su transferencia y su propio análisis que determinan su concepción y conducción de la cura. El presente trabajo se propone retomar solamente el concepto de la contratransferencia, ante el cual existen diversas posturas que influyen en el proceso analítico. Es por esto que, no se pretende abordar el desarrollo teórico del concepto de transferencia, ya que, aunque también existen distintas maneras de abordarla que influyen en la cura, para la mayoría de los psicoanalistas constituye en la clínica, un eje primordial acerca del cual se ha estudiado bastante.

En las investigaciones psicoanalíticas recientes el papel del psicoanalista dentro de la situación analítica ha sido el punto de atención desde diversos enfoques, ya que la relación recíproca y disimétrica del analista con su paciente a lo largo del proceso psicoanalítico puede encaminar o desviar la dirección de la cura. La obra a realizar es extensa y compleja, por lo cual, sólo se revisarán algunos escritos técnicos de Freud que se relacionan directamente con el tema, es decir, abordar el origen del concepto de contratransferencia en Freud, observar como ha ido evolucionando en tres de las principales escuelas postfreudianas de psicoanálisis: la escuela inglesa, la escuela norteamericana y la escuela francesa. Estas tres escuelas, más que ser una referencia geográfica, son consideradas en el presente trabajo como tres orientaciones que de alguna manera han marcado el desarrollo psicoanalítico a lo largo de su historia independientemente de los países donde se haya expandido el pensamiento psicoanalítico y de los aportes propios de cada región. Los autores de cada escuela son innumerables, por lo que se seleccionarán, entre los más representativos de cada una, aquellos que hayan estudiado el tema en cuestión.

Se pretende abordar la contratransferencia desde dos puntos de vista en las tres escuelas postfreudianas: el conceptual y el clínico, con la finalidad de verificar si existen diferencias teóricas y de qué manera influyen en su práctica analítica. Las preguntas que se pretende responder, desde el punto de vista conceptual son: ¿cómo define Freud la contratransferencia? ¿cómo desarrollan este concepto las tres escuelas psicoanalíticas?, ¿existen diferencias conceptuales entre ellas?, si existen ¿en qué consisten?. Desde el punto de vista clínico: las intervenciones y/o interpretaciones, ¿son realmente una comunicación des-

de el inconsciente del analista?, los contenidos del discurso del analizante ¿afectan las intervenciones y/o interpretaciones del analista de una manera contratransferencial?, ¿su sentir inconsciente es un obstáculo para el proceso analítico?. Si la transferencia del paciente puede constituir una fuerte resistencia, ¿cómo se constituye la contratransferencia del analista en una defensa o resistencia de su parte hacia el proceso analítico del paciente?, ¿qué implica la ubicación de la contratransferencia para el analista?

Para abordar el tema en Freud y en sus primeros seguidores, se hace un breve recorrido histórico a lo largo del trabajo con la finalidad de retomar los principales acontecimientos en la historia del psicoanálisis y los principales autores que contribuyeron a la problemática de la contratransferencia en el tratamiento psicoanalítico.

Según diversos autores, se podrían admitir de una manera natural, tres periodos principales en la historia del psicoanálisis, mismos que serán considerados solo como referencia y ubicación de los acontecimientos importantes. El primer periodo abarca los comienzos del psicoanálisis con Freud (1899-1918) hasta la Primera Guerra Mundial inclusive. El segundo periodo se extiende entre ambas guerras (1918-1939), en este periodo entran en escena los primeros seguidores de Freud, pero también surgen las primeras disensiones. El tercer periodo, es considerado a partir de la muerte de Freud en 1939 y del inicio de la Segunda Guerra Mundial, donde los empeños en el terreno del psicoanálisis se dirigieron sobre todo a la formación y organización de las asociaciones psicoanalíticas, así como, a la consolidación de diversas posiciones teóricas. Este tercer periodo será retomado en los siguientes capítulos, abordando de manera específica cada una de las tres escuelas postfreudianas.

En el capítulo I, se retoman brevemente los dos primeros periodos de la historia del psicoanálisis, donde se plantea el origen del término de la contratransferencia en Freud, los consejos técnicos que él da a sus seguidores y su concepción sobre las resistencias que provocan sus enseñanzas. Se abordan las primeras dificultades organizativas de los seguidores de Freud y las primeras disensiones y el origen de las principales escuelas posteriores.

En el capítulo II, se retoma el tercer periodo, específicamente en la escuela inglesa, entre cuyos antecedentes históricos de su formación y organización se encuentra la confrontación entre Ana Freud y Melanie Klein, así como la organización posterior de la escuela inglesa de psicoanálisis. Entre los principales representantes se abordarán brevemente autores kleinianos, tales como Winnicott, P. Heimann, M. Little, R.E. Money-Kyrle, H. Racker y L. Grinberg; autores post-kleinianos, tales como Otto Kernberg, Hanna Segal, Joseph Sandler y Horacio Etchegoyen. Se plantean las diferencias con las enseñanzas de Freud, su concepción de la contratransferencia y su repercusión en la práctica clínica.

En el capítulo III, se retoma también el tercer periodo, específicamente en la escuela americana, los antecedentes históricos de su formación y organización, se retoman como principales representantes a: Franz Alexander, Heinz Hartmann, Heinz Kohut, René Spitz, Karl Menninger, Otto Fenichel, Ralph Greenson, Merton Gill, entre otros, las diferencias con las enseñanzas de Freud, su concepción de la contratransferencia y su influencia en la práctica clínica.

En el capítulo IV, se plantean los antecedentes históricos de la escuela francesa de psicoanálisis, se consideran únicamente a Sacha Natch y a Jaques Lacan en sus aportaciones al tema, las diferencias con las enseñanzas de Freud, su concepción de la contratransferencia y su incidencia en la clínica.

En las conclusiones se hace un resumen de las aportaciones teóricas al concepto de la contratransferencia y se plantea la posición personal al respecto.

## CAPÍTULO I: EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE CONTRATRANSFERENCIA

*"El psicoanálisis (...) queda ligado a los hechos que se producen en su campo de trabajo, intenta resolver los problemas inmediatos de la observación, prosigue su experiencia a tientas, está siempre inacabado, siempre dispuesto a modificar o rectificar sus teorías. Asimismo, igual que la física y la química sostiene que sus conceptos esenciales son vagos y que sus supuestos son provisionales, no espera una definición más rigurosa que la de su futuro trabajo".*

La teoría freudiana que tiene por objeto el saber que mantiene relación con el inconsciente, parte de una experiencia inicial, el análisis de Freud con Fliess, que fundó lo que Freud llamó una nueva ciencia: el psicoanálisis. Fue a través de esta experiencia transferencial que emergió un saber, un saber que está sujeto menos al deseo consciente que a las vicisitudes del deseo inconsciente, un saber que es siempre esperado del otro y, sin embargo, es el sujeto quien lo va descubriendo en sí mismo al debilitarse las resistencias que impiden el encuentro con la propia verdad. El saber que emerge del inconsciente se produce en una situación transferencial, donde puede desarrollarse y donde puede modificar su relación con lo inconsciente.

Octave Mannoni describe esta relación:

*"La situación en la cual Freud y Fliess estuvieron inmersos durante trece años tuvo para ambos un mismo efecto: modificó profundamente el saber de cada uno de ellos, sometiendo ese saber a los efectos del deseo inconsciente... Pero no hay duda de que el primer análisis terapéutico, fue también el primer análisis didáctico... Freud no sabe que al aceptar las ideas de Fliess entra en el mundo de los fantasmas; no lo sabrá sino mucho más tarde... aceptaba la palabra de Fliess tal cual este se la daba, como una verdad objetiva, positiva,*

---

<sup>1</sup> Freud, S. (1922) Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la libido". *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Tomo T. XVIII, p. 249.

científica. No puede saber aún que, inaceptables para la ciencia, esas ideas están hechas de una estofa analítica, que representan lo que puede llegar a ser el saber cuando se halla sometido a los efectos del deseo inconsciente. No puede saberlo porque no ha conseguido la distancia necesaria. Está él mismo implicado en la situación." (Mannoni, 1982)

En su carta a Fliess, del 7 de julio de 1897, afirma que algo le acontece y que tiene que ver con su persona, aún no sabe nada de la transferencia, solo ve un desplazamiento, un error, un desvío, como lo reconocerá en el caso de Dora y hasta el término del análisis del "hombre de las ratas", cuando verá en qué forma funciona la transferencia del deseo inconsciente, donde el analista sirve a la vez de soporte y de objeto. Fue Fliess quien sin saberlo lo puso en una situación transferencial en la que modificó su saber a partir de su relación con el inconsciente. Tenemos así un Freud sometido a una verdad que se le revela en su trabajo, su autoanálisis.

Con esta experiencia, aunada a la escucha de sus pacientes en la práctica clínica, Freud formula sus teorías que constituyen el origen del psicoanálisis. Aún cuando él reconoce el psicoanálisis como obra suya (1914c, p.7), nunca la consideró una teoría acabada, no abandona del todo sus primeros planteamientos teóricos, los afirma como corolarios de las antiguas construcciones que deben ser desarrolladas aún. Así, deja aporías a sus seguidores que deben ser retomadas en posteriores desarrollos teóricos, enriquecidos principalmente por la práctica clínica. A Freud, como fundador del psicoanálisis, la práctica clínica le da la autoridad sobre la teoría que elabora a partir de aquella y la emplea para la creación de nuevos conceptos teóricos que van esclareciendo su práctica analítica.

Freud tenía la plena intención de considerar el psicoanálisis como una ciencia, la ciencia del alma pero, al introducir su nuevo método, establece un nuevo paradigma para las ciencias, ya que la persona del médico es el instrumento mismo de su práctica. Philippe Julien (1981) realiza un comentario sobre la diferencia entre la transmisión del psicoanálisis y la del conocimiento científico, en el cual, se transmite un saber establecido y el sujeto queda excluido del saber científico. Por esta razón, la introducción del sujeto en el objeto de estu-

dio, constituye un paradigma para la ciencia, ya que, desde las intenciones freudianas, implica la inserción de la subjetividad del científico en la investigación de su objeto, su consideración en vez de su negación, de su racionalización en vez del intento de eludirla de cualquier otra forma para tender hacia una objetividad total como pretende el campo de la ciencia. Sin embargo, las dificultades aparecidas en el posterior desarrollo del psicoanálisis y de su transmisión, hicieron dudar del carácter científico del psicoanálisis.

El camino de Freud es a la inversa que el camino del científico, no intenta excluir al sujeto de su discurso sino ver cómo desde el discurso del sujeto mismo se origina un método de escucha. Freud abandona la postura médica de un saber sobre el síntoma del otro y deja paso al saber del sujeto acerca de su propio síntoma. Es decir, parte del malestar del sujeto y del saber que surge cuando puede ubicar su posición frente al síntoma que lo aqueja, así como la posibilidad que tiene de cambiarla, y no precisamente a partir del saber del médico.

Para Freud, este método le permitió la consideración de sus propios obstáculos internos en el tratamiento de las neurosis, la aceptación de sus errores y la adquisición de un nuevo conocimiento desde la práctica clínica, incluyendo las dificultades que como médico conlleva el tratamiento de las neurosis. Hay ahí un trabajo de conceptualización duro y riesgoso que emerge de la práctica clínica y por el que se funda algo nuevo, donde se juega él mismo, completamente involucrado y comprometido, donde él mismo se constituye el instrumento del trabajo científico —cosa que nadie había hecho antes— organizando el conocimiento con los modelos que tiene a la mano, con su formación y con la mentalidad de su época.

Más tarde, su método permitió el establecimiento de problemas epistemológicos para la ciencia y para los desarrollos teóricos en el psicoanálisis posteriores a Freud. Estos problemas epistemológicos no serán abordados en el presente trabajo más que en su relación con el tema a tratar. El desarrollo del psicoanálisis, sin embargo, se enfrenta desde sus orígenes, con resistencias no solo desde el campo de la ciencia sino cada vez más encerradas en el interior del psiquismo.

Como se explicó en la introducción, en el presente capítulo se abordarán los dos primeros periodos de la historia del psicoanálisis que abarcan el nacimiento del psicoanálisis y sus primeros seguidores que constituyen la primera generación de analistas. En el primer periodo, que va aproximadamente de 1899 a 1918, Freud fue el principal soporte de la nueva ciencia, por lo que se realizará un recorrido de sus textos sobre la contratransferencia. En el segundo periodo, que va aproximadamente de 1918 a 1939, el psicoanálisis ya había conquistado un lugar en el ambiente cultural de la época, aquí entran en escena sus primeros seguidores y las primeras disensiones.

### **La contratransferencia en Freud**

*Todo principiante en psicoanálisis teme principalmente las dificultades que han de suscitarle la interpretación de las ocurrencias del paciente y la reproducción de lo reprimido. Pero no tarda en comprobar que tales dificultades significan muy poco en comparación de las que surgen luego en el manejo de la transferencia?*

La transferencia es la columna vertebral de la experiencia psicoanalítica, es una situación particular que no se da del mismo modo en todos los sujetos y, por ello, Freud advierte que no ha sido su pretensión establecer reglas fijas: "no me propuse darles ninguna guía práctica para el ejercicio del psicoanálisis" (1916-1917b, p. 417) aplicables a todos los casos ya que, "las variadas formas de enfermedad que tratamos no pueden tramitarse mediante una misma técnica" (1919, p. 161). Por esto, se contenta con dar algunos consejos para su manejo. Afirma que la transferencia constituye, tanto una herramienta para el éxito del proceso analítico, como el arma más fuerte de la resistencia:

"A primera vista, parece una gigantesca desventaja metódica del psicoanálisis que en él, la transferencia, de ordinario la más poderosa palanca del éxito, se mude en el medio más potente de la resistencia". (1912b, p.99)

---

<sup>2</sup> Freud, S. "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia" (1914-1915) *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Tomo XII.

Elabora una serie de consejos técnicos para que el médico considere la aparición de la transferencia en el tratamiento y pueda manejarla adecuadamente. En "Trabajos sobre técnica psicoanalítica" (1911-1914) aborda las dificultades con las que se topa el analista frente a las transferencias del analizante que, por ser tan singulares en cada persona, evita presentar el psicoanálisis como una mecanización de la técnica que pueda ser válida en todos los casos.

En "Sobre la iniciación del tratamiento" (1913), Freud plantea la necesidad de comenzar con entrevistas que permiten acercarse al caso de manera general y de establecer un encuadre que permita el proceso analítico. Aborda la conveniencia de que analista y paciente no se conozcan antes de iniciar el proceso analítico, para evitar las transferencias ya conformadas que pueden traer consecuencias desfavorables en el tratamiento. Freud afirma, ya desde 1895, que el analista debe mantener el interés hacia la vida de las personas que analiza y los hechos que la determinan:

"Uno procura ayudar humanamente al enfermo hasta donde lo consienten el alcance de la propia personalidad y el grado de simpatía que puede brindar por el caso en cuestión" (1895, p. 288)

Sin embargo, debe tomar en cuenta las dificultades propias del manejo de la transferencia y, aprender a vislumbrar y controlar sus propias reacciones contratransferenciales.

En 1910, Freud habla por primera vez del fenómeno de la contratransferencia como el conjunto de dificultades personales a las que puede enfrentarse un analista frente a la transferencia manifiesta en el discurso del paciente y que, generalmente es debida a conflictos inconscientes no analizados en el propio analista. Como la transferencia y la contratransferencia son de origen inconsciente Freud recomendó, para el aprendizaje del manejo de la transferencia y el control contratransferencial en el proceso analítico, el previo análisis del psicoanalista, con el fin de evitar que sea un obstáculo en el proceso analítico.

"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 incons-

ciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine..." (1910, p.136).

Freud parece designar con este término la aparición de deseos y fantasmas inconscientes del analista en la cura como respuesta a lo que sucede del lado del paciente; da cuenta del hecho de que en el analista, puede intervenir un deseo similar al del paciente, situación por la cual advierte de la necesidad de exigir al médico el conocimiento de su propio inconsciente. Por tanto, entendió la contratransferencia como la presencia de sentimientos, pulsiones, deseos, temores, fantasías, actitudes, ideas o defensas por parte del analista hacia la transferencia del paciente, que puedan obstaculizar la dirección de la cura. Mientras que es cierto que un paciente puede llegar a representar una figura del pasado del analista, la contratransferencia puede surgir simplemente por la incapacidad del analista para tratar de modo apropiado aquellos aspectos del comportamiento y comunicación del paciente que inciden en sus propios problemas. Las diversas reacciones ante las transferencias del paciente, pueden depender de las características de la personalidad o de procesos inconscientes debidos a un insuficiente análisis personal del analista, y pueden constituir un obstáculo al proceso del analizante.

"Cada psicoanalista solo 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." (1910, p.136)

Para Freud, el hecho de que el analista tuviera sentimientos hacia sus pacientes o conflictos causados por ellos, no constituía en sí mismo la contratransferencia, pero pueden hacerla surgir, por lo que, no se refiere a cualquier emoción del analista frente a la transferencia del paciente. En la contratransferencia, el paciente puede llegar a recordar y/o representar una figura del pasado del analista, sin embargo, puede surgir simplemente por la incapacidad del analista de escuchar en las comunicaciones del paciente, aquello que le afecta en su propia problemática. Es una especie de resistencia frente a los afectos que le son transferidos y que despiertan en el analista una serie de conflictos inconscientes

no analizados, por lo que, es un obstáculo que puede alterar tanto de la *escucha* como de la *comunicación* hacia el paciente: puede no escucharse lo que se dice, escuchar e ignorar, tergiversar lo escuchado, angustiarse ante lo escuchado o bloquear lo que no se desea oír; o bien, puede dejar de comunicarse algo necesario, comunicar de manera confusa o con la intención de que el otro no lo capte, lo tergiversar o simplemente no lo escuche.

En "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico", Freud menciona la necesidad de evitar caer en los peligros afectivos que surgen de la relación transferencial:

"Para el psicoanalista, hay una tendencia afectiva peligrosísima: la ambición de obtener, con su nuevo y tan atacado instrumento, un logro convincente para los demás. Así no sólo se sitúa él mismo en una disposición de ánimo desfavorable para el trabajo, sino que se expone indefenso a ciertas resistencias del paciente, juego de fuerzas del cual la curación depende en primer lugar. Aquella frialdad de sentimiento que cabe exigir del analista se justifica porque crea para ambas partes las condiciones más ventajosas: para el médico, el muy deseable cuidado de su propia vida afectiva; para el enfermo, el máximo grado de socorro que hoy nos es posible prestarle" (1912a, p.114).

Freud establece como parte de la técnica analítica la "regla fundamental" para el analista en su escucha del analizante, la *atención flotante*, que consiste en no fijar su atención en alguna cosa en especial o contenido particular del discurso del analizante, y advierte del peligro inseparable de ese fijarse deliberado:

"tan pronto como uno tensa adrede su atención hasta cierto nivel, empieza también a escoger entre el material ofrecido; uno fija un fragmento con particular relieve, elimina en cambio otro, y en esa selección obedece a sus propias expectativas o inclinaciones... corre el riesgo de no hallar nunca más de lo que ya sabe; y si se entrega a sus inclinaciones, con toda seguridad faltarán la percepción posible." (1912a, p.112)

Este peligro consiste en limitar la escucha al escoger deliberadamente el material del analizante, es decir, la necesidad del analista de fijarse en ciertos temas o de no prestar atención a otros, puede despertar resistencias emocionales

inteligibles, que hablan de la necesidad de un análisis más profundo aún cuando se haya atravesado un análisis formativo.

Por ello, Freud lanza la recomendación de que el mismo analista se someta a un tratamiento psicoanalítico, ya que toda represión no solucionada acarreará "un punto ciego en su percepción analítica" (término acuñado por W. Stekel en 1911, citado por Freud en 1912), su escucha se verá limitada y seguramente pondrá en peligro a otros quienes de buena fe confían en él, además que, vivir en carne propia la experiencia del análisis y las ganancias que se obtienen del vínculo establecido en el tratamiento no tienen comparación. Esto se justifica por el hecho de que el analista se sirve de su inconsciente como instrumento en el análisis para intuir lo inconsciente en el analizado y ofrecer, a partir de su propia escucha, una interpretación o construcción que mueva al analizado a encontrar una solución a sus conflictos:

"el médico debe volver hacia el inconsciente emisor del enfermo su propio inconsciente como órgano receptor... si el médico ha de estar en condiciones de servirse así de su inconsciente como instrumento del análisis". (1912a, p.115)

De esto se ha postulado que, la comunicación en psicoanálisis es de inconsciente a inconsciente entre analista y analizado. Sin embargo, algunos factores del discurso del analizado y la escucha del analista, tales como el no sometimiento a la regla fundamental de ambas partes pueda provocar la ruptura de esta conexión que se pretende. Prosigue Freud con la idea de si el médico está en condiciones de servirse de su inconsciente como instrumento de análisis, él mismo tiene que llenar en vasta medida, una condición psicológica:

"No puede tolerar resistencias que aparten de su conciencia lo que su inconsciente ha discernido; de lo contrario, introduciría en el análisis un nuevo tipo de selección y desfiguración mucho más dañinas que las provocadas por una tensión de su atención consciente... es lícito exigirle (al médico) que se someta a una purificación psicoanalítica, y tomando noticia de sus propios complejos que pudieran perturbarlo para aprehender lo que el analizado le ofrece". (1912a, p.115)

Durante la escucha analítica, el analista no puede evitar sus reacciones emocionales, pero lo importante es el control de las mismas en la sesión analítica y su revisión posterior de manera personal, ya que, su manifestación constituye una "resistencia" su parte al proceso de su paciente. Freud no vacila en considerar que el analista, como idóneo para ejercer el psicoanálisis:

"... puede comportarse como cualquier mortal, y ser capaz de producir las más intensas resistencias tan pronto como él mismo se convierte en objeto del psicoanálisis. Uno vuelve a recibir entonces la impresión de la dimensión psíquica profunda, y no le parece nada sorprendente que la neurosis arraigue en estratos psíquicos hasta los cuales no caló la formación analítica" (1913, p. 128).

Freud recomienda a los analistas mostrar al paciente lo menos posible de su vida personal y evitar los tratamientos por sugestión, ya que en nada ayudan a descubrir el inconsciente del enfermo y solo contribuyen a incrementar las resistencias del analizado. Les previno contra la revelación de su propia personalidad al analizante y de la discusión de sus propias experiencias y dificultades:

"El médico no debe ser transparente para el analizado, sino, como la luna de un espejo, mostrar solo lo que le es mostrado. Por lo demás, en la práctica es inobjetable que un psicoterapeuta contamine un tramo del análisis con una porción de influjo sugestivo... pero corresponde exigirle que tenga bien en claro lo que emprende, y que sepa que su método no es el psicoanálisis correcto" (1912a, p. 117).

Ser transparente ante el paciente implicaría una relación simétrica entre analista y analizante y, convertirla en tal, no propiciaría el descubrimiento del saber inconsciente en el enfermo.

Al enfatizar la labor del analista como un espejo que muestra solo lo que le es mostrado, el analista solo creará las condiciones de posibilidad para que el sujeto "vislumbre" los efectos de las repeticiones, de las resignificaciones, de sus búsquedas y tropiezos, de sus "puntos ciegos", de modo que pueda mirarse como a otro y terminar burlándose de su propio narcisismo, de sus fantasías de completud, en ese movimiento de reactivación del desco inconsciente. En 1914, Freud señaló la actitud de abstinencia que el analista debe tener con su pacien-

te y que no se trata solo de una privación corporal, sino de fuerzas pulsionales que se manifiestan en la necesidad y la añoranza, ante las que el analista debe guardarse de apaciguar o encontrar sustitutos (1914b, p.168). En 1919 vuelve a señalar la necesidad de mantenerse en *abstinencia*, añadiendo que:

“...por abstinencia, no debe entenderse la privación de una necesidad cualquiera -esto sería desde luego irrealizable-, ni tampoco lo que se entiende por ella en el sentido popular, a saber, la abstención del comercio sexual; se trata de algo diverso, que se relaciona más con la dinámica de la contracción de la enfermedad y el restablecimiento... Si la descomposición y desvalorización de los síntomas lo han mitigado (al enfermo), tenemos que erigirlo en alguna otra parte bajo la forma de una privación sensible; de lo contrario corremos el riesgo de no conseguir nunca otra cosa que unas mejoras modestas y no duraderas” (1919, pp.158-159)

El acercamiento a la vida del paciente a través de la escucha analítica, no se hace con el afán de “entenderla” y llegar a una supuesta verdad externa u “objetiva”, mucho menos intentar regirla, dirigirla o modificarla, ya que el mismo Freud previno contra ciertas actitudes del médico, tales como la sugestión en el tratamiento psicoanalítico, el afán de curar y la actitud pedagógica ante el enfermo, diciendo que el médico debe abstenerse de imponer ciertas tareas al analizando y contentarse con la habilidad de su paciente ante la resolución de ciertos conflictos:

“No se debe educar al enfermo para que se asemeje a nosotros, sino para que se libere y consume su propio ser ... tampoco (...) poner al psicoanálisis al servicio de una determinada cosmovisión filosófica e imponérsela al paciente con el fin de ennoblecerlo. Me atrevería a decir que sería un acto de violencia, por más que invoque los más nobles propósitos” (1919, p. 160-161)

Por otro lado, en un ensayo sobre el psicoanálisis en 1922, advierte al analista de respetar la individualidad del paciente, no encaminarlo por los ideales y deseos del médico, tampoco aconsejarle o sugerirle el modo de resolver los conflictos que se le presentan en la vida, sino por el contrario, despertar su iniciativa para hacerlo según su personalidad y el momento adecuado para ello:

"El analista respeta la especificidad del paciente, no procura remodelarlo según sus ideales personales -los del médico-, y se alegra cuando puede ahorrarse consejos y despertar en cambio la iniciativa del analizado" (1922, p. 247).

Si la cura tiene que ser realizada en la abstinencia, no es sólo por cuestiones éticas, sino también técnicas, ya que sólo así

"Ella (la paciente) tiene que aprender a vencer el principio del placer, a renunciar a una satisfacción inmediata, pero no instituida socialmente, a favor de otra más distante, quizá mucho más incierta, pero intachable tanto en lo psicológico como en lo social... y adquirir por este camino aquel plus de libertad amílica en virtud del cual la actividad consciente se distingue -en el sentido sistemático- de la inconsciente" (1914b, p.173).

Es responsabilidad del médico sostener este principio, pero el problema está en saber sostener la transferencia sin consentir a la demanda de amor del paciente. Lo que Freud aporta a este respecto son medidas que tienden a sofrenar la contratransferencia del médico con respecto al paciente, evitando transmitir los sentimientos personales, siendo lo bastante dueño de sí para ahogar todo aquello que pudiera alterar la "pureza" de la relación terapéutica. Desde entonces, el silencio, el no querer, no desear, parecían ser los garantes de la neutralidad en la conducción de la cura, y pasaron a ser durante mucho tiempo las virtudes de los buenos analistas.

Cabe entender que, las pocas intervenciones del analista en la dirección de la cura deben restringirse a interpretaciones y/o construcciones que permitan al analizante acceder a su propio saber inconsciente y desde ahí, desarrollar su habilidad para la resolución de sus conflictos. La actitud silenciosa del analista debe dejar subsistir en el analizante la necesidad, la añoranza y la frustración, para que halle el mínimo de satisfacciones posibles en sus síntomas. Esto implica, según Freud, no satisfacer las demandas amorosas ni desempeñar los papeles que le son impuestos en la transferencia, ya que, la finalidad del tratamiento psicoanalítico no es "hacer sentir bien al paciente" o "endulzarle el oído" con reconocimientos que lo hagan volver a refugiarse en el tratamiento cuando le es difícil afrontar las vicisitudes de la vida:

"... no es bueno consentirle demasiado (al enfermo). Quien como analista, acaso por desborde de su corazón caritativo, dispense al paciente lo que todo ser humano tiene derecho a esperar del prójimo, cometerá el mismo error económico en que incurren nuestros sanatorios no analíticos para enfermos nerviosos. Se afanan en que todo le sea lo más grato posible al enfermo sólo a fin de que se sienta a gusto y en otra ocasión acuda a refugiarse allí de las dificultades de la vida... En la cura analítica es preciso evitar toda malcrianza de esa índole. Al enfermo tiene que restarle muchos deseos incumplidos de su relación con el médico. Lo adecuado al fin, es justamente, denegarle aquellas satisfacciones que más interiormente desea y que exterioriza con mayor urgencia" (1919, pp. 159-160).

La situación analítica, el analista está implicado en la relación transferencial con el analizante, que puede desencadenar demandas amorosas por parte de éste: "... la forma en que esta ternura se exteriorice y las metas a que aspire dependerán, desde luego, de las circunstancias personales de los participantes" (1916-1917, p. 401). El análisis siempre ha sido una relación entre dos sujetos y la subjetividad de cada uno es la que puede dar cuenta de la relación transferencial y contratransferencial que allí se juega, sin embargo, es la posición del analista la que puede hacer la diferencia.

Freud señala al médico la prohibición de extraer de la relación transferencial alguna ventaja personal, enfatizando la dimensión ética de su labor además de por motivos técnicos, que le imponen una gran responsabilidad, ya que no puede estar a salvo de lo que se juega en esta particular relación. El analista debe descubrir los giros del amor que se revelan ante sus ojos y evitar los peligros que el mal manejo de la transferencia puede acarrear. Freud advierte sobre las situaciones de enamoramiento por parte del paciente hacia el médico y confirma la necesidad de mantener la cura en abstinencia, para lo cual el analista debe haber disminuido su contratransferencia:

"Consentir la aptencia amorosa de la paciente es entonces tan funesto para el análisis como sofocarla... Uno debe guardarse de desviar la transferencia amorosa, ahuyentarla o de disgustar de ella a la paciente; y con igual firmeza uno se abstendrá de corresponderle. Uno retiene la transferencia de amor, pero la trata

como algo no real, como una situación por la que se atraviesa en la cura, que debe ser reorientada hacia sus orígenes inconscientes y ayudará a llevar a la conciencia lo más escondido de la vida amorosa de la enferma, para así gobernarlo" (1914b, p.169).

Con esto, Freud advierte al médico que no debe complacer los deseos amorosos originados desde la transferencia, ya que cumplir los deseos del analizante es condenarlo a la repetición:

"Queda excluido ceder a las demandas del paciente derivadas de su transferencia y sería absurdo rechazarlas inamistosamente o con indignación; superamos la transferencia cuando demostramos al enfermo que sus sentimientos no provienen de la situación presente y no valen para la persona del médico, sino que repiten lo que a él le ocurrió una vez, con anterioridad. De tal manera forzamos a mudar su repetición en recuerdo." (1916-1917a, p. 403).

El médico debe tomar en cuenta que el amor de transferencia es provocado por la situación analítica, que constituye una resistencia al trabajo analítico y que hay que analizarla en lugar de corresponderle. La intelección sin censura, la escucha cuidadosa pueden evitar todos los peligros del amor nacido en análisis. De ello se infiere la necesidad del médico de evitar todo involucramiento de tipo emocional con el paciente, de analizar sus propias transferencias y, al decir de Freud, de "sofrenar su contratransferencia", reconociendo que esta dificultad implica para el analista una triple lucha en su interior:

"... contra los poderes que querrían hacerlo bajar del nivel analítico; fuera del análisis, contra los oponentes que le impugnan la significatividad de las fuerzas pulsionales sexuales y le prohíben servirse de ellas en su técnica científica; y en el análisis, contra sus pacientes, que al comienzo se comportan como los oponentes, pero luego dejan conocer la sobreestimación de la vida sexual que los domina, y quieren aprisionar al médico con su apasionamiento no domado socialmente" (1914b, p.173)

El analista –previamente analizado- y con experiencia clínica no puede dejar de considerar los peligros que se le presentan en el manejo de la transferencia du-

rante el tratamiento y menos aún sentirse exento de pasar por las dificultades que ésta entraña.

En la situación analítica, el no descubrimiento de las manifestaciones contratransferenciales pone fin al tratamiento, no hay relación terapéutica posible, solo dos personas en la misma situación, obnubiladas cada una por sus propias limitaciones. Es por esto que, las reacciones contratransferenciales del analista hacia el paciente constituyen un obstáculo para el proceso analítico, Freud mismo lo señala en "Análisis terminable e interminable":

"... el analista, a consecuencia de las particulares condiciones del trabajo analítico, será efectivamente estorbado por sus propios defectos para asir de manera correcta las constelaciones del paciente y reaccionar ante ellas con arreglo a fines. Por tanto tiene su buen sentido que al analista se le exija como parte de su prueba de aptitud, una medida más alta de normalidad y de corrección anímicas". (1937a, p.249)

En este texto afirma que la perfecta normalidad psíquica no existe y que, si educar y gobernar están en el orden de lo imposible, "analizar sería la tercera de aquellas profesiones 'imposibles' en que se puede dar anticipadamente por la cierta insuficiencia del resultado". Sin embargo, si la perfecta normalidad psíquica no existe, tampoco el analista está exento de cometer errores contratransferenciales que hablan de la necesidad del analista de volver a analizar lo que en su inconsciente provoca estas reacciones no analizadas durante su formación. El haber atravesado por un proceso analítico da al analista un marco de referencia distinto y una escucha que le permita relacionarse con el analizante solo desde la transferencia..

"No puede pedirse, es evidente, que el futuro analista sea un hombre perfecto antes de empeñarse en el análisis, esto es, que sólo abracen la profesión personas de tan alto y tan raro acabamiento. Entonces, ¿dónde y cómo adquiriría el pobre diablo aquella aptitud ideal que le hace falta en su profesión?... en el análisis propio, con el que comienza su preparación para su actividad futura." (1937a, pp. 249-250)

Esto desemboca en el periodo formativo previo del analista en el que estaría considerado un proceso de aprendizaje sobre lo inconsciente y sobre su inconsciente, así como la consideración del final de análisis por el que supuestamente pasó para poder ejercer el psicoanálisis y que, implica para el éxito en la cura de sus analizantes:

"que el analista haya aprendido bastante de sus propios 'yerros' y 'errores', y cobrado imperio sobre los 'puntos débiles' de su propia personalidad." (1937a, p. 248)

El mismo Freud consideró la importancia de que los analistas se reanalizaran cada cinco años para trabajar los conflictos inconscientes no resueltos del todo y así evitar ser obstáculo en el proceso analítico de los pacientes:

"Todo analista debería hacerse de nuevo objeto de análisis periódicamente, quizá cada cinco años, sin avergonzarse por dar ese paso. Ello significaría entonces, que el análisis propio también, y no sólo el análisis terapéutico de enfermos, se convertiría de una tarea terminable en interminable". (1937a, p.251)

Sin embargo, el pesimismo con que Freud se refiere a la eficacia terapéutica en su artículo de 1937, los problemas e interrogantes planteados en cuanto al análisis terapéutico también valen para el análisis didáctico, convirtiéndose, tanto el uno como el otro, en una preocupación acerca de la autenticidad de la misma experiencia analítica.

Por tanto, el concepto de contratransferencia parece ser acuñado por Freud para referirse a algún accidente que sucede en el análisis, algo poco deseable, y que no debería ofrecer problemas a alguien que se supone analizado. Sin embargo, entre los problemas que se presentarán posteriormente están el de la formación del analista, el desarrollo teórico de la contratransferencia (teoría que Freud no desarrolló) y, si ésta debe hacerse jugar o no en la dirección de la cura. Este último marca una de los mayores contrastes entre las escuelas psicoanalíticas postfreudianas, ya que, aunque Freud no afirmó como en el caso de la transferencia, que aquella fuera una herramienta útil en el trabajo psicoanalítico, ha habido escuelas que la consideran motor de la cura.

## Los seguidores de Freud

*"... el psicoanálisis es creación mía... nadie puede saber mejor que yo lo que el psicoanálisis es, en qué se distingue de otros modos de explorar la vida anímica, qué debe correr bajo su nombre y qué sería mejor llamar de otra manera".*

Freud considera el psicoanálisis como creación propia, su obra le pertenece y tuvo que mantener una actitud constante de hacer valer y respetar sus concepciones sin ceder un ápice a los reclamos de la opinión pública y de las jerarquías médicas. Como parte de los sucesos por los que hubo que pasar como creador del psicoanálisis, Freud vivió la soledad teórica, la complacencia en ella, pero también las dificultades y el peso de esa soledad. Aún cuando tuvo períodos de aislamiento, siempre tuvo cerca personas que creían en sus teorías y se mantenían en disponibilidad para propagarlas. Aunque no existe un acuerdo general para contemplar y abordar la historia del psicoanálisis, si se da cierta coincidencia en los períodos en los que es narrada, los cuales, para facilitar su seguimiento se presentará el desarrollo histórico de la siguiente manera: el primer período que va desde los comienzos del psicoanálisis con Freud (1899-1918) hasta la Primera Guerra Mundial inclusive. El segundo período se extiende entre ambas guerras (1918-1939), en este período entran en escena los primeros seguidores de Freud. El tercer período, es considerado a partir de la muerte de Freud en 1939 y del inicio de la Segunda Guerra Mundial, donde los empeños en el terreno del psicoanálisis se dirigieron sobretodo a la formación y organización de las asociaciones psicoanalíticas.

En el primer período (1899-1918), surge la Sociedad Psicológica de los Miércoles (1902), presidida por Freud y entre cuyos primeros integrantes estuvieron Max Kahanc, Rudolf Reiter, Wilhem Stekel y Alfred Adler. En los siguientes años se unieron Max Graf, Hugo Héller —el futuro editor de Freud—, Alfred Meisl, Paul Federn, Eduard Hitschmann, Otto Rank, Guido Brecher, Maximilian

<sup>1</sup> Freud, S. "Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico (1914)". *Obras Completas*. Amorrortu Editores, Tomo XIV, p.7.

Steiner y Fritz Wittels. De 1903 a 1905, entre los primeros seguidores de Freud que empezaron a practicar el psicoanálisis estuvieron Federn, Wilhelm Stekel y Ernest Jones.

A partir de 1906, comienza el reconocimiento internacional para el psicoanálisis, Freud comienza su correspondencia con Carl Jung, quien se convertirá en un seguidor y más tarde en un disidente. En 1908 esta Sociedad se convirtió en la Sociedad Psicoanalítica de Viena, se unieron Oskar Rie, Karl Abraham, J.K. Freudjung, Victor Tausk, Sandor Ferenczi, A.A. Brill, Rudolf Urbantchitsch, Eduard Weiss y Max Eitingon entre otros, en su mayoría eran médicos que practicaban la psicoterapia psicoanalítica como Freud la había definido en esa época. En 1908 se organiza el Primer Congreso Internacional de Psicoanálisis en Salzburgo y, Karl Abraham funda la Sociedad de Berlín. En 1909 Freud visita Estados Unidos e imparte sus primeras conferencias. Se unieron más tarde Oscar Pfister y Lou Andreas Salomé. En 1910, se realiza el Congreso de Nuremberg y se funda la Asociación Psicoanalítica Internacional, con la finalidad de evitar "el abuso de que sería objeto el psicoanálisis cuando alcanzara popularidad" (1914). En este congreso Sandor Ferenczi, fiel seguidor de Freud hasta entonces, hace un informe sobre la transmisión del psicoanálisis, proponiendo una organización para salvaguardar la doctrina psicoanalítica. Hubo además otros comienzos promisorios en varios países, los cuales no perduraron en este periodo, como en Italia, Suecia, Hungría y Rusia entre otros.

En este tiempo, el conocimiento sobre el psicoanálisis se adquiría de manera teórica, los candidatos a analistas no estaban obligados a someterse a un análisis personal, incluso sus primeros dirigentes no se habían psicoanalizado y sus bases en los principios psicoanalíticos eran en general escasas. Aún cuando desde 1910, Freud recomienda el análisis personal del analista, no había muchos que se hubieran analizado y, los choques de susceptibilidades, las querelas personales producidas demasiado pronto entre los primeros compañeros del psicoanálisis pueden explicarse también, en parte, por la casi imposibilidad de organizar análisis mutuos. En 1912 fue Ernest Jones de los primeros psicoanalistas en someterse a un psicoanálisis, lo hizo bajo la dirección de Sandor Ferenczi en Budapest.

Las relaciones entre los primeros psicoanalistas no carecieron de rivalidades, competencia, inclinaciones a autorizar o desautorizar en situaciones y con criterios no del todo analíticos. Entre 1911 y 1913 se dieron las primeras disidencias, las cuales Freud afirma, son consecuencia de las resistencias surgidas ante la "aproximación a las desagradables verdades del psicoanálisis", ante las cuales alguien puede emprender la huida. Comprende así que "en los analistas puede ocurrir lo mismo que en enfermos bajo análisis" (1914c). Los protagonistas de estas primeras disidencias fueron Alfred Adler, Carl Jung, Wilhem Stekel quienes comenzaron a hacer sus propios desarrollos teóricos que llamaron psicoanalíticos pero que tenían muchas divergencias con las teorías de Freud.

Puede hablarse de dos tipos de disidencias: la primera impugna el psicoanálisis freudiano, ataca el centro mismo de la noción de inconsciente y la descripción de las pulsiones, a este tipo de disidencia pertenecen Adler y Jung, quienes saliendo del psicoanálisis adoptan sus propias nociones y modelos terapéuticos. El otro tipo de disidencia está enfocada al proceso terapéutico, se critica el psicoanálisis freudiano considerándolo demasiado lento y largo, lo que desemboca en una modalidad caracterizada por la prisa terapéutica con bases en la teoría psicoanalítica. A este tipo de disidencia pertenecen Wilhem Stekel (1912) y más tarde Otto Rank (1926).

Alfred Adler dimite del psicoanálisis en 1911, critica la teoría freudiana de la etiología sexual de las neurosis, la represión y propone sus propios puntos de vista acerca de la "protesta masculina" (deseo de la mujer de superar su desventaja frente al hombre). Forma más tarde "el círculo de los psicoanalistas libres", formado por médicos dedicados a la psiquiatría y expertos en pedagogía y filosofía y, partir de 1920, el círculo adleriano se amplía. Ecléctico, acogerá a médicos, psiquiatras, profesores, periodistas y hasta especialistas en consultas prematrimoniales. Más tarde, su renombre alcanza una dimensión internacional y en 1924, realiza su primer Congreso Internacional de Psicología Individual, teorías por las que será reconocido posteriormente. Freud señala algunas críticas al trabajo de Adler:

"buenas contribuciones a la psicología del yo, traducciones superfluas pero aceptables de los hechos analíticos a la nueva jerga y desfiguraciones y tergiversaciones de estos hechos en todo lo que no se adecuan a las premisas del yo... Su teoría hace con ello lo que todos los enfermos; es lo que en general hace nuestro pensamiento consciente: se vale de la racionalización para encubrir el motivo inconsciente" (Freud, S. 1914c).

Freud, en su primer viaje a América, acompañado por Carl Jung, comienza a notar las primeras diferencias teóricas entre ellos, éste señala ciertas reservas a la teoría freudiana de la sexualidad infantil, trabaja el simbolismo y Freud teme por su parte, los "humos de ocultismo" en las preocupaciones filosóficas o religiosas de aquél. Sin embargo, es hasta el Congreso de Munich, en 1913, que se consuma la separación de Jung del movimiento psicoanalítico formado por Freud. La modificación introducida por Jung y los suizos se encontraba en el refrenamiento teórico del factor sexual, ningún cuidado por el pasado ni por la transferencia y, una vez modificado esto en la teoría analítica, el psicoanálisis encontraba menos resistencias en la gente para aceptarlo. A lo cual Freud no cedió, respondió que: "cuanto más sacrificase de esas laboriosamente ganadas verdades del psicoanálisis, tanto más vería desaparecer la resistencia" (1914c). Jung elabora su "psicología analítica" que aborda el temperamento, la introversión y extroversión, así como los tipos psicológicos, conjunto de teorías que más tarde llamará "psicología compleja". Emprende largos viajes por el mundo con objeto de investigar las tradiciones y los mitos de los árabes, de los indios pueblo y los negros. Más tarde funda la Sociedad Suiza de Psicología Práctica, agrupando a analistas, especialistas en cuestionarios, orientadores profesionales y grafólogos. Sus teorías serán conocidas más tarde como la escuela junguiana de psicoanálisis.

Wilhelm Stekel, por su parte, fue el primero en formular la hipótesis de un "instinto de muerte", cosa que Freud recogerá en su segunda tópic, no sin hallar resistencias. Stekel en 1912, es el primero en denunciar los análisis interminables de la cura freudiana, juzgando que el terapeuta debe cortar cuando haya discernido el síntoma central de la neurosis, sin dejarse arrastrar por el complicado juego de la transferencia y la contratransferencia. Establece su "mé-

todo activo" de psicoterapia, constituido por sesiones fijadas, entre cincuenta y ciento cincuenta, con un ritmo de 3 a seis por semana. Llega también a negar la necesidad de una teoría de la libido, los acontecimientos absolutamente inconscientes y, su método activo resulta ser muy directivo, puntos entre otros, que lo alejan consecuentemente del psicoanálisis.

Estos personajes no profundizaron las bases del primer sistema psicoanalítico que incluía lo inconsciente, el desarrollo psicosexual y la transferencia-resistencia. Cabe preguntarse si las diferencias teóricas surgidas en las disidencias son el origen de los enfrentamientos o, por el contrario, ellas son el resultado de relaciones transferenciales no analizadas. Esto solo se respondería estudiando caso por caso, lo cual, aunque no es parte del tema a desarrollar, se menciona como referencia al posible origen de dichos conflictos.

Durante este período Freud desarrolló sus postulados del psicoanálisis clásico: el inconsciente y sus síntomas, el complejo de Edipo y el papel fundamental de la sexualidad así como un tratamiento neutro y prolongado; descubrió los problemas de la transferencia en la clínica psicoanalítica a partir del tratamiento de una paciente histérica, trabajo publicado en 1905, conocido como el caso Dora. Aunque desde 1910 Freud insistía en la importancia de que los analistas tuvieran su propio análisis, todavía en "Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico" (1914) Freud opinaba que si alguien era suficientemente "normal", el análisis de sus sueños bastaría como preparación para ejercer el análisis. Entre 1911 y 1916, modifica su primera teoría de las pulsiones, elabora la segunda tópica del aparato psíquico, descubre el narcisismo y elabora sus trabajos metapsicológicos.

A pesar de las primeras disidencias, naturalmente se constituyó una línea ortodoxa compuesta por los discípulos fieles a Freud, entre ellos: Ernest Jones quien ideó la formación un comité de personas leales a Freud, entre cuyos miembros se encontraban: Karl Abraham, Sandor Ferenczi, Otto Rank y Max Eitingon, fundando en 1913 la Sociedad Inglesa de Psicoanálisis, pero tiene que disolverla a causa de las influencias jungianas que comenzaban a presionar. La reconstituye en 1919, para ser su presidente hasta 1944. Hubo a la vez otros

fieles seguidores entre los cuales estuvieron Paul Federn, Nunberg, Theodor Reik y Edward Glover entre otros. (Fages, J.B. 1976, pp.94-98).

En el segundo periodo (1918-1939), Freud continúa desarrollando su teoría, hasta su muerte en 1939. Entre sus principales obras figuran "Más allá del principio del placer", "psicología de las masas y análisis del yo", "El yo y el Ello", "Inhibición, síntoma y angustia", "El porvenir de una ilusión", "El malestar en la cultura", "Esquema de psicoanálisis" y "Moisés y la religión monoteísta" entre otros.

En materia didáctica, es hasta 1919, en Budapest, que Hermann Nunberg propone el análisis del analista como punto fundamental de la formación. Ferenczi fue quien más contribuyó a subrayar el valor del análisis didáctico, llegó a considerarlo la segunda regla fundamental del psicoanálisis. En su opinión, si el análisis terapéutico tenía alguna diferencia con el análisis didáctico, solo podría ser que éste último debía llevarse hasta su fin, lo cual hasta la fecha, siempre ha sido un punto discutible. En 1920, se centraliza la cuestión de la formación con la creación del Instituto de Berlín, por Eitingon y Abraham, donde la formación teórica tenía año y medio de duración, los análisis didácticos eran de seis meses obligatorios y se comenzaba el trabajo clínico bajo control. Las estipulaciones en materia didáctica durante este periodo, quedaron establecidas hasta el congreso de Bad Homburg en 1925, donde se estableció que todo candidato a analista debía someterse a un análisis personal, sin embargo, los criterios del tiempo y la formación de los analistas siempre fueron y siguen siendo una controversia entre las distintas corrientes psicoanalíticas (Fine, 1982. Tomo I, p.93s).

En este periodo se da la disidencia y la exclusión de Otto Rank, que provocaría en Freud y en la primera generación de psicoanalistas, conflictos y desgarramientos internos de mayor agudeza que la disensión de Jung. Fiel discípulo de Freud, publica en 1924 su obra más célebre: "El traumatismo del nacimiento". Freud subraya la importancia de la obra pero hace notar la omisión del complejo de Edipo y la falta de consideración de la filogénesis en este punto. Tras discusiones, explicaciones, salidas y arrepentimientos, Otto Rank marcha a Estados Unidos y es allí donde declara que "el psicoanálisis freudiano

está superado", confirmando su disensión y dedicándose al desarrollo de sus propias teorías, adhiriéndose más tarde al grupo de "la prisa terapéutica" que consideraba el psicoanálisis como un tratamiento lento y prolongado.

Por su parte, Sandor Ferenczi, quien se consideraría psicoanalista ortodoxo hasta el final, tenía siempre el interés de "analizar a fondo" para poder hallar y revivir el acontecimiento traumático. Desarrolló nociones fundamentales como la de introyección y con un método de análisis: la transformación de los objetos simbólicos. Rank y Ferenczi tienen el mérito de haber acentuado la importancia de la transferencia en la terapia psicoanalítica, pero minimizaron la importancia de la evocación del material reprimido (Grotjahn, 1968 Vol. I, p.31s).

Ferenczi, por su parte, había entablado con Freud una fuerte relación transferencial, y no solo esperaba sino que le demandaba que le amase más que a sus demás seguidores y que le tuviera la misma confianza que él le había dado. Siempre tuvo dos reproches: su conducta en un viaje hecho con él a Sicilia, donde esperaba más cercanía y confianza por parte de Freud y, el no haberle analizado su transferencia negativa.

En su demanda de reciprocidad, en su demanda de saber, en su demanda de amor, Ferenczi (como cualquier analizante) queda ante el vacío de respuesta por parte de Freud (o del analista) y deja de escuchar en su propia demanda un saber sobre sí mismo. La posición frente a su demanda nunca cambió, continúa con su reproche, deja abierta su demanda y, al esperar que su vacío quede cubierto, deja de aprehender algo de su propia verdad. Ferenczi, enfascado con Freud y sus seguidores, en el problema de la transmisión del psicoanálisis, deja de lado la posibilidad de transmitir en la relación transferencial precisamente un vacío. Puede decirse que, con esa actitud, en lugar de reconocer la no-respuesta a su demanda como una invitación a la escucha de un saber sobre sí mismo, se propone dar a otros lo que no recibió sin reconocerlo, con el sostenimiento de sus reproches niega la existencia de ese vacío, elabora "ese algo" que él mismo se inventa sin que surja de una elaboración analítica y que, posteriormente constituirá parte de las variaciones a la técnica psicoanalítica:

[...] esas dos demandas que permanecían insatisfechas (que Freud le amase, que Freud interviniese) le correspondían dos "inventos" de Ferenczi: la neocatarsis y la técnica activa. Y con ello indicamos lo esencial de la transmisión de Ferenczi. [...] A tal agujero... habría de corresponderle tal invento, que sería una respuesta apropiada, que sería una respuesta que podría colmar ese agujero (pero no delimitarlo). De este modo, el análisis "a fondo" sería alcanzado en el punto justamente donde Ferenczi fallara. Lo transmitido sería no tal o cual contenido positivo que Ferenczi habría recibido, sino lo que habría querido darle a los demás a causa de no haber admitido él mismo no haberlo recibido. (P. Julien, 1981, p. 88)

Desde 1920, Freud y Ferenczi seguirán caminos diferentes. Ferenczi publica en 1924, junto con Otto Rank, "The Development of Psychoanalysis", donde propugnan por una considerable actividad por parte del terapeuta, pero no indican como se la debe emplear; abogan por la fijación de un plazo límite al proceso analítico pero no explican la relación entre ese límite y la experiencia transferencial del paciente. Para 1928, después de que Rank se muda a los Estados Unidos, Ferenczi escribe artículos sobre el fin de análisis y la flexibilidad de la técnica analítica.

Así, varias de las disidencias en el movimiento psicoanalítico con respecto a la doctrina freudiana, se dieron por las vicisitudes en la transmisión del psicoanálisis, por lo no aprehendido o por lo no aceptado dentro de la teoría establecida por el mismo Freud.

Para 1926, la Asociación tenía miembros en Estados Unidos, Alemania, Suiza e Inglaterra. Ese mismo año, se acusó en Viena a Theodor Reik de ejercer el psicoanálisis sin ser médico, se le acusó de "curanderismo". Ante esto, Freud intervino enérgicamente defendiendo a Reik y escribió un artículo a favor del ejercicio del psicoanálisis por los legos, ya que, desde los primeros tiempos, Freud sostuvo firmemente que el psicoanálisis no debía ser considerado como de competencia exclusiva de los médicos. En su introducción al artículo "¿Pueden los legos ejercer el psicoanálisis? Diálogos con un juez imparcial" (1926), admite que hasta ahora nadie se había preocupado por determinar quien ejerce el psicoanálisis. Expone las peculiaridades del tratamiento analítico y afirma que hasta los médicos que empiezan el ejercicio del análisis son curanderos en

este campo. Pone el acento en la exigencia de que nadie, quien no haya adquirido una determinada formación dentro del análisis pueda ejercerlo, por ello resulta superfluo exigir que una persona tenga o no un título médico. De aquí surge la pregunta ¿cuál es la formación apropiada para los analistas?

Para Freud, la instrucción era uno de los problemas que entreveía, debía haber un lugar donde los futuros analistas pudieran formarse, y que para su actividad pudiera ofrecer una suerte de reaseguro como garantía de la formación y de la continuidad del discurso psicoanalítico. Durante los primeros tiempos la formación del analista consistía en lecturas, discusiones, el reconocimiento de Freud, entrevistas, contribuciones teóricas y análisis mutuos de sueños. La idea de Freud sobre el análisis de los analistas era de un valor demostrativo de los fenómenos inconscientes. Con el nacimiento de la asociación, ésta se encarga entre otras funciones de designar quién es psicoanalista y quien no.

En cuanto al estudio de la contratransferencia, Theodor Reik fue de los primeros en abordar el concepto después de Freud. En 1933, Reik publica "New Ways in Psychoanalytic Technique", donde esboza una teoría de la contratransferencia a partir de la intuición, las asociaciones libres, los presentimientos y la sorpresa en contraposición al razonamiento del analista. Este es el primer trabajo de una serie de publicaciones psicoanalíticas en las que aborda el tema de la contratransferencia entre otros temas de técnica psicoanalítica, entre estas publicaciones están "Surprise and the Psychoanalyst" (1935) y "Listening with the Third Ear" (1948). En realidad no llega a formular una teoría como tal sino que habla sobre *insight* del analista, afirmando que debe estar basado en la sorpresa, es decir, que el analista debe dejarse sorprender por su propio inconsciente.

Reik afirma la experiencia psicoanalítica como un dúo inconsciente entre el paciente y el analista, en donde la comprensión y el insight surgen de este interjuego inconsciente que sorprende a ambos, al analista y al paciente, si bien es previo en el analista y, donde la confianza en las presuposiciones teóricas conscientemente sostenidas por el analista sirven para interferir, más bien que para complementar el logro de las verdades adecuadas. Sugiere dejar de lado las teori-

as y preconcepciones teóricas y técnicas como requisito para un tratamiento psicoanalítico exitoso debido a que, la naturaleza del proceso psicoanalítico desafía la sistematización y la codificación. (Grotjahn, 1968, Vol. IV, p. 42s).

En su trabajo sobre "Algunas observaciones en el estudio de las resistencias", considera la contratransferencia como una resistencia del analista y afirma que debe ser vencida por el autoanálisis. Con esto da por sentado la distinción entre la capacidad intuitiva del analista y la contratransferencia en sí misma. El progresivo interés del fenómeno contratransferencial probablemente se origina en parte en las contribuciones de Reik.

La historia del análisis y sus comienzos no puede ser más que analítica, es decir, del conocimiento de sí mismo Freud hace surgir la teoría y, juega aún sin deseárselo, un papel de tercero frente a los primeros analistas y éstos lo jugaban por momentos para con él. Hasta la fecha, no existe una teoría sobre las relaciones entre transferencia y teoría, incluso la teoría de la transferencia "co-ja", hay algo que no pasa por la enseñanza, es imposible transmitir, hay un saber que solo se transmite en la experiencia analítica.

En 1937, Freud volvió sobre los problemas de la técnica analítica en su artículo *Análisis terminable e interminable*. En este tiempo, Freud no podía ignorar la amenaza que representaba el nazismo, la preocupación por su familia y por el futuro del psicoanálisis. Freud no deseaba abandonar su tierra natal, sin embargo, tuvo que emigrar a Inglaterra, donde pasó sus últimos años.

A raíz de la emigración hacia Estados Unidos, provocada por la persecución de Hitler y el inicio de la Segunda Guerra Mundial, Freud acepta refugiarse en Inglaterra en el año de 1938 y el movimiento psicoanalítico fue dejando los países que lo vieron nacer y crecer -Austria, Alemania y Hungría- para encontrar refugio en Gran Bretaña y Estados Unidos. Este mismo año, el grupo norteamericano declaró su independencia de la Asociación Psicoanalítica Internacional y, después de la Segunda Guerra Mundial, la Asociación Psicoanalítica Norteamericana tuvo más miembros que el resto del mundo en su conjunto. El movimiento psicoanalítico acabó desembocando en instituciones que garantizaran la transmisión del psicoanálisis, lo que lo inscribió en una encrucijada, entre el discurso psicoanali-

tico y el intento de adaptarlo en los moldes de una disciplina academizada, cuyos síntomas no tardaron en aparecer.

Hasta antes de 1950, las alusiones a la contratransferencia en los distintos aportes psicoanalíticos no alteran las concepciones de Freud al considerarla como un obstáculo al proceso analítico, pero tampoco la desarrollan. Al inicio de la formación de las diversas escuelas psicoanalíticas postfreudianas, la consideración de la contratransferencia era un tabú, debido a la imagen autoritaria e invulnerable que al parecer el analista debía sustentar en relación a sus analizantes y, en consecuencia, constituía un ataque a su narcisismo. Fue a partir de los años cincuenta, el concepto de la contratransferencia pasó a constituir un concepto rector de la práctica analítica, al grado de adquirir la misma importancia que el concepto de la transferencia. En la década 1950-1960 fue cuando más estudios se realizaron alrededor de este concepto.

Después de este breve recorrido inicial podemos dilucidar que, el concepto de contratransferencia en sus orígenes, estuvo unido a la idea de una respuesta inadecuada del analista al paciente, aparece como el aspecto resistencial del analista, promovido por el trabajo con el paciente que despierta sus propios complejos y resistencias. Es por ello que Freud recomendó desde el principio el análisis del analista que lo liberaría de sus propios puntos ciegos.

Al ser retomada la importancia del manejo de la contratransferencia en el tratamiento analítico, surgieron diversas maneras de enfocarla. Se comenzó por establecer su existencia en la situación analítica como una contrapartida de la transferencia y, por ende, se tuvo que reconsiderar su definición, establecer sus límites y reconsiderar sus implicaciones en la formación analítica. Por otro lado, llegó a considerarse su validez en contraposición al aspecto negativo que podía implicar, es decir, como un intento de liberarse de la culpa ante los aspectos no analizados del propio analista y considerar la contratransferencia como un instrumento útil en el proceso analítico. Esto hizo surgir diversas posturas que introdujeron modificaciones en la técnica analítica y generaron diferentes maneras de dirigir la cura haciéndose extensivas al campo de la psicoterapia.

## Capítulo II: La escuela inglesa

*"...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 es un instrumento de investigación para los procesos inconscientes del paciente... no es la presencia de sentimientos sólo en uno de los miembros, y la ausencia en el otro, en el analista, sino sobre todo, la intensidad de los sentimientos vivenciados y el uso que se hace de ellos, siendo ambos factores independientes"<sup>1</sup>.*

### Antecedentes históricos

El psicoanálisis en Gran Bretaña inicia en la primera década del siglo XX, fue iniciado por Ernest Jones (1879-1958), nacido en Gales, quien, con estudios de medicina ejerció su carrera en Londres. El acercamiento de Ernest Jones al psicoanálisis empezó en 1906 mientras se ocupaba de administrar diversos tests a niños normales y deficientes, desde 1898 ya conocía el nombre de Freud y es hasta 1908 cuando lo conoce personalmente. A partir de ese encuentro, le siguieron 30 años de su vida dedicado al movimiento psicoanalítico. Fue uno de los amigos íntimos de Freud, el más antiguo y el que siguió siendo un fiel partidario durante toda su vida. En el Congreso Terapéutico Norteamericano de 1909 leyó el primer trabajo sobre psicoanálisis que se presentaba en un congreso médico. Analizante didacta de Ferenczi a partir de 1913, fue el primer analista que tuvo esa experiencia.

Comenzando la segunda década del siglo, en 1913, E. Jones fundó la Sociedad de Londres pero tuvo que disolverla a causa de disensiones y presiones que por la disidencia de Carl Jung amenazaban su continuidad, la reconstituye en 1919 como la Sociedad Inglesa de Psicoanálisis. El psicoanálisis en esta región estuvo marcado profundamente por la figura de Melanie Klein y Anna

<sup>1</sup> Heimann, P. (1950) On Countertransference. International Journal of Psychoanalysis. No. 31, pp.81-84

Freud, de quienes más tarde, sus trabajos y desarrollos teóricos dieron origen a nuevas corrientes psicoanalíticas.

**Melanie Klein**, nace en Viena en 1882 y muere en Londres en 1960, inicia estudios de medicina, los cuales interrumpe por preferir el arte y la historia, profesiones de las que nunca se graduó. Se casó a los 17 años con Arthur Klein y tuvo tres hijos. Desde 1916 inició su propio análisis con Sandor Ferenczi. Habiendo leído las obras de Freud y con el apoyo de Ferenczi se dedica al psicoanálisis de niños en una policlínica de Budapest. En 1919 presenta su estudio sobre "El desarrollo de un niño" a la Sociedad Psicoanalítica de Budapest. En 1920 Karl Abraham la apoya en sus investigaciones y la invita a ejercer en Berlín, se instala con sus hijos en esa ciudad, donde trabaja alrededor de cinco años, se divorcia y continúa su análisis con Abraham a partir de 1924, el cual se ve interrumpido por la muerte de éste un año y medio después.

En la tercera década, el psicoanálisis en Gran Bretaña empieza a adquirir su fuerza. Por invitación de Ernest Jones, Klein dio un ciclo de conferencias en Londres en 1925 y, cuando en 1926 él la invitó a trasladarse a Inglaterra y trabajar en la Sociedad Psicoanalítica Inglesa, ella aceptó y se trasladó a Londres. Comenzó con un novedoso abordaje en el tratamiento de los niños, utilizando una terapia lúdica, afirmando que existe en el niño la capacidad para establecer una relación transferencial con la analista y admitir en las secuencias del juego un equivalente a las asociaciones del adulto, puntos de controversia posterior con Anna Freud. Hacia el fin de la segunda década, M. Klein empieza a tener divergencias teóricas y clínicas con Anna Freud quien también se dedicaba al psicoanálisis de niños. A principios de 1930, M. Klein comenzó a analizar a niños y a adultos por igual, y a desarrollar la técnica del análisis de adultos.

En 1932, Melanie Klein escribe "El psicoanálisis de niños", más tarde su "Contribución al estudio de la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos" y "El duelo y sus relaciones con los estados maniaco-depresivos", entre otros. M. Klein fue la primera psicoanalista después de Freud que proporcionó un cuerpo teórico diferente y sistemático sobre la teoría psicoanalítica. Entre sus aportes al psicoanálisis, está el trabajo con niños, donde descubrió que tanto el comple-

jo de Edipo como el superyó se manifiestan claramente mucho antes de lo que se suponía. Planteó un complejo de Edipo temprano, realizó formulaciones sobre la posición depresiva y luego sobre la posición esquizo-paranoide como subdivisiones de la etapa oral, donde la primera ocupa los primeros 3 a 4 meses de vida y la segunda la última mitad del primer año. Especificó el término posición no solo como una etapa del desarrollo o fase transitoria, sino que implica una configuración específica de relaciones objetales, ansiedades y defensas que persisten a lo largo de la vida. Melanie Klein no hace una relectura de Freud sino que compara sus opiniones con respecto de las suyas en cuanto al desarrollo infantil y el complejo de Edipo. Melanie Klein publica en 1957 "Envidia y gratitud", muere en 1960, a los 78 años de edad. Se publicará a título póstumo en 1961, "Historia de un caso de análisis infantil", que trata la cura psicoanalítica de un niño de diez años.

**Anna Freud**, nace en Viena en 1895 y muere en Londres en 1982. Desde 1918 inicia su carrera psicoanalítica a los 23 años en el Instituto Psicoanalítico de Viena, en 1923 comenzó a trabajar con adultos, después de lo cual empezó su trabajo psicoanalítico con niños. Siguió a su padre en la emigración a Londres, entre sus trabajos sobre psicoanálisis y pedagogía están la "Introducción al psicoanálisis de niños", publicado en 1926. Es en 1927 cuando surgen las diferencias con Melanie Klein en el tratamiento de los niños en psicoanálisis. Anna Freud reconoce el valor del juego para efectuar el psicoanálisis de niños, pero difiere de M. Klein en otras cosas en que, las secuencias del juego equivaldrían a las asociaciones en el adulto ya que sus juegos son espontáneos y no conlleva la conciencia de estar siendo analizado, ni el proyecto de la curación; no comparte la idea de que el niño pueda sentir transferencia frente al analista ni experimentar una neurosis de transferencia como lo sostuvo Klein. Tampoco comparte sus ideas del Edipo temprano y la autonomía del superyó desde las fases tempranas del desarrollo.

De estas diferencias, entre otras, surgieron polémicas al interior del movimiento psicoanalítico. Ernest Jones, actuaba siempre como mediador en las controversias surgidas y juega ese mismo papel para hacer que Freud acepte los trabajos de Melanie Klein, a pesar de la resistencia de Anna Freud y de los

integristas británicos. También lo hizo cuando, en controversia con los antropólogos que no aceptaban las ideas freudianas, leyó un trabajo conciliador sobre el psicoanálisis y la antropología en 1924.

Anna Freud, por su parte, en la fidelidad al esquema y a los conceptos clásicos, que vincula a la pedagogía, hace aflorar su eje teórico en el desarrollo de la personalidad que el espíritu de su padre tendía más bien a velar. A. Freud, publica en 1936 "El yo y los mecanismos de defensa", desarrolla como lo dice el título de su obra, sus trabajos sobre el conocimiento de esta instancia psíquica, así como una especie de fenomenología que da sentido al sujeto. Más tarde, en 1938, A. Freud dirige una clínica para niños en Hampstead y, trata de reformular y traducir en términos accesibles a los pedagogos los difíciles conceptos del psicoanálisis. Anna Freud se coloca más tarde en la hilera de la psicología del yo, que recontraremos en Hartmann, Kris y Lowenstein en Estados Unidos (Fages, 1976, p.143s). El pensamiento de Anna Freud influirá posteriormente en la escuela americana de psicoanálisis, así como innumerables maneras de dirigir la cura en la psicoterapia.

### **El psicoanálisis en Gran Bretaña**

Ernest Jones fue el fundador, el líder y el sostén del movimiento psicoanalítico británico por muchos años. Fundó la Sociedad Británica de Psicoanálisis en 1919 y fue asistido por Edward Glover en la clínica que atendía. La psiquiatría nunca tuvo en Inglaterra un papel activo en el desarrollo del psicoanálisis como sucedió en Estados Unidos y, aunque Glover era médico comprendió que los métodos del psicoanálisis difieren en muchos sentidos de los de la ciencia natural, escribió mucho sobre el desarrollo del niño y las fases de desarrollo del yo y, su obra sobre "La técnica del psicoanálisis" que, por mucho tiempo fue indispensable en la formación de los analistas.

En 1922 se iniciaron preparativos para organizar un Instituto de Psicoanálisis junto con la Clínica de Psicoanálisis de Londres y, en 1924 se firmaron los reglamentos de la Asociación. En la misma época se constituyó un comité de entrenamiento de analistas, donde entonces, los asociados alcanzaban su

status mediante un sistema de aprendices: se los reconocía sobre la base de la recomendación del analista didacta, quien normalmente se interesaba en la supervisión de sus lecturas y los apadrinaba en sus primeros casos. Antes que las disensiones terminaran por dividir a la Sociedad, los candidatos a analistas podían elegir la corriente de su preferencia.

Antes de 1925, unos pocos psicoanalistas se especializaban en psicoanálisis de niños, entre ellos, Mary Chawick, discípula de Hasnns Sachs. Con el traslado de Melanie Klein a Londres, en 1926, se establecieron los fundamentos de un grupo de analistas de niños. Sus formulaciones fueron aceptadas por la Sociedad y apoyadas en particular por Ernest Jones. Las controversias entre M. Klein y A. Freud se dieron entre 1943 y 1945, sobre el final de la Segunda Guerra Mundial. Por un lado estaba la escuela de Melanie Klein y por el otro los seguidores de la escuela vienesa, que se agrupaban alrededor de Anna Freud, pero que eran movilizados por Edward Glover quien, británico como Ernest Jones, va a ser el integrista del credo freudiano. Escribe un artículo crítico contra Melanie Klein y en 1945 una acusación violenta pero, al no conseguir su salida, dimite él, aliado de Melita, la propia hija de Melanie Klein. La década de controversias le costó a M. Klein la pérdida total de apoyo de muchos analistas ingleses que previamente la habían recibido con agrado.

Las primeras disensiones en el seno de la Sociedad Británica de Psicoanálisis se dieron con las aportaciones teóricas de Melanie Klein con respecto al desarrollo mental y en el campo del análisis de niños. Esto provocó el alejamiento de algunos analistas de las posiciones clásicas freudianas, con lo que, empezaron a formarse grupos kleinianos. Con respecto al psicoanálisis de niños, las diferentes posiciones de Anna Freud y de Melanie Klein provocó también que hubiera seguidores tanto de un lado como del otro y, lo que dio lugar a enfrentamientos entre seguidores de ambas posturas clínicas. Las concepciones de Anna Freud dieron lugar al desarrollo del psicoanálisis de la escuela americana y en particular a la psicología del yo.

Después de la Segunda Guerra Mundial, había tres grupos distintos de psicoanalistas, los que seguían las doctrinas de Freud, los que preferían los

aportes de Melanie Klein y los de un grupo intermedio. Hubo entre ellos un acuerdo en cuanto a la formación de los candidatos a psicoanalistas. Para los tres grupos había cursos especiales y conferencias sobre los otros grupos, pero su análisis didáctico tenía que ser con un analista del grupo intermedio que podía considerarse como neutral. Pronto la oposición entre los grupos se hizo notar y, la emigración de muchos analistas a Estados Unidos contribuyó a que prevaleciera en Gran Bretaña el grupo kleiniano.

El psicoanálisis en Gran Bretaña estuvo marcado profundamente por la figura de Melanie Klein, que en su teoría enfatizó las relaciones de objeto y, desde de la cual, estableció un marco de referencia para la dirección de la cura: las interpretaciones dadas a los analizadas giran en torno a las relaciones con sus objetos internos y externos introyectados y proyectados y, la relación con el analista como objeto externo con el cual ha de identificarse el analizado. Se interpreta la transferencia y las resistencias y definen como regla fundamental el análisis de las resistencias antes que el análisis del contenido en las asociaciones de los analizadas, especialmente cuando la resistencia impide hacer consciente un impulso rechazado.

A partir de la teoría de M. Klein, surgieron seguidores que continuaron el desarrollo de su teoría, tales como Joan Riviere, W.R. Fairbain, M. Milner, Hanna Segal, Donald W. Winnicott, Susan Isaacs y Michel Balint entre otros. La escuela inglesa de psicoanálisis se caracterizará como la que sustenta la teoría de las relaciones objetales, iniciada con Melanie Klein, bajo la cual se centran sus concepciones y su práctica clínica.

Antes de hablar de los representantes principales de la escuela inglesa, hay que considerar que la contratransferencia para M. Klein era entonces, como la neurosis, un objeto de análisis. Sin embargo, como suele suceder en las escuelas psicoanalíticas, los discípulos hicieron derivaciones de su teoría de la identificación proyectiva y la aplicaron a los procesos de comprensión empática, al grado de que, se habla menos de contratransferencia y más de transferencia de "partes" de la personalidad del paciente que, por identificación proyectiva, "se meten" en la psiquis del analista. Consecuentemente, la práctica analítica

de esta escuela coloca la personalidad del analista y la percepción de esta personalidad por parte del paciente, como el centro de la relación analítica.

### **Principales representantes**

Entre los principales representantes de la escuela inglesa, se abordarán los *autores kleinianos* y *postkelinianos*, que de manera específica trabajaron el tema de la contratransferencia en vida de Melanie Klein y aún después de su muerte. En la década de los cincuenta figuran autores como D. Winnicot, P. Heimann, M. Little, R.R. Money-Kyrle, León Gringberg, Annie Reich y H. Racker, éste último puede considerarse también postkeliniano en la medida en que realizó nuevos aportes a la teoría de M. Klein. Los trabajos de dichos autores tuvieron en su momento, y continúan teniendo, una amplia resonancia en la literatura y práctica psicoanalíticas de dicha escuela. Los *autores postkelinianos*, generalmente de la década de los sesenta en adelante, son aquellos analistas que desarrollaron la teoría y la técnica originales de Melanie Klein y que crearon nuevos conceptos y nuevas estrategias para resolver problemas que se les presentaron en el análisis con sus pacientes, entre ellos figuran: Otto Kernberg, Joseph Sandler, Hanna Segal, P.L. Giovachini y Horacio Etchegoyen entre otros.

En la escuela inglesa surgen inquietudes acerca de la contratransferencia en el analista durante el tratamiento debido a la importancia que dan a la relación analista-paciente. Fenichel, en 1941, constató relativamente temprano que el miedo a la contratransferencia podría llevar al analista a sofocar cualquier reacción humana natural frente al paciente (citado por Thomá, H. 1989, p.101). De ahí, que la mayoría de los desarrollos teóricos de los discípulos de M. Klein que retomaron algunos de sus conceptos, consideran la contratransferencia definida por Freud, como una actitud fóbica hacia los propios sentimientos, tienden a atribuirle otras cualidades llegando a considerarla como un elemento útil en el proceso psicoanalítico.

**Donald W. Winnicott**, nace en Plymouth, puerto del Sudoeste de Gran Bretaña en 1896 y muere en Londres el 25 de enero de 1971 (Arcangioli, 1996),

discipulo de Melanie Klein aportó, en relación a la contratransferencia, una clasificación de tres categorías (citado por Abadi, 1996), refiriéndose:

1. En primer lugar a las relaciones e identificaciones fijas reprimidas en el analista, sus conflictos inconscientes no elaborados que generan una patología en los sentimientos contratransferenciales y que, son señal de que debe ser resuelto en el análisis del analista.
2. En segundo lugar, menciona la contratransferencia positiva hecha de identificaciones y tendencias personales de la experiencia terapéutica que refieren a lo que se espera de su función terapéutica: estabilidad y confiabilidad, sin reaccionar a la transferencia del paciente, significa que el analista somete a un riguroso examen y selección de sus ideas y afectos antes de enunciar una interpretación.
3. En tercer lugar, menciona la "contratransferencia verdadera" que se refiere al amor y al odio que siente el analista como reacción ante la personalidad real y el comportamiento del paciente.

Winnicott se inclina por un concepto amplio de la contratransferencia que engloba las tres categorías mencionadas, sin embargo, no se refiere a la contratransferencia como instrumento técnico sino a ciertos sentimientos reales que pueden aparecer en el analista, especialmente a su odio. Hace referencia a los aspectos contratransferenciales del análisis llevado a cabo con psicóticos y personalidades antisociales y, considera que, en el análisis de este tipo de pacientes, las reacciones del analista pueden ser muy poderosas, por lo cual es necesario conocerlas y emplearlas en la interpretación. Desde su punto de vista, la principal tarea del analista es mantener la objetividad respecto del material presentado por el paciente, cree que sentir odio cuando éste ha sido provocado es parte de tal objetividad ya que, según su experiencia, en determinados estadios del comportamiento del paciente, éste busca el odio del analista y, hay que permitirle ver que su deseo es alcanzado. Relaciona esta situación con lo que ocurre en la interacción normal madre-hijo, donde el odio del hijo manifiesta su poca apreciación de los cuidados de la madre y, para que un niño se sienta amado tiene que sentirse también odiado. Winnicott juzga que la misma re-

gla se aplica a la situación analista-paciente, en la que el paciente busca alcanzar el odio objetivo, ya que de lo contrario, no puede haber amor objetivo. El odio del analista le es preciso para poder tolerar su propio odio y vencer sus resistencias hacia el crecimiento.

**Paula Heimann** (1950) utiliza el término de contratransferencia para referirse a la totalidad de los sentimientos que el analista experimenta hacia su paciente. El analista, según esta autora, debe *"conservar"* los sentimientos que se suscitan en él en lugar de descargarlos (como lo hace el paciente), con el fin de *subordinarlos* a la tarea analítica, en la cual funciona como reflejo especular del paciente". Su premisa fundamental es que el inconsciente del analista comprende el del paciente, a manera de un "rapport profundo", y que esta comprensión en las profundidades del inconsciente es la que emerge en aquellos sentimientos de los cuales el analista se percata en su contratransferencia, como una respuesta frente a las proyecciones y las comunicaciones que recibe. Al considerar la contratransferencia como una respuesta a las proyecciones del paciente, afirma entonces que la contratransferencia como tal, aunque surgen en el analista, es creación y producto del paciente. En esto estaba en desacuerdo con M. Klein, quien insistía en que la contratransferencia es algo que interfiere en el análisis, pero para Heimann mientras más abierto está el analista a su contratransferencia, más le sirve como ayuda diagnóstica.

De este modo, el analista no formula interpretaciones sobre una base puramente intelectual, sino que, gracias a su propio análisis, utiliza las emociones que el paciente provoca en él en su tarea de comprender su inconsciente. Piensa que la contratransferencia en la relación analítica no se caracteriza por la presencia de sentimientos en el paciente y la ausencia de los mismos en el analista, sino por el tipo de sentimientos que el analista experimenta y el uso que hace de ellos; señala que los sentimientos del analista no son, por lo general, un problema pero que, cuando se sienta perturbado por sentimientos intensos como ansiedad, preocupación, etc., debe procurar no intervenir con interpretaciones inadecuadas que puedan interferir con el proceso que se está desarrollando en el paciente, hasta que comprenda lo que le está ocurriendo. En el momento de entender sus propios sentimientos, desaparece el trastorno emo-

cional que está experimentando y puede interpretar de manera significativa para el paciente (Coderch, 1995, p.285s).

Esta autora considera que, aunque es posible distinguir teóricamente la transferencia y la contratransferencia del analista, en la práctica se hallan estrechamente fusionados. Afirma que el analista nunca debe hablar con el paciente de sus sentimientos contratransferenciales, considera que una comunicación de esta clase representa una confesión de problemas personales no resueltos que pertenecen al analista y que significarían una carga para el paciente y le alejaría de la situación analítica. Aunque Heimmann posteriormente se retractó de haber mencionado la contratransferencia como *creación del paciente* aludiendo a malas interpretaciones, esta frase suya ya se había independizado y había servido para fundamentar el uso terapéutico de la contratransferencia sin recurrir a la identificación proyectiva e independientemente de las teorías de M. Klein que luego integrarán otros autores como Racker.

**Margaret Little**, en su trabajo "Countertransference and the patient's response to it" publicado en 1951, recoge sugerencias de Alice y Michel Balint en torno a la influencia del analista sobre la transferencia del paciente. Su punto de vista es que, el paciente es extremadamente sensible a la contratransferencia del analista, y que se encuentra constantemente influido por ella y por las interpretaciones que se le ofrecen. Más tarde, en su artículo "The analyst's response to his patient's needs", publicado en 1957 expone que los pacientes muy graves ponen a prueba al analista para cerciorarse de si es lo suficientemente fuerte para resistir y tratar las tensiones que se le proyectan. En este trabajo, aboga por la comunicación de las reacciones contratransferenciales del analista a los pacientes graves, ya que cree que el analista, a veces, se ha de sentir libre para reaccionar espontáneamente, y que este tipo de pacientes han de sentir al analista como un ser humano con quien pueden establecer un contacto genuino. (Coderch, 1995, p. 286s).

Para Little, el proceso analítico es una interacción, es en su totalidad una mezcla de transferencia-contratransferencia normal y patológica, con específicas características conflictuales que tanto el paciente como el analista han in-

roducido en ella. Pone de relieve que la contratransferencia, al igual que la transferencia, cambia con el curso del análisis. Con esto, introduce el modelo interaccional del proceso psicoanalítico. Consecuentemente, para ella, la posición del analista sufre una profunda transformación, deja de ser el espejo freudiano en el cual tan sólo se reflejan los problemas del paciente y, por el contrario, el paciente es el espejo del analista, el cual contempla en él su propio *self*. Desde esta perspectiva Little cree que el analista, expulsado de su confortable posición, tiene que cargar con todo el peso de sus sentimientos paranoides y depresivos, ha de reconocer sus errores e incluso, a veces, admitirlos ante el paciente. Estas dos formulaciones, el punto de vista interaccional del tratamiento y el consiguiente destronamiento del analista, han ejercido una profunda influencia en la comunidad psicoanalítica inglesa. Su opinión de que, en ocasiones, el analista debe revelar al paciente sus sentimientos, ha tenido seguidores, pero en su mayoría ha sido rechazada.

**Heinrich Racker** (1986) en sus trabajos sobre "La neurosis de contratransferencia y "Los significados y usos de la contratransferencia" publicados en 1953 y 1957 respectivamente y, reunidos posteriormente en su libro publicado en 1986, menciona que la contratransferencia junto con la transferencia representan los componentes de una unidad dándose vida mutuamente y creando la relación interpersonal de la situación analítica. Considera que la realidad constante de la transferencia es respondida por la realidad constante de la contratransferencia y viceversa: la transferencia lleva a una conducta real frente al analista y su labor, el cual responde con sentimientos, angustias y deseos igualmente reales. Considera que los analistas deben utilizar la contratransferencia para la comprensión de los procesos psicológicos del analizante, sin embargo no está a favor de una especie de "confesión contratransferencial" con el analizado. Menciona que las expresiones faciales del analista como reacción ante la transferencia del paciente, reflejan por lo general la respuesta de un objeto interno al material de éste, y en última instancia, reflejan la respuesta de una parte del yo del analizado "colocada afuera", es decir, disociada y proyectada en el analista. Por lo que, considera importante que el analista perciba sus expresiones faciales, que las comprenda como respuesta contratransferencial a la

transferencia y que –después de descontar de ella el factor personal- reintegre en el paciente, mediante la interpretación, esta parte de su personalidad puesta en un objeto interno-externo, el analista. Afirma que la contratransferencia opera en tres formas:

1. Como un obstáculo, cuando los puntos ciegos revelan la necesidad de que el analista profundice más en su propio análisis. Racker señala que ante la transferencia positiva del paciente, puede existir también una contratransferencia positiva de parte del analista que facilite la comprensión del inconsciente del analizante, pero también, ante la transferencia negativa del paciente, puede corresponderse una contratransferencia negativa por parte del analista que impida el proceso analítico.
2. Como un instrumento para detectar la dinámica del paciente, a través de la comprensión de sus procesos internos.
3. Como un campo donde se va a efectuar un cambio en el paciente, en el que, el analizado puede adquirir una experiencia nueva y diferente de la que tuvo o creyó haber tenido originariamente en relación a los personajes importantes de su historia.

Piensa que la neurosis contratransferencial es inevitable y que, una vez comprendida y aceptada como tal, su análisis es imprescindible para el proceso analítico. Una vez que el analista se ha identificado con su estado emocional, puede plantearse preguntas como: ¿porqué he llegado a esta situación ahora? ¿Qué tiene esto que ver con el proceso analítico? ¿Qué relaciones self-objetos internos está desencadenando el paciente en mí? ¿Indican mis sentimientos que él necesita mi amor, o que desea triunfar sobre mí?

Racker distingue en la base de la contratransferencia, entre las *identificaciones concordantes* u *homólogas* e *identificaciones complementarias*. Las *identificaciones concordantes* son por lo general empáticas y expresan la comprensión del analista, su contratransferencia positiva y sublimada. Estas identificaciones son el resultado de que cada parte de la personalidad del analista se identifique con la correspondiente del paciente: yo con yo, ello con ello, y superyó con superyó, existe empatía con la posición emocional del analizado y se hace cons-

ciente de dichas identificaciones. Las *identificaciones complementarias* implican un monto mayor de conflicto, son las que se tienen con los objetos internos del analizado, constituyen el esfuerzo por comprender al paciente, en las cuales, existe empatía del analista hacia los sentimientos de una persona importante en la vida del analizado; este tipo de identificaciones tienen lugar cuando no funcionan adecuadamente las concordantes.

Este autor piensa que en el proceso psicoanalítico se instala igualmente de parte de analista, una *neurosis de contratransferencia*, aunque con menor intensidad que la neurosis de transferencia por parte del paciente. Racker se decide claramente por incluir la comprensión del analista (empatía, intuición) en la contratransferencia. Considera que la angustia del analista en su contratransferencia constituye una señal de peligro para sus intenciones terapéuticas y que las sensaciones de tensión son frecuentemente consecuencia de la percepción (por parte del analista) de resistencias del analizado. Señala que el rechazo del analista de su contratransferencia se origina en los ideales infantiles que no fueron adecuadamente explorados y resueltos en su análisis; que, para funcionar adecuadamente, el analista debe abandonar estos ideales infantiles y aceptar el hecho de que él es un niño y un neurótico, así como un adulto y un analista capaz de superar sus tendencias a la disociación y la proyección. Por el contrario, si el analista no ha resuelto sus ideales infantiles, sentirá que el paciente hiere su narcisismo y tendrá la tendencia a vengarse de él. Así pues, Racker pone de relieve la existencia de conflictos en el analista y, a través de la identificación proyectiva, enlaza los procesos inconscientes del paciente con los del analista. Racker aconseja al analista sobre sus reacciones contratransferenciales, que desarrolle la comprensión de los procesos internos del paciente en el aquí y ahora, y que a partir de esta intelección, utilice la contratransferencia como una ayuda para las interpretaciones.

**León Grinberg**, en un trabajo publicado en 1957 (citado en Gringberg 1981, p.123s), menciona por primera vez la *contra-identificación proyectiva* y la describe como la respuesta inconsciente del analista a las proyecciones del paciente, considera que es el resultado de una excesiva identificación proyectiva del analizado que no es percibida concientemente por el analista, y que, en

consecuencia se ve llevado por el inconsciente del paciente a asumir un rol determinado, entrando, sin poder evitarlo, en el "juego inconsciente" del analizado y acarrearando consecuencias negativas para el análisis. Sin embargo, aunque califica esto como "identificaciones patológicas" del analista con su paciente, pone la respuesta inconsciente del analista fuera del ámbito de la contratransferencia, enfatizando que el analista es movido desde afuera por el paciente, que no participa con sus conflictos sino que, queda dominado por el proceso proyectivo del paciente. Establece una gradación que va de la contratransferencia concordante a la complementaria para llegar a la contraidentificación proyectiva.

El pensamiento de Grinberg apoya y continúa el de Racker solo que el primero toma muy en cuenta la identificación proyectiva no considerada por el segundo. En 1962, estudió y describió la manera como la identificación proyectiva actúa en el análisis, afirmando que, en el proceso psicoanalítico, la respuesta del analista a la identificación proyectiva depende de su grado de tolerancia. Una posible respuesta es convertirse en el sujeto "activo" de las proyecciones del paciente, y en este caso primero introyecta selectivamente las proyecciones del paciente, después elabora estas identificaciones del mundo interno del paciente y, finalmente, proyecta los resultados de esta elaboración en un acto interpretativo. El analista puede convertirse también en "objeto pasivo" de las proyecciones del paciente y, en este caso, o las proyecciones del paciente reactivan las ansiedades y conflictos del analista y se infiltran en su respuesta, o bien, esta respuesta puede producirse con entera independencia de las emociones del analista, manifestándose como una reacción directa a las proyecciones recibidas. Esta es para Grinberg la verdadera *contraidentificación proyectiva*, donde la reacción del analista surge independientemente de sus conflictos y corresponde a la intensidad y cualidad de las proyecciones del paciente. Afirma que debe diferenciarse de la contratransferencia, basada en la reactivación de los núcleos neuróticos del analista provocada por las proyecciones del paciente. Insiste en separar el concepto de contraidentificación proyectiva del de la contratransferencia complementaria de Racker, donde la reacción que se presenta en el analista depende más de sus conflictos en lugar de hacer suya

una reacción o sentimiento proveniente del paciente. Junto con el término de contraidentificación proyectiva, surge el de la *contra-resistencia*, definida como la relación inconsciente que el analista establece frente al analizado, específicamente frente a su resistencia; la *contra-resistencia* es parte de la reacción contra-transferencial del analista, pero específicamente hacia las resistencias del paciente, de manera que el analista se ve llevado inconscientemente a evitar aquellos temas a los que su paciente se resiste.

En general, este autor apoya las posiciones de Racker y Heiman en el sentido de la comprensión de las reacciones contratransferenciales y su utilización como instrumento en la investigación del inconsciente del paciente y para la formulación de la interpretación.

**R.R. Money-Kyrle**, en su artículo "Normal countertransference and some of its derivations", publicado en 1956, hace aportaciones a la teoría kleiniana acerca de las preconcepciones básicas del ser humano, el malentendido, la omnipotencia y la megalomanía. Con respecto a la contratransferencia señala que, no es el efecto de la aparición de elementos disociados o reprimidos pertenecientes al inconsciente del analista, sino que se trata de una inevitable y normal respuesta a la presencia del paciente y su comunicación. Introduce el concepto de contratransferencia *normal*, es decir, algo que se presenta regularmente y que interviene por derecho propio en el proceso psicoanalítico. Llama *contratransferencia normal* a la del analista que asume un papel parental, complementario al del paciente: como la transferencia consiste en reactivar conflictos infantiles, la condición que más conviene a la contratransferencia es la parental, es decir, el impacto de la transferencia ubica al analista en un papel parental. Con *normal* se refiere a la norma y no a un proceso totalmente sublimado y libre de conflicto. La normalidad de la contratransferencia depende, para su continuidad, de la persistencia de la comprensión por parte del analista (Corderch, 1995, p.288).

Este autor consideró el proceso analítico como una fluida interacción entre paciente y analista que da lugar, en el curso del tratamiento a una rápida oscilación entre introyección y proyección. Frente a la comunicación del pacien-

te, el analista se identifica introyectivamente con él y, a través de la comprensión del paciente en su propio interior, re proyecta al exterior e interpreta. El fenómeno de la contratransferencia para Money-Kyrle, descansa en la introyección del paciente de una parte del analista, pero no deriva de los aspectos reprimidos y disociados de la caracterología del analista. Menciona que la contratransferencia complementaria y concordante deben utilizarse conjuntamente en el proceso analítico, que es de naturaleza empática y que, puede ser adecuadamente instrumentada a partir de una doble identificación: con el sujeto y con su objeto; se basa en la preocupación del analista por su paciente, la cual a su vez, surge de su necesidad de reparar y de su natural tendencia a ver al paciente como al niño que existe en su propio interior. Señala que el analizado es en parte responsable de la contratransferencia del analista pero que también padece sus efectos y que, lo único que puede hacer el analista es analizar primero su propio conflicto, ver de qué manera contribuyó el paciente a crearlo y por último, advertir de los efectos de su conflicto al paciente. Sólo cuando este proceso de autoanálisis se haya cumplido, estará el analista en condiciones de interpretar; y entonces no tendrá necesidad de hablar de su contratransferencia, sino básicamente de lo que le pasa al analizado.

Por su parte, **Annie Reich** publica en 1951 su artículo "On Counter-transference" donde admite la existencia de la contratransferencia en el proceso psicoanalítico como parte del talento e interés necesarios en la práctica clínica, pero debe permanecer en el trasfondo, en la penumbra. Afirma que la contratransferencia propiamente dicha se origina en el narcisismo no resuelto del analista, en sus necesidades y conflictos inconscientes y que influyen en su comprensión y en su técnica, donde el paciente representa un objeto del pasado del analista y hacia el cual son proyectados sentimientos y deseos remotos. Señala que se pueden discriminar entre reacciones contratransferenciales "permanentes y agudas", definiendo que las primeras, son consecuencia de un problema caracterológico del psicoterapeuta, y las segundas como resultado de los efectos de las diferentes manifestaciones de la transferencia del paciente. Las reacciones contratransferenciales permanentes son en general inconscientes y se vuelven puntos ciegos que dan lugar a errores psicoterapéuticos. Las reac-

ciones contratransferenciales agudas, nacen de la interacción del analista con el paciente y pueden producir en el analista comprensión con respecto del paciente.

Rechaza que la contratransferencia pueda ser utilizada como un instrumento terapéutico, ya sea para entender la comunicación del paciente, o para la interpretación. En 1960, desata una fuerte polémica contra las posiciones defendidas por Winnicott, Heimann, Little y Racker, afirmando que la utilización de la contratransferencia para comprender al paciente es una mala sustitución de la empatía y que, en todo caso, lo que hace el analista que se sirve de la contratransferencia es convertir la falta en virtud, pero que la contratransferencia en sí misma, no es útil; rechaza la utilización de las reacciones contratransferenciales como respuesta a los procesos escondidos del paciente y, por supuesto, la comunicación al paciente de dichas reacciones. Sus trabajos tuvieron influencia en la década de los sesenta y el concepto de contratransferencia cambió progresivamente, los analistas dejaron de considerarse "catalizadores objetivos", cuyas ocasionales perturbaciones son provocadas por la intensidad de la transferencia de algunos pacientes. Se fue otorgando al analista la plaza de observador participante y afectivamente sumergido en una intensa intimidad que evoca el pasado de ambos protagonistas (Coderch, 1995, p.290).

**Otto Kernberg** distingue en 1965 (citado por Coderch, 1995) claramente dos posiciones sobre la contratransferencia, llamándolas concepción "clásica" y concepción "totalista", donde la primera queda descrita como reacción inconsciente del analista ante la transferencia del paciente y la segunda, como resultado de la interacción con el paciente, en la cual, el pasado y el presente de los participantes, así como las reacciones de los dos ante estas dimensiones, hacen una sola unidad que los fusiona en una situación emocional igualmente válida para ambos. Coincide en general con las ideas de Racker y señala que incluir todas las respuestas emocionales del analista en el concepto de contratransferencia es desconcertante y lleva a la pérdida de todo significado específico del término. Sin embargo, no está de acuerdo en considerarlo únicamente como una "resistencia" o como algo incorrecto por parte del analista, ya que esta acti-

tud, según el autor, puede estimular una "actitud fóbica" hacia sus propias reacciones emocionales y así limitar la comprensión de su paciente. Señala que

"es posible describir un continuo de reacciones contratransferenciales, que van desde las vinculadas con las neurosis sintomáticas en un extremo, hasta las reacciones psicóticas; continuo en el que los diferentes componentes de la realidad y la transferencia tanto del paciente como del psicoterapeuta presentan variaciones significativas" (Kernberg, 1979, p. 148).

Considera la contratransferencia como parte de un proceso interaccional entre analista y paciente, como un instrumento valioso para el diagnóstico, capaz de proporcionar información acerca del grado de regresión del paciente, de su posición emocional y de sus variaciones. Afirma que el analista responde al material del paciente con una cierta reacción afectiva, que en circunstancias óptimas, es moderada y adquiere características de una señal, más que de una movilización emocional intensa. Esta respuesta emocional es una relación objetal relacionada con un afecto, es decir, el analista percibe una primitiva imagen del "sí mismo" ligada a una primitiva imagen objetal en el contexto del particular afecto activado. El diagnóstico que hace el terapeuta de su propia reacción emocional trae consigo aparejado el diagnóstico de las primitivas relaciones objetales, a menudo disociadas del paciente, reflejadas en la transferencia.

Subraya especialmente la importancia de la "capacidad del analista para experimentar la preocupación". Esta preocupación incluye no solo la empatía como la capacidad de sentir las emociones y deseos del paciente, sino también la preocupación por su bienestar total, involucrando asimismo el conocimiento por parte del analista, de la grave naturaleza de las pulsiones destructivas y autodestructivas del paciente, del desarrollo potencial de tales impulsos en el mismo y de la limitación de sus esfuerzos terapéuticos; incluye también el auténtico deseo y necesidad del analista de ayudar al paciente pese a la destructividad que éste puede presentar. La preocupación protege al analista de la aparición de "fijaciones crónicas contratransferenciales", tales como: reaparición de antiguos rasgos neuróticos del analista en su interacción con el paciente: "discontinuidad emocional", "dedicación total", actitudes paranoides hacia el pa-

ciente y, la implicación de otras personas en reacciones emocionales vinculadas a la interacción con el paciente.

Las complicaciones contratransferenciales en forma de "contraidentificaciones" se presentan según Kernberg, con especial frecuencia en el análisis de pacientes con un potencial para las regresiones muy severas y cuyos conflictos se centran alrededor de la agresividad pregenital, relacionadas con una parcial reactivación de identificaciones tempranas del yo y de mecanismos de defensa primitivos en el analista. Estas contra-identificaciones resultan una útil fuente de información acerca del mundo interno del paciente, aun cuando constituyen también un serio peligro para el analista si no es capaz de comprenderlas y de evitar ser arrastrado por ellas. Kernberg señala, de acuerdo con la mayoría de los puntos de vista de autores de esta escuela, que el uso cabal de la respuesta emocional del analista, tiene particular valor diagnóstico en lo tocante a la evaluación de la capacidad de análisis de individuos con trastornos profundos de la personalidad y es de particular importancia en el tratamiento de pacientes psicóticos.

**Joseph Sandler**, en su artículo "Countertransference and role responsibilities" publicado en 1976, señala que la contratransferencia se utiliza para describir la totalidad de los sentimientos y actitudes del analista hacia su paciente y para describir aspectos concretos de relaciones humanas no terapéuticas tanto normales como patológicas. Considera que el término de identificación proyectiva es un mecanismo insuficiente para explicar la contratransferencia del analista. Considera que la noción de identificación proyectiva solo contempla uno de los lados de la relación, prestando insuficiente atención a los múltiples estímulos dados y recibidos por ambos en la relación de intercambio mutuo de paciente y analista. Cree que, paralela a la "libre atención flotante" del analista, existe también lo que él llama la "libre capacidad de respuesta flotante" como actitud complementaria (Coderch, 1995, p 293).

Sandler añade a la actitud complementaria una explicación derivada de la teoría de roles, según la cual la interacción entre paciente y analista se retrotrae en una relación de roles intrapsíquicos que llama *enfoque interaccional en-*

*tre paciente y analista*, y que está determinado por el papel que cada uno de ellos intenta imponer al otro: el paciente intenta manipular al analista para que desempeñe un papel específico o un rol que indica la interacción entre el sí mismo y el objeto representada en su fantasía de deseo inconsciente predominante, interacción que supone un cierto rol para el sujeto y otro para el objeto; el analista "toma" reflexivamente el rol que el paciente le asignó o le impuso inconscientemente, no posee un autocontrol absoluto, su manera de desempeñar el papel que el paciente intenta imponerle depende de sus tendencias personales. Esta presión inconsciente del paciente para provocar o suscitar una determinada respuesta en el analista puede dar lugar a experiencias contratransferenciales o incluso a una puesta en acto contratransferencial del analista (como reflejo de su "capacidad de respuesta al rol"). Estas puestas en acto constituyen una respuesta irracional del analista, a modo de soluciones de compromiso entre el rol que el paciente pretende imponerle y las propensiones del analista. La conciencia que tenga el analista de estas respuestas ante los distintos roles puede ser vital para entender el conflicto transferencial prevaeciente y las fantasías transferenciales asociadas al paciente. Así, la noción de la capacidad de responder al papel es una manera de percibir la relación entre algunas respuestas contratransferenciales del analista y la transferencia del paciente, así como de explicitar de qué manera las primeras pueden ser útiles para informar acerca de la segunda. Por tanto, para este autor, la contratransferencia también es considerada como un instrumento para la comprensión de los procesos internos del paciente.

**Hanna Segal**, discípula directa de Melanie Klein, valora también el papel de la contratransferencia para la comprensión de los pacientes. Piensa que, la contratransferencia es una fuente importante de información sobre el inconsciente del paciente así como de la vinculación existente entre éste y el analista. Subraya que la mayor parte de la contratransferencia, al igual que la transferencia, es inconsciente y que, lo único que conocemos de la contratransferencia son su derivados conscientes. Cree que cuando la contratransferencia funciona adecuadamente, el analista tiene una doble relación con el paciente: por un lado es receptivo al contener y comprender las comunicaciones del paciente y,

por otro lado es activo, al comprender al paciente y darle sus interpretaciones. Señala que originalmente, se daba importancia al papel del analista como un espejo sobre el cual el analizado proyectaba sus figuras internas, ahora considera que el paciente no proyecta "sobre" el analista sino "dentro" del analista. Este punto de vista se relaciona con la identificación proyectiva con la cual el paciente intenta comunicar experiencias preverbales y de influir en la mente del analista. Subraya entonces, una constante interacción preverbal, a través de la cual el analista actúa sobre la mente del paciente, interacción que llama *acting-in* y el paciente transmite experiencias preverbales que no pueden ser expresadas por otros medios, o ser un ataque a la comprensión y al pensamiento del analista, aún cuando también es una comunicación si se logra entender. No hace una relación con el *acting-out*, habla del *acting-in* de dos maneras: como una dimensión espacial, dentro de la sesión analítica y, como un actuar "dentro" de la mente del paciente y del analista respectivamente. Señala que, cuanto más impregnada está la transferencia de elementos psicóticos, más relevancia adquiere esta forma de comunicación frente a la comunicación verbal y simbólica. Advierte de los abusos que en la práctica analítica se cometen en nombre de la contratransferencia, como una forma de racionalizar las actuaciones del analista, en lugar de emplearla como una guía para comprender al paciente (Coderch, 1995, p.295).

**P.L. Giovanchi**, en su artículo "Countertransference with primitive mental state" publicado en 1983, se plantea agudamente la relación entre la contratransferencia y los juicios sobre la analizabilidad de los pacientes, considerando que nuestras razones para considerar a los pacientes psicoanalíticamente tratables o no, depende más de la contratransferencia del analista que del diagnóstico del paciente. Considera que la exploración de las actitudes contratransferenciales del analista puede conducirlo a una mayor integración de su yo y le permitirá tener un espectro más amplio con respecto a la analizabilidad de los pacientes (Coderch, 1995, p.296).

**Horacio Etchegoyen** (1986), hace aportes principalmente a la técnica psicoanalítica, y realiza un análisis del narcisismo en el vínculo con el analista, consecuentemente, el conflicto del paciente con los procesos de dependencia.

Considera que el término de contratransferencia implica que el punto de partida es la transferencia del paciente. Afirma que la esencia del proceso analítico es el análisis de la transferencia y la contratransferencia, que es el encuadre el que justifica que se discriminen los términos de transferencia y contratransferencia, indicando una relación no convencional y asimétrica. Señala la importancia de no olvidar que la interpretación es una información verídica, desinteresada y pertinente que se ofrece al paciente sobre aspectos de sí mismo que él desconoce, y que este carácter de información al paciente puede debilitarse y desdibujarse progresivamente si el analista se apoya demasiado exclusivamente en los sentimientos que él está experimentando y, perder el carácter de la interpretación como instrumento terapéutico susceptible de ser evaluado.

Este autor coincide con los aportes de Racker y Grinberg sobre la contratransferencia, aunque señala algunas dificultades en los aportes de Racker, mencionando que, cuando se da una *identificación concordante* con el superyó del analizado, hay una identificación con el objeto interno y entonces, el analista coincide con el paciente en la apreciación de la culpa, y la *identificación complementaria* se da cuando el analista funciona como censor, pero señala que, en una paciente con autorreproches, es más difícil de sostener la postura de Racker, porque ahí la identificación concordante no podría nunca ser la más empática. Añade que, Racker contaba con la segunda tópica freudiana y no utilizaba todavía la teoría de la identificación proyectiva, por lo que, no resultó ser lo más apto para clasificar la contratransferencia, ya que, la comprensión y empatía del analista no depende solo de que sea concordante o complementaria, sino del grado de conciencia que se tenga del proceso, señalando además, que la contratransferencia concordante es la que más se presta aun vínculo de tipo narcisista. Afirma que, la discriminación entre contratransferencia complementaria y contraidentificación proyectiva no resulta difícil desde el punto de vista clínico si se les separa cuantitativamente. Considera que por fuerte que sea la proyección del paciente, el analista no debe sucumbir a ella, pero si sucumbe, es porque hay algo en él que no le permite recibir el proceso y devolverlo.

En general, los autores de esta escuela consideran necesario el previo análisis del analista para el ejercicio del psicoanálisis ya que, sin éste, la con-

tránsferencia puede ser un obstáculo para el análisis, pero descartan la concepción de la tránsferencia solo como la parte neurótica del analista que influye y obstaculiza la cura. En su mayoría, tienen en común la concepción de la tránsferencia de un modo global, refiriéndose a todos los aspectos emocionales y de personalidad del analista que pueden influir en el proceso analítico y, por tanto, como un posible instrumento que puede ayudar a la comprensión de los procesos del paciente.

Aunque la bibliografía psicoanalítica sobre la tránsferencia, especialmente de las décadas de 1950 y 1960, la aborda desde dos posturas principales: la tránsferencia como un obstáculo a la labor analítica, y la tránsferencia como un instrumento valioso, la escuela inglesa considera ambas posibilidades. Es decir, el que la tránsferencia sea un instrumento o un obstáculo depende del análisis y la labor del analista con cada paciente.

### **La tránsferencia en la escuela inglesa actual**

Las ideas kleinianas y postkleinianas han tenido mucha influencia en la escuela inglesa de psicoanálisis, extendida ya a Latinoamérica y otras regiones del mundo. Como en todas las escuelas, hay diversos matices y diferentes perspectivas en cada uno de los integrantes, pero sus elementos comunes giran en torno a las teorías de las relaciones de objeto, la adhesión a los principios de la técnica psicoanalítica, el análisis de la tránsferencia y la tránsferencia, la preocupación por afinar la técnica, la confianza tanto en la interpretación como en el *insight* para promover cambios en el paciente, la no ingerencia en la vida del analizando y el respeto a su producción asociativa.

La concepción teórica de la tránsferencia en la escuela inglesa se basa en ambas posturas: no solo en el dominio de las reacciones tránsferenciales del analista que suelen ser perjudiciales al proceso del analizando, sino también como un instrumento que sirve de base a la comprensión de dicho proceso. Es decir, intentan analizar cuánto de lo que le sucede al analista en la sesión depende del paciente, cuánto de él mismo y, finalmente, cuánto de la interacción entre ambos. Asumen un *modelo interaccional* dentro de la sesión

analítica, es decir, que la cura se da en la relación de dos sujetos cuyas transferencias se relacionan dentro del encuadre analítico.

Se piensa que, cuando en el analista surgen fantasías en forma de recuerdos y situaciones (como asociaciones libres) que no tienen que ver con el material que el paciente está expresando en ese momento, es posible mediante el *insight* del analista eliminarlas sin caer en una neurosis de contratransferencia, ya que estas fantasías pueden tener una función similar a la que cumple la fantasía onírica en el dormir, estaría destinada a proteger la atención flotante como los sueños lo hacen con el dormir. Las ocurrencias contratransferenciales no deben llevar manifiestamente ningún elemento que delate la contratransferencia en forma más o menos evidente como sería el rechazo de parte del analista, el fastidio o el sueño, de este modo, podría reprimírsela más o menos fácilmente (Jarast, 1965). Si el analista está interesado, molesto, erotizado o aburrido en la sesión, no es solo resultado de sus propios conflictos, sino que algo hace también el paciente para inducir determinados estados de ánimo en el analista. El analista tiene que reconocer lo que está de su parte para distinguir bien lo propio de lo ajeno.

En la teoría de Klein y su escuela, la capacidad empática del analista depende de que pueda reconocer en sí mismo los procesos de identificación proyectiva e introyectiva subyacentes a la psicopatología del paciente y que transcurran en él en forma inconsciente, confirmando con esto que, las reacciones contratransferenciales son provocadas por el paciente.

En relación a la contratransferencia, entraría a colación otro fenómeno importante en el tratamiento psicoanalítico que es el *acting-out*. Los autores de esta escuela lo estudian como un fenómeno ligado a la cuestión transferencial por interponerse en el tratamiento, lo consideran como un obstáculo al análisis en la medida en que es una falta de cooperación por parte del analizado para recordar en la sesión en lugar de actuar fuera de ella. Etchegoyen (1986, p.654) señala que el *acting out* del paciente pone en situación comprometida al analista, lo pone ante hechos que lo "obligan" a actuar, lo cual siempre crea fuertes conflictos contratransferenciales. Dice que, el *acting out* puede ofrecer al analista un

valioso conocimiento del enfermo pero que no es útil para la marcha de la cura y que es difícil de manejar, por lo cual, el analista "debe tratar de restringir el *acting out* lo más posible, o sea por medio de las interpretaciones analíticas o recurriendo a las no muy analíticas prohibiciones". Considera que el *acting out* no persigue fin alguno de comunicación sino de descarga y de inoculación (1986, p.657, 670).

En el Congreso de Copenhague, en 1967, Grinberg aborda el tema del *acting-out* y siguiendo a M. Klein, afirma que una de sus raíces esenciales parte de experiencias de separación y de pérdida que determinaron en su momento dueños primitivos no elaborados. Este tipo de conflicto se reactualiza en la transferencia cuando el analizado utiliza al analista como objeto (continente) donde vuelca el dolor de la separación y la pérdida. Considera que la identificación proyectiva es el mecanismo básico del *acting-out*, en cuanto permite evacuar en el objeto las partes del *self* que no se pueden tolerar. Concluye que el *acting-out* se construye como un sueño, en cuanto a ciertos elementos de la realidad se transforman regresivamente en proceso primario y, en este sentido, el *acting-out* es como un sueño dramatizado y actuado durante la vigilia, un sueño que no pudo ser soñado (citado por Etchegoyen, 1986, p.664). Aunque este autor habla del fenómeno del *acting-out* ligado a la transferencia en la situación analítica, lo relaciona con la contratransferencia solo para decir que puede provocar problemas contratransferenciales en el analista al obligarlo a actuar con actitudes autoritarias, moralistas o de prohibición al presionar al paciente a hablar en vez de a actuar, es decir, como algo que parte del paciente y que provoca al analista, excluyendo la posibilidad de la participación del analista en las causas de dicho fenómeno. En el mismo Congreso Rangell (citado por Blécourt, 1993, p. 767) menciona que el *acting out* del paciente puede ser también una forma de comunicarse con el analista porque, tal vez en ese momento, no dispone de otros medios para verbalizar un determinado problema ante el analista. Señala que la actitud del analista hacia el *acting out* del paciente puede romper con la regla de la abstinencia ya que, si el analista desea que el paciente se abstenga del *acting out*, para que, en vez de actuar recuerde en la sesión los sucesos dolorosos de su vida, implica problemas contratransferenciales del analista que pro-

ducen actitudes permisivas, críticas o moralistas en torno al *acting out* del paciente, lo cual podría a su vez intensificar el *acting out* del mismo y obstaculizar el proceso analítico.

Pocos autores hablan del *acting out* del analista y cuando lo hacen, lo hacen para referirse a que, cuando el analista hace modificaciones en el encuadre, puede que resulte más difícil la comprensión de los contenidos del discurso del paciente y que esto lleve al analista al *acting out* de su contratransferencia, de lo que se suele tomar conciencia cuando el paciente se ha ido. Señala que el analista debe tener cuidado en no actuar lo que podría haberle proyectado el paciente, o estar basado en sus propios conflictos personales (Bronstein, 2000, p. 82).

Sin embargo, aunque los autores de esta escuela conocen los peligros de la contratransferencia en el proceso de la cura, la tendencia de los analistas kleinianos de los últimos tiempos es poner el acento en el uso constructivo de la contratransferencia, afirmando que, a través de sus emociones el analista detecta estados mentales del paciente, registra hechos que no son explícitos ni se expresan por el canal verbal o lingüístico. J. Coderch (1995) denomina a la primera postura que la considera solo como producto de los conflictos del analista, "modelo del conflicto intrapsíquico" y a la segunda que la considera como instrumento terapéutico, "modelo interaccional". Considera, como la mayoría de los autores de esta escuela, que ambos modelos son válidos pero a condición de que se complementen, ya que cada uno de ellos por separado sufre puntos ciegos que lo hacen insuficiente. Y, aunque se han expresado diferencias, la mayoría aboga por la no confesión contratransferencial con el paciente.

En esto radica una de las diferencias con Freud, quien nunca consideró la contratransferencia como un instrumento para la comprensión del paciente. Los autores de esta escuela no dan tanta importancia al papel del analista como "espejo" donde se refleja el inconsciente del paciente, por considerarlo como simple observador no participante del proceso analítico. Consideran que así, se pierde la riqueza del estudio de las relaciones objetales internas, externalizadas en las vicisitudes de la relación paciente-analista. Por otro lado, consideran que

la exagerada importancia que puede dársele a la contratransferencia puede desembocar en un continuo análisis de la misma en el proceso analítico y descuidar la escucha y el análisis de la transferencia del paciente.

Enlazan la *contratransferencia* con el *encuadre* y la *alianza terapéutica*. Definen el *encuadre* como el contexto en el que se dan la transferencia y la contratransferencia, como el espacio en que adquieren significación. Diferencian la *alianza terapéutica* del *encuadre*, en la primera, señalan que la participación de ambos personajes en el análisis -analista y analizado-, es simétrica, en la que se inmiscuyen elementos de la realidad que competen a ambos, como el establecimiento de un horario de trabajo o el fijar los periodos de vacaciones. Horacio Etchegoyen afirma que:

“Es importante saber que la asimetría corresponde exclusivamente a la neurosis de transferencia mientras que la *alianza terapéutica* es simétrica. En cuanto el analista utiliza la asimetría de la relación analítica para manejar aspectos de la situación real (que por definición pertenecen a la *alianza terapéutica*) está demostrando su vena autoritaria... Sólo en cuanto el analista se ocupa de la neurosis de transferencia del paciente la situación es asimétrica; y esa asimetría, sin embargo, es complementaria, doble, con lo que se vuelve a sancionar la igualdad inherente a toda relación humana”. (Etchegoyen, 1986, p. 234)

En base a estas aportaciones, consideran la *asimetría* en la relación analista-paciente, como correspondiente únicamente al *campo* de la neurosis de transferencia, no como algo que impone supremacía sino el reconocimiento de la polaridad de roles, necesaria para cualquier tarea y no solamente el análisis. Al hablar del *encuadre*, afirman que ordena una relación distinta y particular entre ambos, una relación no convencional y *asimétrica*, debido a que, es el paciente el que comunica sus vivencias al analista y éste responde solo con lo que cree pertinente. Consideran importante que la duración de la sesión sea constante para proteger el *encuadre*, asimismo, la asimetría debe depender de éste último y solo de manera secundaria de la salud mental del analista derivada de su análisis didáctico y su formación. Con esto parecen relativizar el análisis del analista y su posición de “paciente” antes de ser analista para enmarcar la asi-

metría como una especie de "reglamento" en la relación analista-paciente, que le ayude a éste último a mantener el equilibrio en la situación analítica.

Con respecto a la formación del analista, hay dos tendencias dentro de esta escuela a la hora de supervisar a los nuevos practicantes. La mayoría adopta la costumbre muy difundida en virtud de la cual el supervisor examina y discute la contratransferencia con el analista en formación, sin embargo hay quienes consideran esto como una intrusión en la privacidad de la persona ya que esto corresponde a su análisis personal, a menos que haya que rectificar algo flagrante en la naturaleza del actuar en la contratransferencia, lo que suele suceder pocas veces. (Burgoyne, 2000, p. 289)

Los elementos que, en esta corriente psicoanalítica, contribuyen a la comprensión de la contratransferencia son la "comprensión" de los procesos internos, la "intuición", la "empatía", la "identificación proyectiva", "contraidentificación", "contraidentificación proyectiva", "contra-resistencia", "identificaciones concordantes", "identificaciones complementarias", la importancia de la interacción entre paciente y analista en orden a una sana relación con los *self-objetos* y, en general la utilización de las reacciones contratransferenciales como un instrumento en la dirección de la cura. Incluso hay, quienes realizando estudios sobre la subjetividad del psicoanálisis y su alejamiento de la ciencia positivista, llegan a considerar la contratransferencia como un instrumento técnico, que puede dar validez científica al método del psicoanálisis con miras a formalizar sistemas de verificación de resultados en la cura, es decir, con un valor diagnóstico de acuerdo a la ciencia médica, que a su vez, dentro del psicoanálisis llegue a ser imprescindible para comprender el inconsciente de los analizados (Perrotta, 1982, p.275).

Las aportaciones de Racker con respecto a la *contratransferencia concordante y complementaria* adquieren singular importancia. Consideran a Racker y luego a Etchegoyen como los autores que han formalizado los aspectos esenciales del tratamiento analítico en la versión postkleiniana más pulida hasta el presente. Los seguidores de Melanie Klein y su escuela piensan sin embargo,

que por mucho que el paciente coopere en la puesta en escena de la contra-transferencia, ésta nace en el analista y él debe responsabilizarse de ella.

### **Consecuencias clínicas o Contratransferencia en la dirección de la cura**

En la escuela inglesa de psicoanálisis, se tiene clara la necesidad de que el analista sea analizado para poder analizar a otros; considera importante dentro de la técnica analítica la interpretación de la transferencia, la interpretación de las situaciones preconsciouses y la función continente de parte del analista. La concepción teórica de la contratransferencia en la escuela inglesa trae consigo la noción de lo que el analista "debe ser" y "hacer", su función básica en el proceso psicoanalítico. Señalan como importante, una dualidad, de actividad y pasividad, que tiene el analista en su práctica y que permea la concepción de la contra-transferencia, sus consecuencias en la práctica e influyen en la dirección de la cura en el proceso psicoanalítico.

Racker, uno de los principales autores de la escuela inglesa, entiende el término "actividad" no como lo explícita Ferenczi en relación a las actividades interpretativas del analista, sino como los distintos grados de actividad dentro de las funciones básicas del analista. Señala que la atención flotante, la comprensión del inconsciente, la identificación y la empatía son procesos mentales en parte activos y que, la contratransferencia sería un grave obstáculo si el analista cede ante el impulso de actuar el papel en que la transferencia del analizado lo pone y que, si siente angustia ante tal impulso (provocada, según él, por una reacción terapéutica negativa del paciente) lo indicado es callarse, recobrar el equilibrio, analizar internamente lo que sucede e interpretar lo que atañe al paciente. Considera que la interpretación del analista, en el momento en que la da, tiene que tener un efecto visible en el paciente, si éste se vale de la interpretación del analista para reafirmar sus resistencias, entonces le está permitido al analista *actuar* el papel transferencial asignado por el paciente, pero solo *pasajeramente* para luego ser interpretado. (Racker, 1986)

Ante estas consideraciones de Racker, aceptadas por la escuela inglesa de psicoanálisis, surgen interrogantes en el papel de la contratransferencia en la

dirección de la cura. Si el analista siente angustia, entonces en lo que atañe a su contratransferencia, el analista requiere mayor análisis, pues la cuestión es que, si tiene que hacer toda esa labor de autocontrol o análisis de su contratransferencia en la sesión, ¿a qué hora escucha realmente al analizante?. Si el paciente se vale de la interpretación del analista para afirmar sus resistencias, posiblemente la interpretación del analista no fue dada en el momento adecuado.

La "técnica kleiniana" es, en este sentido más activa que la "técnica clásica" pues en ella, el analista no se limita a "ser espejo" para el inconsciente del analizante, sino que, participa en una interacción con el paciente de modo que interpreta la transferencia del analizante y sus relaciones objetales internas que provienen de la infancia y que han de ser encaminadas a una visión adulta en adaptación a su entorno. Los kleinianos consideran que uno de los principales logros de la cura psicoanalítica es que el paciente acepte las limitaciones, reduzca la omnipotencia y valore a los objetos externos. Creen que el psicoanálisis es un proceso que hace progresar la personalidad y que su efecto va más allá de quitar un síntoma, por lo que consideran que el trabajo analítico no consiste solo en hacer consciente lo inconsciente sino también contribuir a que el analizante modifique lo que le impide relacionarse "sanamente" con su entorno, lo que parece ser común a la escuela americana de psicoanálisis.

El que la escuela inglesa considere la contratransferencia como un instrumento para comprender los procesos de los pacientes, hace pensar que también implica para estos autores, en su mayoría, la respuesta total del analista a las necesidades de sus pacientes, lo cual tiene también su influencia en la dirección de la cura, en la que:

- El analista no se atiene a la regla de la abstinencia que Freud tanto recomendó (Freud, 1914b, p.168; 1919, p. 158, citado en el capítulo I, pág. 14)
- El criterio de cada analista en "la comprensión" del proceso de cada paciente juzgaría un peso mayor que el proceso de análisis de lo inconsciente.
- Y la identificación del analizante con el analista al final de la cura, es según Freud un acto de violencia, aunque tenga la mejor de las intenciones (Freud, 1919, pp.160-161, citado en el Capítulo I, pág. 14)

La escuela inglesa de psicoanálisis parece pretender otra cosa con el análisis mismo que lo que Freud se propuso desde el comienzo de su obra:

“Podemos sostener que el psicoanálisis se propone el crecimiento mental, un cambio del carácter o la expansión de la personalidad sin por ello alterar los objetivos del proceso, que habrá de cesar cuando el analizado se haya aproximado suficientemente a esas metas, logrando los instrumentos necesarios para proseguir por sí mismo” (Etchegoyen, H., 1986, p.580)

Se pretende, dentro de la escuela inglesa de psicoanálisis, un desarrollo de la personalidad que remite a una mejor adaptación y solución de conflictos. En general, la concepción de la transferencia y la contratransferencia se basa en las ideas de *contención* (una de las ideas de Bion) o *sostén* (Winnicott) de las angustias del paciente, buscando y conteniendo al niño angustiado que hay en cada paciente adulto. En estos momentos, la mente del analista intenta incorporar las experiencias del paciente y darles una forma significativa útil para éste último (Burgoyne, 2000, p.221s). En este proceso, aunque la comprensión del analista es considerada como parte de su contratransferencia utilizada como instrumento, y de vital importancia para determinar si los objetivos del análisis han sido cumplidos hasta su fin, la idea de contención puede ser primordial para algunos autores:

“El problema del terapeuta no consiste tanto en saber y comprender lo que está sucediendo, en decodificar las complejas transformaciones, como en encontrar el modo de contener el dolor proyectado hasta que el niño esté preparado para ser puesto en contacto con él. Esta contención no significa que haya que soportar pasivamente todo. A menos que se movilicen enérgicamente el examen de la contratransferencia y los esfuerzos de autoanálisis del terapeuta, el dolor abrumador e indigerible no se podrá modificar de un modo que conduzca a interpretaciones útiles. Alguien que contiene no solo debe recibir proyecciones, sino también aferrarlas, sentir y explorar su cualidad, y ponderarlas antes de lograr la transformación de lo impensable en comunicable” (Rustin, 2000, pág. 40)

En esto, las aportaciones de Hartmann (escuela americana que trataremos en el siguiente capítulo) y las de Klein coinciden en que el analizado debería terminar su análisis con un mejor contacto con la realidad que el que tenía antes de

empezar. Su teoría sobre la terminación del análisis gira en torno a una independencia del analista, un desprendimiento que puede ser indicativo de madurez y por el que hay que hacer un duelo. Entendiendo por madurez el logro de los objetivos establecidos: la eliminación de los síntomas, el cambio en la vida sexual del paciente, el cambio en su vida familiar y en su visión de la realidad social así como en su manera de desenvolverse en ella.

Las contribuciones que sobre la contratransferencia han realizado autores de esta escuela, generan en lo personal muchas preguntas sobre la identidad y el quehacer del analista. ¿Qué se pretende en la escucha del inconsciente reprimido?, ¿o es que la finalidad del psicoanálisis ha cambiado y se ha propuesto adaptar a los pacientes a las exigencias del entorno?, ¿se procura una escucha de lo inconsciente reprimido o influir, con una comprensión de los problemas del paciente, en la adaptación al entorno en el que se mueve? Por un lado, si se pretende la escucha de lo inconsciente reprimido ¿cuál es la finalidad?, ¿hacia donde apunta? Los teóricos de esta escuela consideran que apunta hacia el reforzamiento de las funciones del yo y la solución autónoma de sus conflictos y, aunque esto fue considerado por Freud en su momento, no lo fue como la intención última del análisis. Por otro lado, ¿qué hace el analista con lo que escucha? Escuchar, interpretar y revelar una verdad que está a punto de ser descubierta por el sujeto, hablan de una posición que el analista debe mantener, ¿cuál es esa posición?, ¿está en la comprensión y la contención de las angustias del paciente?, ¿qué puede lograr el analista con esto?, ¿se trata de comprender, de lograr algo?, ¿no es eso igual a depositar un deseo en el paciente para que, al fin éste se identifique con el analista? Y, si es así, ¿quién es el analista para proponerse como modelo de identificación? En los capítulos siguientes podremos analizar, de acuerdo a las aportaciones de otras escuelas postfreudianas de psicoanálisis, si la escucha del inconsciente reprimido apunta además hacia otras direcciones o todas coinciden en lo mismo.

### Capítulo III: La escuela Americana

*"...este sentimiento amistoso no es contratransferencia, sino la actitud realista deseable en el terapeuta hacia un paciente que sufre. Pero neutralidad sí quiere decir que el analista está alerta para el desarrollo de patrones de respuesta emocional en él mismo hacia su paciente, y que sigue siendo neutral en el sentido básico de no tratar nunca de modelar al paciente a su propia imagen"*<sup>1</sup>

#### Antecedentes históricos

El psicoanálisis en Norteamérica comienza con la primera década del siglo, en que se establecieron los primeros avances de la teoría de Freud con la publicación de *La interpretación de los sueños* y culminó en 1909 con su llegada a Estados Unidos, con motivo del XX aniversario de la Clark University, de Worcester, Massachussets al que fue invitado. Iba acompañado por Jung y, consciente del posible rechazo de la ciencia médica ante lo innovador de sus procedimientos, Freud resume en cinco conferencias sobre psicoanálisis los elementos que le permitieron nuevos accesos a la psicopatología. Los primeros defensores y expositores de las nuevas teorías fueron médicos norteamericanos nativos con una sólida preparación en medicina y neurología, entre ellos se encontraba J. Putnam, Obendorf y A.A. Brill. El principal interés de los médicos norteamericanos por el psicoanálisis residía en sus posibilidades terapéuticas, razón por la cual, más tarde florecerían las corrientes que propugnaban un acortamiento del tratamiento psicoanalítico.

En los inicios de la segunda década del siglo, en 1911, A. Brill junto con otros colegas, fundó la New York Psychoanalytic Society, conocida como la escuela de Nueva York, iniciada con el viaje de Freud a Estados Unidos (1909) y mantenida gracias a Ernest Jones. Ese mismo año, Ernest Jones, con la ayuda de Putnam, fundó la American Psychoanalytic Association, organización destinada a incluir a todas las personas de Estados Unidos y Canadá interesadas en

<sup>1</sup> Rapaport, D; Gill, M. (1962) Aportaciones a la teoría y técnica psicoanalítica. Editorial Pax-México. Asociación Psicoanalítica Mexicana, A.C. 1ª edición. México. pp. 216-217

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

rección de Ives Hendrick. En 1932, Franz Alexander, discípulo de Freud y de Karl Abraham, fundan el Instituto de Psicoanálisis de Chicago, creando una rama práctica de psicoterapia breve cuyo objetivo es la conquista de la madurez y la autonomía del sujeto en orden a una adecuada adaptación social, no pretende identificarla con el tronco psicoanalítico y, tampoco quiere escindir dicha rama, dimitiendo creando una práctica totalmente distinta de la cura psicoanalítica, como derivación y no como sustituto. Alexander fue testigo de las controversias suscitadas por los ensayos de acortamiento de la cura analítica (Stekel, Rank, Ferenczi), de fijación de una fecha determinada para su fin. Para 1935 ya existían cuatro sociedades: Nueva York, Boston, Washington-Baltimore y Chicago y, hacia finales de la década se fundaron las sociedades de Filadelfia en 1937 y la de Topeka en 1938. Todas estas sociedades estuvieron asociadas posteriormente a la American Psychoanalytic Association, creada igualmente en 1938 para mejorar el cuidado de los enfermos mentales y para atraer el interés del público en general hacia la "nueva perspectiva" de la psiquiatría dinámica.

Las primeras tres décadas del siglo XX fueron testigo de la introducción de las ideas y la literatura psicoanalítica en los Estados Unidos y del comienzo de las organizaciones profesionales dedicadas al estudio y la aplicación de los métodos desarrollados por Freud y sus colegas europeos. La difusión del psicoanálisis fue galopante, ya se encontró en el interés del público en general, en el de la ciencia y en el del arte.

A finales de los años treinta y principios de la década de los cuarenta, surge el interés con el psicoanálisis por parte de antropólogos como Ruth Benedict, Margaret Mead, Malinowsky y Gregory Bateson, entre otros, algunos psicoanalistas que asumen sus aportaciones e intentan enriquecer la teoría psicoanalítica, constituyendo la llamada escuela culturalista. Entre ellos se encuentran Eric Fromm, y Karen Horney, emigrados de Alemania a raíz de la persecución nazi, Abraham Kardiner y Sullivan entre cuyas aportaciones está el interés de explicar las neurosis por los conflictos entre el individuo y el medio social, sin descuidar por ello las relaciones consigo mismo y con la vida. Ponen en duda la etiología sexual de las neurosis para sustituirla por los temores y la necesidad de seguridad. En los años cuarenta se crearon nuevas sociedades:

Detroit, en 1940, San Francisco en 1941; La Association for Psychoanalysis Medicine en 1945, y, en 1946 la de Los Angeles Psychoanalytic Society y la Baltimore Psychoanalytic Society. Las segundas tres décadas siguientes estuvieron marcadas por una extensión del psicoanálisis y la influencia de la medicina, la educación, la teología y las ciencias sociales.

Después de la Segunda Guerra Mundial, la Asociación Psicoanalítica Norteamericana tuvo más miembros que el resto del mundo en su conjunto. Surgieron nuevas asociaciones psicoanalíticas en las siguientes décadas y nuevas corrientes que sustentaban diferencias, tanto en la teoría como en lo que respecta al futuro del psicoanálisis entre las otras ciencias de la conducta, donde el papel de la medicina y la psiquiatría han ejercido su mayor influencia con el fin de ajustar el psicoanálisis a los criterios de una ciencia y poder intentar la validación científica de los resultados. Se originó lo que más tarde se llamó la Psicoterapia psicoanalítica, más enfocada a la integración de las fuerzas del yo y enmarcada dentro de la psicología general.

### **El psicoanálisis en Estados Unidos**

El curso del desarrollo psicoanalítico en Estados Unidos se vio contrarrestado y profundamente modificado por las conmociones sociales producidas por las dos guerras mundiales. Las filas de los psicoanalistas norteamericanos se redujeron por los llamados al servicio militar y aumentaron rápidamente los analistas europeos. El ambiente norteamericano de la post guerra marcará la cultura y la investigación científica de Estados Unidos en general, su tendencia publicitaria y mercantil comenzó a afectar al psicoanálisis. Entre sus efectos, se iniciaron con gran éxito las terapias breves enfocadas a la adaptación social que desbancaron al psicoanálisis como un proceso prolongado y se dio asimismo la explotación de temas psicoanalíticos en el cine, entre otros.

En Estados Unidos siempre existió la dificultad para el psicoanálisis, de colocarse como una disciplina distinta de las ciencias médicas, incluso distinta de los criterios de cualquier otra ciencia. Se pretendía someter a experimentación y comprobación la técnica analítica y, ante la imposibilidad de realización

de dicha intención, se fueron modificando las técnicas terapéuticas, incluso para que hubiera observadores externos que validaran los resultados obtenidos en ellas. Así fue introduciéndose en la literatura los términos de "psicoterapia psicoanalítica" y la "terapia con orientación psicoanalítica" que abarcaban los nuevos métodos que pudieran continuar sirviendo a la práctica terapéutica de los médicos, los psiquiatras y de los psicólogos en general.

El psicoanálisis en Estados Unidos se ve marcado por tres corrientes representadas en tres escuelas distintas:

La escuela de Chicago, fundada y presidida por Franz Alexander cuyo objetivo es transformar la cura clásica en una terapéutica de la personalidad global del individuo, pregonaba la asociación de dos terapéuticas: la psicoanalítica y la orgánica, acabando por asimilar el psicoanálisis a una medicina psicosomática; proclamaba el acortamiento del tratamiento e introdujo la acepción de la terapia breve.

La escuela culturalista, presidida en sus comienzos por Karen Horney y apoyada por antropólogos y analistas que se anexaron posteriormente, hizo aportaciones desde la sociología y la antropología a la teoría psicoanalítica, pero critica la teoría estructural del Edipo y lo reduce a un modelo antropológico. Trata de adaptar los principios de la cura a comportamientos sociales o caracteres psicológicos. En torno a Karen Horney se producen escisiones en cadena dentro de la Sociedad Psicoanalítica de Nueva York.

La escuela de Nueva York, presidida en sus comienzos por Putnam y Jones, intentó permanecer fiel al psicoanálisis pero, al estar más en contacto con las enseñanzas de Ana Freud, terminan también haciendo modificaciones a dicho modelo manteniendo un objetivo adaptacional y, sus aportes sobre la psicología del yo acabaron alejándolo de él. En la corriente que se enfoca al estudio del yo, surgen los analistas René Arpad Spitz, de origen vienés y Eric Homburger Erikson, de origen danés, continúan en contacto con Ana Freud, con quien comparten sus orientaciones pedagógicas, y cuentan con la aportación de los antropólogos Ruth Benedict, Margaret Mead, Gregory Bateson, etc., así como con los psicólogos y psicoanalistas de la *Egopsychology* -Heinz Hartmann, E.

Kris y R. Loewenstein-, analistas europeos emigrados a raíz de la Segunda Guerra Mundial, y de la escuela culturalista -Harry Sullivan, Kardiner y Karen Horney entre otros-, cuyo rasgo común es la separación de la posición ortodoxa clásica al disminuir o negar el valor de la libido, hacen difícilmente sostenible un análisis reducido a la dimensión individual o interindividual con exclusión de la dimensión social o cultural del psiquismo. Los descubrimientos de H. Hartmann principalmente y de R. Loewenstein y E. Kris, sirvieron como base a las aportaciones de otros autores, tales como Mahler, Jacobson y Kohut. En Norteamérica el psicoanálisis más ortodoxo tiende a dotarse de una misión social.

Heinz Hartmann, (1894-1970) de origen vienés, discípulo de Ernest Jones, presidente de la New York Psychoanalytic Society de 1952 a 1954 y de la International Psychoanalytical Association de 1951 a 1957, aunque no acepta todos los puntos de la teoría de Freud, como la pulsión de muerte, por ejemplo, se guarda de emitir críticas en contra él y se interesa principalmente en sus escritos sobre el yo, y desarrolla sus concepciones teóricas a partir de éstos. Considera como principios válidos metapsicológicos la evolución y la adaptación, añadiéndolos a los metapsicológicos freudianos: tópicos, dinámicos y económicos. Mantiene contacto con Anna Freud, quien sigue la misma línea, considerando sus aportaciones como complementarias a la teoría de Freud.

En sus aportes a la teoría psicoanalítica habla del desarrollo y las funciones del yo, considerándolo "autónomo", es decir, con independencia de los impulsos instintivos y de la realidad externa, con la que mantiene una relación particularmente íntima. Plantea un área conflictiva del yo y otra libre de conflictos, las cuales adquieren su importancia en la adaptación, concepto que desarrolla en sus aportaciones con dos vertientes: progresiva y regresiva, en cuya base se delimita su noción de lo patológico. Su objetivo en la práctica terapéutica, es el fortalecimiento de las defensas del yo contra los impulsos del ello, teniendo como implicaciones técnicas la comprensión y el manejo de las resistencias: "En tanto nos concentremos en el análisis de una resistencia, nos hallamos trabajando realmente en diversos lugares del campo al mismo tiempo" (1973, p.138). Señala que para ello, es necesaria la "comprensión de las formas

y mecanismos de defensa, y una consideración más exacta de los detalles de la experiencia interna de la conducta del paciente" (1973, p.136)

La tendencia de la *egopsychology* que elabora Heinz Hartmann junto con E. Kris y R. Loewenstein, conduce a una serie de ramificaciones que va más allá de lo que plantea la corriente culturalista, afirman que el Yo no se desarrolla a partir del Ello, sino que ambos se diferenciaron de una matriz común: la más temprana fase indiferenciada del desarrollo postnatal; con estas concepciones, se apartan básicamente de la metapsicología freudiana. En su elaboración teórica sobre la psicología del yo, no realiza un estudio acerca de la contratransferencia como un tema específico, pero sus contribuciones llegan a ser parte de los fundamentos de la mayoría de las corrientes norteamericanas que hunden sus raíces teóricas en ella y orientan su práctica clínica hacia la adaptación del yo al mundo exterior y, a partir de éstos, se han realizado contribuciones específicas al problema de la contratransferencia.

Anna Freud y Heinz Hartmann, aportan monografías alrededor del funcionamiento yoico, sus mecanismos de defensa y los problemas de la adaptación y, cuyos trabajos pueden ser considerados como los cimientos definitivos de la psicología del yo. Los precursores de esta dirección psicoanalítica fueron Heinz Hartmann, Ernest Kris y Rudolf M. Lowenstein, profesores del Nueva York Institute, pioneros en la investigación grupal en psicoanálisis y en el estudio de las diferencias en la técnica psicoanalítica, la cual, con sus teorías sobre el yo, fueron modificando. A ellos se unieron René Arpad Spitz y Eric Homburger Erickson que mantuvieron mucho contacto con Anna Freud, y compartieron sus orientaciones psicopedagógica, así como David Rapaport, Edith Jacobson y Margaret Mahler entre otros.

Eric Homburger Erickson, se analizó con Anna Freud, se interesó desde el comienzo en la aplicación de la teoría psicoanalítica a los datos de tipo social y antropológico. En su relación con la antropología, escuela culturalista y la psicología del comportamiento elabora una teoría psicosocial del desarrollo que se apoya en la teoría biológica de la epigénesis, concepto tomado de la embriología. Establece etapas que, en secuencia ordenada marcan un ritmo de crecimiento y

desarrollo definido para capacitar al organismo para adaptarse adecuadamente a la vida extrauterina.

Los trabajos de los psicoanalistas norteamericanos se centraron en la psicología del yo, donde los términos "fortaleza del yo" y "defensas del yo" son términos familiares en su teoría; ordenaron en sus trabajos psicoanalíticos todo lo que parecía asimilable del contexto cultural norteamericano, enfatizando los imperativos ambientales y culturales como fuentes de conducta, y, enfocando su práctica clínica en fortalecer al yo y su adaptación al medio social existente. Hacen de la teoría freudiana una teoría del desarrollo infantil, de la personalidad y la adaptación, dejando de lado las aportaciones freudianas sobre la teoría de la libido, la teoría del inconsciente, la interpretación de los sueños y la represión, lo que los hace parte de la psicología más que del psicoanálisis.

Por el recorrido realizado hasta aquí, podemos notar que los psicoanalistas en Estados Unidos, profundizaron en la psicología del yo, introdujeron términos freudianos en su teoría y realizaron diversos aportes que la enriquecieron, sin embargo, modificaron los principios básicos del psicoanálisis así como la técnica analítica, derivando en una psicología general. El ambiente de la post guerra dejó el interés preservar la práctica terapéutica en un ambiente institucional que le permitiera ser avalada por la sociedad científica estadounidense. Llegaron incluso a polemizar con los científicos de la orientación positivista y se esforzaron porque fuera considerada parte de las ciencias médicas.

En los años 50 y 60 el panorama americano estaba invadido por multitud de terapias y por distintas versiones de teorías psicológicas en una suerte de neo-freudismo con una amplia gama de modificaciones a la técnica clásica y a las bases de la teoría psicoanalítica: culturalistas, psicoterapeutas, interaccionistas, etc. Esta dirección analítica en su desarrollo alcanzó su máximo apogeo en Estados Unidos, inclusive llega, por su enorme expansión, a confundirse con el desarrollo propio y total del movimiento psicoanalítico norteamericano bajo el nombre de "Psicología del yo".

## Principales representantes

En la así llamada, "psicología del yo" existieron figuras representativas, entre las que destacan Franz Alexander, Heinz Hartmann, René Arpad Spitz, Eric H. Erickson, Otto Fenichel, Karl Menninger, y Heinz Kohut. Sus desarrollos teóricos, aunque distintos, resultan complementarios y se encaminan al intento de dar solución al problema de la adaptación. Entre los representantes que abordan el problema de la contratransferencia se encuentran:

**Franz Alexander**, de origen alemán, nace en 1891 y muere en 1964. Discípulo de Freud y de Abraham, fundador del Instituto de Psicoanálisis de Chicago en 1931, fue uno de los precursores de la abreviación del tratamiento, crea una rama práctica —la psicoterapia breve— sin pretender identificarla con el tronco psicoanalítico o disimularlo o escindirle de él. Con él, la psicoterapia se hace práctica, distinta de la cura psicoanalítica, derivación y no sustituto (Fages, 1976, p. 110s). Argumentaba que un análisis muy prolongado no es como regla, exitoso, que existe el peligro de "sobretrotar" el trastorno mental y perderse en una "escapatoria regresiva" en la búsqueda de lo primitivo. Señala que los pacientes no maduran en el diván sino después de haber abandonado al analista, por lo que él propone las interrupciones del tratamiento por intervalos. Su tesis principal es que las pautas neuróticas que se originan en las experiencias emocionales tempranas pueden corregirse mediante las nuevas experiencias emocionales de la situación terapéutica. Con la comprensión cognitiva de las experiencias tempranas saca a la luz lo que él llama *experiencia afectiva correctiva*, para enfatizar la toma de conciencia de parte del enfermo para romper con su neurosis. Señala que el conflicto de la transferencia revela la necesidad de dependencia del ser humano y que, las interrupciones temporales del tratamiento pueden colaborar a disminuir dicha tendencia, con esto, habla de la transferencia y contratransferencia "correctivas" en que, de parte del psicoterapeuta rompe la neutralidad propia del psicoanálisis para desarrollar una actitud indulgente, "permissiva", de "comprensión" y a la vez "desinteresada", de un médico con deseos de ayudar al enfermo. Considera que la contratransferencia del terapeuta no es una impureza sino una herramienta necesaria para responder con espontaneidad a las necesidades del paciente, especialmente a las necesi-

dades inconscientes; para desarrollar la empatía, la comprensión y el manejo de la situación terapéutica.

Alexander subraya que el complejo de transacciones emocionales entre el paciente y el terapeuta no puede describirse solo por medio de la transferencia y la contratransferencia, ya que, la interacción incluye el interjuego entre dos personalidades distintas que actúan como dos seres humanos dentro de la realidad de la situación transferencial. Las respuestas del analista a las necesidades de su paciente están determinadas en parte por su contratransferencia y en parte por los rasgos de personalidad específicos de él y del paciente y, en última instancia por la reacción conscientemente controlada del terapeuta. Sus aportaciones estuvieron marcadas por la práctica multidisciplinaria y su enfoque hacia las fuerzas integrativas del yo. Siempre consideró al psicoanálisis como una de las ciencias básicas de la psiquiatría. Entre los seguidores de Alexander, se encuentran Edith Weigert, Tomas French, Frieda Fromm Reichmann, Thérèse Benedek, P. Haman y M. Balint que, agrupados bajo la corriente de la escuela de Chicago, orientan su práctica hacia una psicoterapia activa que rechaza el carácter uniforme y sistemático de la experiencia psicoanalítica y opta por formas más flexibles, entre ellas, delimitar el tiempo de la cura a un máximo de sesenta sesiones a intervalos irregulares, donde la ruptura del vínculo terapéutico tendría como finalidad romper la dependencia de la relación terapéutica.

**Heinz Kohut**, de origen vienés, nace en 1913, hacia 1940 emigra a Estados Unidos y se forma en el Instituto de Psicoanálisis de Chicago, muere en 1981. Entre sus contribuciones está el abordaje terapéutico de las personalidades narcisistas, de la patología severa, así como el acceso a etapas arcaicas y primarias dentro del psiquismo temprano, matriz del enfermar grave y narcisista. Muchos de los términos empleados por Kohut son tomados del psicoanálisis clásico, pero sus conceptos han sufrido marcadas diferencias en relación con éste y la psicología del yo, para crear su psicología del self en la que se interesa por la representación, la autoestima, el narcisismo y las motivaciones o fines de la conducta e incorpora un modelo de doctrina y práctica centrados en el trabajo vivencial empático psicoanalítico. Los principales aspectos que caracterizan la corriente psicoanalítica de kohut son: la *empatía* como método esencial del psi-

coanálisis y la psicología; el *narcisismo* que presenta una forma normal o sana y una línea propia de desarrollo, independiente del desarrollo de la libido objetiva y estructuración yoica; *transferencia narcisista* de tres formas: especular, idealizadora y gemelar; el *self* como núcleo de la personalidad y sistema organizador de la mente, como centro independiente de iniciativas que abarca todas las estructuras psíquicas, receptor de impresiones y depósito de las ambiciones, talentos y capacidades del individuo; los *objetos self*, que lo confirman y aseguran (self grandioso, e imago parental idealizada o "alter ego"). Según su modelo teórico, la psicopatología es vista desde la coherencia del self. Se aparta de la teoría clásica de las pulsiones, del conflicto entre instancias, del complejo de Edipo como organizador patológico, del narcisismo visto solo como patológico, de los mecanismos de la angustia, de las defensas, la transferencia neurótica, los movimientos regresivos y resistenciales, etc., por lo que cabría preguntarse si corresponde o no al terreno psicoanalítico propiamente dicho.

Sin embargo, con respecto a la contratransferencia en el campo terapéutico, en 1971 realiza un estudio sobre las reacciones del analista ante sus pacientes narcisistas, menciona que se pueden dar tres tipos de reacciones contratransferenciales: la primera ante la *transferencia idealizadora* en la que, la relación terapéutica moviliza en el paciente la imago parental idealizada, lo que conlleva el peligro de ante la idealización que el paciente hace del analista, éste lo acepte satisfaciendo sus fantasías inconscientes de grandiosidad reprimida o rechazando injustificadamente las actitudes idealizadoras del paciente con una protección defensiva como producto de un conflicto narcisista no resuelto en él mismo. Esto sucede cuando el analista no está bien analizado y puede mostrarse cohibido, avergonzado, desconcertado, impidiendo el proceso de elaboración y las internalizaciones transmutadoras en el ámbito de la imago parental idealizada. La segunda ante la *transferencia especular* que se da cuando se moviliza el self grandioso u objeto self omnipotente del paciente y, ante dicha movilización, éste muestra fantasías de grandiosidad, actitudes exhibicionistas, omnipotentes y narcisistas, llegando a sentir al analista como un gemelo, o como parte de sí mismo. Si el analista no tiene superadas estas áreas, puede resultarle difícil tolerar una situación en que se ve reducido a un papel prácticamente pasivo

de ser el espejo del narcisismo infantil del paciente y reflejar esta intolerancia mediante actos sintomáticos, paráfrasis evidentes, o a través de una conducta afianzada por medio de la racionalización y la teorización, el establecimiento o el mantenimiento de la transferencia especular. Con esto subraya que en el analista puede verse reducido su "Yo laboral" y perderse la atención flotante requerida. La tercera, la que se da frente a la *transferencia gemelar* o *alter ego* en la que, la removilización del self grandioso de tipo gemelar (*alter ego*) y fusional puede, entre los peligros más comunes, provocar al analista reacciones defensivas de aburrimiento, rechazo del compromiso emocional con el paciente y un precario mantenimiento de la atención, incluyendo reacciones secundarias ante la transferencia del paciente, tales como enojo, impaciencia, exhortaciones e interpretaciones forzadas de las resistencias.

Estos tipos de reacciones contratransferenciales implican problemas para el desarrollo de la terapia de una u otra manera, sin embargo, pueden llegar a excluirse de las reacciones de contratransferencia por el tipo de personalidad (narcisista) a la que se enfrenta el analista, el cual deberá estar adecuadamente formado con respecto a esta área de la psicopatología. Kohut diferencia la contratransferencia de su concepción de la empatía, ésta última considerada como el medio esencial de recolección de datos y una vía instrumental primordial terapéutica. Afirma que la empatía implica obtener acceso al estado psicológico de otra persona, sintiéndose uno mismo dentro del vivenciar interno del otro y, conservando al mismo tiempo la actitud de observador objetivo. Señala que no debe confundirse con la compasión, la amabilidad o la intuición, que, es una actitud afectiva pero también una manera de observación indirecta y comunicación vital para el proceso terapéutico.

**Otto Fenichel**, nace en 1898 y muere en 1946. Fue uno de los primeros psicoanalistas freudianos que, en Norteamérica no intentó desviarse de las enseñanzas freudianas con concepciones innovadoras sobre la teoría o la técnica psicoanalítica. Mantiene con respecto al manejo de la contratransferencia, la necesidad de que el analista se haya analizado para no responder emotivamente a las tempestades emotivas del analizando y conservar la actitud de "espejo". Señala que así como el analizando, el analista puede luchar por obtener satis-

facciones directas de la relación analítica, sin embargo afirma que, las luchas libidinales del analista suelen ser mucho menos peligrosas que sus necesidades narcisistas y sus defensas contra la angustia, considerando que lo único que puede servir como protección contra el abuso, es la efectividad de su análisis personal y la honestidad consigo mismo. Por un lado, señala que ni lo molesto ni lo agradable de la relación analítica tiene que impedir la observación y la comprensión histórica de las resistencias del paciente y, por otro, que el miedo a la contratransferencia puede generar una falta de libertad humana en las reacciones del analista con sus pacientes. Afirma que el paciente por el contrario, debe depender de lo "humano" del analista para evitar que se aisle el análisis de la vida.

**René A. Spitz** se convirtió especialista de la primera infancia siguiendo los conceptos teóricos de Anna Freud. Rechaza abiertamente todas las tesis que vengan del traumatismo del nacimiento (O. Rank) y de las relaciones de objeto precoces (M. Klein), descartando la posibilidad de procesos intrapsíquicos en el niño desde su nacimiento, sin embargo, utiliza términos freudianos como los "puntos de vista tópico, dinámico y económico", lo "estructural" y lo "metapsicológico". Se centra en las relaciones madre-niño y, con respecto al problema de la contratransferencia, admite que es un requisito para el tratamiento psicoanalítico, propone que puede a ser útil, siempre y cuando sea atendida, no actuada; puede comenzar con un proceso dinámico en el inconsciente del analista que se transformará en impulsos derivados y se traducirá en actitudes (citado por Gasque M., 1986). Considera que se puede utilizar la contratransferencia de tres maneras: 1) tomando conciencia de los derivados inconscientes que han surgido en él como respuesta a la transferencia del paciente; 2) inferir los procesos inconscientes más importantes a partir de esos procesos y, 3) realizar una identificación transitoria con el paciente para detectar sus propias respuestas a determinadas actitudes del paciente y tener un mejor conocimiento de éste.

**Karl Menninger** de la escuela de Chicago, considera, en su libro sobre la *Teoría de la técnica psicoanalítica* (1960), como la mayoría de los psicoanalistas de la escuela americana, que la contratransferencia es parte inevitable del tratamiento al igual que la transferencia y que, sin la primera, aunque tenga que

permanecer en el trasfondo, faltan el talento y el interés necesarios. Considera que el analista es un ser humano y que sus reacciones con el paciente pueden contener elementos irracionales e inconscientes muy fuertes, aunque su reacción predominante deba ser la de un silencioso oyente. Afirma que las manifestaciones de la contratransferencia pueden ser conscientes aunque las condiciones intrapsíquicas resultantes en su aparición sean inconscientes. Señala algunas de las maneras más comunes como aparece la contratransferencia cuando se convierte en una interferencia para el proceso analíticos:

- "Incapacidad para comprender cierto tipo de material que toca los problemas personales del analista.
- Sentimientos de depresión o de preocupación durante o después de las horas analíticas, con ciertos pacientes.
- Descuido en relación a los arreglos; olvido de la cita con el paciente, llegar tarde a ella, o prolongar, sin ningún motivo especial, la hora del paciente.
- Somnolencia persistente (del analista) durante la hora analítica.
- Experimentar repetidamente sentimientos eróticos o afectivos por un paciente.
- Permitiendo y hasta alentando la resistencia en la forma de acting-out.
- Excesiva o escasa asiduidad en los arreglos financieros con el paciente, por ejemplo, el dejar que se endeude sin analizarlo, o tratar de "ayudarlo" para que consiga un préstamo.
- Buscando seguridad, recursos narcisistas tales como tratar de impresionar al paciente de diversas maneras, o de intentar impresionar a colegas con la importancia de unos de los pacientes.
- Cultivando la dependencia continuada del paciente de diversos modos, especialmente reasegurándolo innecesariamente.
- La necesidad de chismear con los colegas sobre algún paciente.
- Mordacidad innecesaria y sadista al formular comentarios o interpretaciones, y el hacer lo opuesto.
- Sentir que el paciente debe aliviarse por la reputación y el prestigio del médico.
- Mimar el caso, por ejemplo, por temor de perder al paciente.
- Obteniendo satisfacción consciente de los elogios, pruebas de estimación, muestras de afecto, etc., del paciente.
- Perturbarse por las acusaciones y reproches persistentes del paciente.

- Discutiendo con el paciente.
- Asegurando prematuramente al paciente contra el desarrollo de la ansiedad o para expresarlo con más exactitud, no pudiendo medir el punto óptimo de tensión de frustración.
- Tratando de ayudar al paciente en formas extra-analíticas, al hacerle ciertos arreglos financieros, o de alojamiento.
- Impulsos recurrentes de solicitar favores del paciente.
- Súbito aumento o disminución de interés en un determinado caso.
- Soñando con el paciente." (Menninger, 1960, pp.132-133)

Señala que un análisis personal, sin importar su duración, no es suficiente para eliminar todos los puntos ciegos. Considera que el analista debe estar alerta a la existencia de la contratransferencia, pero no intimidarse por ella; debe reconocer sus peligros como sus usos, analizarla en relación al autoconocimiento personal del analista, ya que suele ser peligrosa cuando se olvida de ella.

Acerca de la neutralidad del analista, afirma que no significa lejanía, sino una atención a lo que el paciente dice, sin juicios morales expresos. Considera que el analista no puede evitar participar al paciente algo de su personalidad y de su sistema de valores que influyen en su conducta, que son estos aspectos los que en cierta manera provocan una identificación temporal del paciente con el analista.

**Ralph R. Greenson**, psicoanalista supervisado por Otto Fenichel y en gran parte formado por él, se mantiene cercano a sus enseñanzas sin alterar las principales concepciones de la teoría freudiana pero añadiendo innovaciones con respecto a la técnica, tales como la interpretación de la transferencia y de las resistencias. En su libro "Técnica y práctica del psicoanálisis", el autor realiza una especie de manual de técnica psicoanalítica que pasará a ser parte de la literatura clásica de los que en esta escuela se forman en la "psicoterapia psicoanalítica". Valora algunas concepciones de Melanie Klein pero disiente de la técnica de sus seguidores que, según él, no toman en cuenta el análisis de las resistencias, entre otras cosas. Critica a Franz Alexander, quien, yéndose al otro extremo puede considerarse fuera del campo psicoanalítico. La influencia de la psicología del yo, le hace considerar como finalidad del psicoanálisis, el aumen-

to de la fuerza relativa del Yo con respecto del Superyó, el Ello y el mundo exterior. Considera que los innovadores solitarios tienden a convertirse en "analistas silvestres" y que los conservadores, tienden a una ortodoxia rígida, por lo que aboga por "una tribuna libre sobre técnica psicoanalítica para poner al estudio-serio en contacto con otras técnicas, aparte de las propias de su analista personal y de sus analistas supervisores" (Greenson, 1976, p.18).

Señala que es importante mostrar al paciente que el analista es humano e incluso, dejar ver alguna flaqueza humana. Esta característica es propia de quienes han dejado de considerar como indispensable la *actitud de espejo* que Freud establece dentro de su teoría, para llegar a establecer con el paciente una relación más cercana, argumentando que, una de las labores más difíciles es alternar entre la empatía y la vuelta a la posición del distante observador del proceso analítico. El autor no abunda en el tema de la contratransferencia, señala algunas reacciones del analista en el análisis de la transferencia que pueden ser consideradas dañinas al proceso analítico, que conllevan la posibilidad de alteración de la dirección de la cura:

"Los errores debidos a la contratransferencia se presentan cuando el analista reacciona a su paciente como si éste fuera una persona importante en la historia temprana del analista. La contratransferencia es una reacción de transferencia del analista a paciente, paralela de la transferencia y su equivalente... Las reacciones de contratransferencia pueden conducir a un comportamiento impropio persistente para con el paciente en forma de mal entendimiento constante o de algún comportamiento agradable, seductor o tolerante por parte del analista". (Greenson, 1976, p.341)

Entre las actitudes erróneas consideradas contratransferenciales señala: la cordialidad indebida que impide la transferencia hostil del paciente, la intrusión de las características y valores personales del analista, hacer juicios de valor en sus intervenciones, limitar la actitud de abstinencia, manifestar sus deseos al paciente o lo que espera de él, el deseo inconsciente del analista de ser guía, mentor o padre del paciente, dar consejos o preocuparse demasiado, plantea también que, los errores en la técnica que son captados por el paciente pueden deberse a la contratransferencia y considera que, ocultar los errores cometidos

que el paciente ha captado puede ser injusto, humillante y provocar desconfianza en el paciente que luego puede volverse inanalizable, conducir a una sumisión o a la interrupción del tratamiento (1976, p.223). Sin embargo, aunque esto no significa que sea necesaria una confesión al paciente cada vez que el analista experimente sentimientos contratransferenciales hacia éste, si es necesario que el analista analice su contratransferencia y admita lo que en su reacción tiene que ver más con él mismo que con el contenido del discurso del analizado.

**M. Gill** escribe con Rappaport "Aportaciones a la teoría y técnica psicoanalítica" publicado en 1962, autor circunscrito en la psicología del yo, justifica la existencia de la contratransferencia en el tratamiento analítico, como parte propia del mismo, haciendo énfasis en que, así como en el paciente se da una división de su Yo, parte observadora y parte experimentadora, también en el analista hay una división de su Yo y se espera que el Yo observador del analista sea proporcionalmente mayor que el del paciente para poder captar sus reacciones contratransferenciales. Consciente de que las reacciones contratransferenciales pueden surgir a partir de un mayor acercamiento del analista a su paciente, descarta sin embargo, la idea de que el analista sea un espejo para el paciente, como lo señaló Freud, y se confía que, sin ser del todo lejano con el paciente, se comporte de una manera razonablemente estable frente a él. Señala que el sistema de valores de cada analista influye en su conducta durante el análisis, que no puede evitar reacciones emocionales, pero que es importante ser consciente de su actitud hacia ellas. Considera que si sus reacciones emocionales son demasiado fuertes a pesar del esfuerzo por entender su contratransferencia, el analista debe renunciar al caso:

"No quiere decir que no pueda reírse de un chiste o hacer él uno, o mostrar irritación, o encontrarse con lágrimas en los ojos si el paciente relata un incidente conmovedor. Esta neutralidad no está en contradicción con un sentimiento de benevolencia amistosa del analista hacia su paciente. Es más, sin esta actitud por parte del primero, es probable que falle el análisis. Este sentimiento amistoso no es contratransferencia, sino la actitud realista deseable en el terapeuta hacia un paciente que sufre. Pero neutralidad sí quiere decir

que el analista está alerta para el desarrollo de patrones de respuesta emocional en él mismo hacia su paciente, y que sigue siendo neutral en el sentido básico de no tratar nunca de modelar al paciente a su propia imagen" (Gill, 1962, pp. 216-217)

Señala que la neutralidad no quiere decir un alejamiento frío frente a las experiencias relatadas por los pacientes, sino la capacidad del analista para mantener una actitud objetiva frente a ellas sin dejar de comprender el sufrimiento del paciente.

**W.W. Kemper**, en su obra "Problemas de técnica psicoanalítica", publicada en 1968, considera que la transferencia y la contratransferencia son fenómenos normales de las relaciones interhumanas cotidianas y por ende de la situación analítica (Kemper, 1972). Señala que la contratransferencia es función de la transferencia, no se da una sin la otra, son elementos que operan siempre juntos, es decir, representan una sola unidad funcional en la que, cada uno (paciente y terapeuta) distorsiona al otro según su propia naturaleza y características de su peculiar personalidad, es decir, en la transferencia la distorsión parte del paciente hacia el terapeuta y en la contratransferencia, la distorsión parte del terapeuta hacia el paciente. La distorsión operada por ambas partes es inconsciente y se caracteriza por ser una repetición del pasado, una reedición de una antigua relación de objeto.

Este autor elabora algunas tesis con respecto a la unidad funcional de la transferencia y la contratransferencia señalando que en ésta última puede haber una mezcla de reacciones: reacción frente a la transferencia del paciente, reacción sobre la base de una transferencia adecuada proveniente de la vida cotidiana y, reacciones inadecuadas que parten de su propia transferencia inconsciente. Hacia la persona del paciente, hacia algunos de sus rasgos característicos o hacia la situación analítica como tal. Considera que la contratransferencia puede funcionar como un instrumento diagnóstico y que el analista debe utilizar adecuadamente sus emociones para comprender a su paciente, esto repercutirá en un tratamiento exitoso, sin descartar las posibles fuentes de error de su contratransferencia.

... el analista nunca proyecta en el vacío sus contratransferencias. Es legítimo que aproveche su debilidad humana como instrumento analítico, dejándose orientar también en parte, en su labor interpretativa (y aún tanto diagnóstica como terapéuticamente), por la clarividencia de su identificación proyectiva con el paciente". (Kemper, W, 1972, pp. 56-57)

Afirma también que las interpretaciones de la transferencia, que efectúa el analista como un medio eficaz en el tratamiento analítico, pueden orientarlo en su propia contratransferencia. Critica la actitud de contratransferencia "emocional correctiva" enunciada por Franz Alexander y los que simpatizan por las terapias breves, debido a que, "adoptada deliberadamente por el analista con intención terapéutica es irreconciliable con la actitud analítica básica" (Kemper, 1972, p.55). Señala que esta actitud puede provocar resultados y mejorías en poco tiempo, pero que, tal actitud en el analista le haría intervenir activamente en el curso espontáneo de la transferencia del paciente y, "desempeñaría un papel prejuicado (con lo que dejaría de ser 'él mismo') y sería una trasgresión a la sinceridad analítica y por ende, a la ética propia del analista en su función terapéutica.

**J.A. Portuondo** (1979) autor que escribe sobre la psicoterapia psicoanalítica, retomando conceptos de varias corrientes psicoanalíticas como parte de su propia doctrina y práctica clínica. Distingue la transferencia del analista hacia el paciente de la contratransferencia, en la primera considera los sentimientos del terapeuta por el paciente como la expresión de las imágenes infantiles del propio terapeuta; en la segunda, es decir, como contratransferencia, se refiere a los afectos del terapeuta hacia la transferencia del paciente y lo hace no a través de sus imágenes infantiles sino de su sensibilidad enriquecida y libre de complejos graves. Desde su punto de vista, la auténtica contratransferencia se convierte en un arma útil en cualquier tipo de psicoterapia. En su concepción sobre la contratransferencia, afirma que son seis las relaciones paciente-terapeuta en las que se dan seis tipos de sentimientos básicos (Portuondo, 1979, p. 139):

1. *Sentimientos reales hacia el paciente:* sentimientos maduros y no simbólicos, reales y objetivos, que emergen en el "aquí y ahora" de una relación Interper-

sonal. Dentro de este tipo de sentimientos ubica las concepciones de Jacob L. Moreno sobre la teletransferencia.

2. *Sentimientos transferenciales*: donde el terapeuta puede ver al paciente desde sus imagos infantiles, es decir, como una figura importante de su propia infancia, lo cual resulta dañino para el curso de la terapia.
3. *Sentimientos contratransferenciales*: son los sentimientos del terapeuta en respuesta hacia la transferencia del paciente, considera que pueden ser útiles si se les manipula adecuadamente.
4. *Sentimientos de identificación*: son los que surgen a raíz de la identificación del terapeuta con los problemas afectivos del paciente, lo cual resulta patológico y dañino para el proceso terapéutico y el terapeuta deberá poder superarlos.
5. *Sentimientos de empatía*: con los que se trata de simpatizar con el paciente, pero sin identificarse con él. Esto puede resultar provechoso y hace que el paciente se sienta mejor comprendido.
6. *Sentimientos de contraidentificación*: son los más sutiles, en los que el terapeuta se identifica al nivel inconsciente con la imago inconsciente que de sí mismo puede tener el paciente en un momento dado. Es como si el terapeuta introyectase algún aspecto del paciente.

Este autor señala que la contratransferencia puede agruparse entonces, en cuatro categorías:

1. Reacciones de amabilidad hacia el paciente (afectuosas)
2. Reacciones de preocupación por el paciente (dudas)
3. Reacciones de hostilidad hacia el paciente (agresivas)
4. Reacciones de angustia hacia el material del paciente (miedo, etc.)

Cada una de estas reacciones puede tener tres tipos distintos:

1. Racionales (justificadas y normales)
2. Irracionales (injustificadas y neuróticas)
3. Mixtas (mezcla de las dos anteriores).

El autor señala que la contratransferencia puede expresarse abiertamente de manera ocasional dependiendo del tipo de terapia que se maneje en el momen-

to, es decir, hacerlo de manera moderada en la psicoterapia individual, más abiertamente en la psicoterapia de grupo y casi con apertura total en la psicoterapia dramática. Pero añade que, esta expresión contratransferencial debe ser controlada por la experiencia personal del psicoterapeuta y según el tipo de paciente del que se trate.

Muchos autores de la escuela americana manifiestan de manera breve su posición frente a la contratransferencia, pero no profundizan en su investigación, Ruesch considera que es la contrapartida de la transferencia del paciente y que es éste el que provoca las reacciones contratransferenciales, otros, como Tauber, Green y Weigert consideran que ayuda a comprender los problemas emocionales del paciente y ayuda a éste a lograr el insight; otros añaden la necesidad de analizar la contratransferencia para comprender mejor lo que sucede en el paciente, como Fromm-Reichman y Clara Thompson; otros, como Warke-tin piensan que el control excesivo de la contratransferencia clásica, introduce un elemento artificial en la psicoterapia, haciéndola innecesariamente más larga y, los humanistas como Carl Rogers, que no hace mención clara respecto a la contratransferencia ni referencia explícita a los autores que la investigan, pero que la consideran como un artificio, como "una actitud del terapeuta hacia el cliente". Esta actitud la describen como comprensión y sinceridad hacia el cliente y, cuando se dan otras que se salen de este marco, se considera una falla del terapeuta de la cual debe deshacerse.

En México, también la labor analítica ha tenido influencia de la escuela americana, por medio de la cual se han constituido e importado muchas formas de tratamiento psicológico. La psicoterapia psicoanalítica ha recibido influencias de las diversas corrientes terapéuticas americanas e inglesas, el autor que se cita a continuación, hace referencia a múltiples autores de la escuela inglesa, de la que extrae conceptos teóricos que influyen de alguna manera en su práctica clínica.

**J. González Núñez** (1989) dedicado a la psicoterapia psicoanalítica en México, concentra sus aportaciones sobre la contratransferencia en su libro *La fortaleza del psicoterapeuta: la contratransferencia*, donde menciona a diversos autores de la escuela inglesa tales como Kernberg, Reich, Racker, Heinmann,

entre otros, de quienes retoma la concepción "totalista" de la contratransferencia (mencionada por Otto Kernberg, ver pág. 47) aludiendo al conjunto de sentimientos que el paciente produce en su terapeuta y puestos al servicio del proceso terapéutico. Menciona la posibilidad de retroalimentar al paciente acerca de su problemática a través de confrontaciones, clarificaciones e interpretaciones y, poniendo esta comprensión a su disposición. Así, considera la contratransferencia como un instrumento útil en el diagnóstico:

"De la relación interpersonal entre paciente y psicólogo surge la interacción subjetiva de ambos y se produce la contratransferencia, permitiendo al psicólogo clínico, dada su subjetividad disciplinada, la percepción y captación emocional de lo que a su paciente le sucede, convirtiéndose así en un instrumento diagnóstico" (González Núñez, 1989, p.84)

Hace referencia a Deveraux (1977) quien considera la contratransferencia y no la transferencia, como el dato más importante y decisivo en la ciencia del comportamiento porque la información que se obtiene de la transferencia puede obtenerse también por otros medios, lo que no sucede con el análisis de la contratransferencia. González Núñez añade que: "La contratransferencia nacida de la subjetividad disciplinada del psicólogo profesional posee un valor científico y una validez diagnóstica semejante a la de todos los demás instrumentos de la psicología clínica" (Ibid, p. 84). En suma, considera la contratransferencia como:

"...no sólo lo nacido de los impulsos, tendencias, deseos frustrados o insatisfechos y no sólo es lo que el paciente quiere o inconscientemente nos hace sentir; la contratransferencia es un proceso más complicado de integración de lo que el psicoterapeuta es, sabe, se ha adiestrado y lo que el paciente es, quiere que tanto consciente como inconscientemente se piense de él. Es un grado a niveles verbales pero también a niveles preverbales que efectivamente produce en el psicoterapeuta, misma que tiene que ser controlada y puesta al servicio del tratamiento del paciente. Proceso difícil que puede entorpecer el tratamiento o que puede favorecerlo dependiendo de la habilidad clínica del psicoterapeuta pero que aparece siempre en todo tratamiento. Metapsicológicamente podríamos explicar la contratransferencia de la siguiente forma:

1. En el psicoterapeuta existen impulsos que tienden a expresarse, tal vez impulsos domados, pero impulsos.

2. La relación psicoterapéutica se encuentra enmarcada dentro de una situación teórica clínica de relaciones de objeto donde es claro que el paciente es objeto del psicoterapeuta, objeto sobre el que se va a poner en primer lugar una fantasía y realidad de curación pero del cual se espera que gratifique o frustre al psicoterapeuta". (González Núñez, 1989, p. 123)

Este autor también ha señalado la relación de la contratransferencia con el *acting-out*, pero el *acting out* del terapeuta, en el que interfiere la expresión actual de aspectos de la personalidad del mismo, que nada tiene que ver con el tratamiento de su paciente, lo cual indicaría desde todas las corrientes psicoanalíticas, un mayor análisis por parte del analista. Del mismo modo, habría que cuestionarse si el *acting out* del paciente no es otra expresión de la manifestación contratransferencial del analista, en el sentido de que, hay algo en el discurso del paciente que el analista no puede escuchar en la transferencia. Sin embargo, en esta escuela las relaciones entre el *acting-out* del paciente y la contratransferencia del analista son semejantes a las que hace la escuela inglesa, señalan que el *acting out* del paciente es una resistencia del mismo que, en todo caso, puede provocar que el analista *actúe* aconsejando, prohibiendo, interviniendo o interpretando esa resistencia sin cuestionarse si su causa se encuentra también en los problemas contratransferenciales no resueltos en el analista.

Se ha hablado en esta escuela, sobre el tipo de contratransferencia que más trabajo les cuesta a los analistas controlar, si la erotizada o la agresiva, y en base a ello se ha dedicado a hacer estudios de opinión y encuestas, e incluso, por influencia de las corrientes culturalistas y de la perspectiva de género, se habla también de la contratransferencia de género, en la que, el género del analista y su ideología pueden influir en el tratamiento de los pacientes (Lartigue, 1998).

**Velasco, F.** (1997) hace un recorrido del concepto de contratransferencia afirmando que ha cambiado paralelamente al desarrollo de nuevos modelos teóricos psicoanalíticos. Distingue históricamente tres fases: una primera fase a la que llama *instintual*, en donde el analista observaba y describía al otro, pero permanecía en el anonimato, aquí incluye a M. Klein y sus primeros seguidores.

Una segunda fase denominada *interaccional* en la que enfatiza la importancia de lo vincular de la relación terapéutica, como reflejo de la primera relación materno-infantil. Y una tercera fase llamada *constructivista*, que considera que el analista influye de manera determinante sobre la realidad y que participa activamente co-construyendo el proceso terapéutico, etapa que resulta paralela a la era cibernética de segundo orden que se encarga de los sistemas observantes y que afirma que una descripción implica a aquél que describe.

Las contribuciones de los autores de esta escuela han ampliado las concepciones sobre la situación psicoanalítica en el sentido de que, han modificado ciertos conceptos teóricos como es el caso de la contratransferencia y ciertos elementos referidos al encuadre y a la relación terapéutica, como instrumentos del terapeuta para encaminar la cura hacia la adaptación del paciente al entorno y, han introducido la llamada "psicoterapia psicoanalítica" que, aunque ellos no la distinguen claramente del psicoanálisis, constituye una postura adoptada por quienes quieren experimentar con los elementos de la técnica psicoanalítica y aplicarlos a nuevos campos. Este punto será retomado en el apartado sobre la dirección de la cura.

### **La contratransferencia en la escuela americana actual**

Los analistas de esta escuela no elaboran una teoría especial sobre la contratransferencia ni hacen aportes distintos de los que hizo la escuela inglesa, en general, retoman algunas de las concepciones de dicha escuela y la aplican a las distintas técnicas terapéuticas que se han ido originando dentro de la escuela americana. Consideran que la contratransferencia, vista por los analistas ortodoxos llega a ser un tabú al que todo analista debe temer, e interpretan la *actitud de espejo*, como una posición de indiferencia frente al paciente y por ende poco humana, que no ayuda en el proceso del paciente. Esto deriva de la concepción de la relación analítica como una relación entre dos sujetos, de una relación interpersonal en la que ambos están inmiscuidos de manera simétrica. Desde esta perspectiva, la mayoría de los autores agrupados en la corriente americana, consideran que la contratransferencia:

1. Es una defensa del terapeuta frente a la angustia que el paciente despierta en él con su transferencia.
2. Todas las contratransferencias, si se analizan a fondo, pueden estimular el proceso terapéutico, porque son formas de comunicación "prelógicas", "intuitivas" e "inconscientes", lo cual puede ayudar a mejorar la comprensión del caso y el insight (comprensión interna) del propio paciente tras las interpretaciones del terapeuta.
3. La contratransferencia debe ser expresada de manera moderada para ayudar a producir mayores vivencias, evitando el exceso de intelectualización por parte del paciente y del propio terapeuta.

Una de las consecuencias que esta escuela determina con respecto a las reacciones de contratransferencia, es su utilidad para la investigación psicoterapéutica, como un instrumento valioso para la conducción de la cura, especialmente como un instrumento diagnóstico. La concepción del diagnóstico en esta escuela, está enmarcada por los criterios de las ciencias naturales y está encaminada a obtener un reconocimiento de parte de las mismas hacia los logros terapéuticos alcanzados en la relación analítica. Este punto, el de si el psicoanálisis es una ciencia o no lo es, constituye un amplio tema de investigación que no será abordado en el presente trabajo pero que, influye en la dirección de la cura que algunas escuelas postfreudianas de psicoanálisis como es el caso de la escuela americana.

Volviendo a la consideración de la contratransferencia, en la escuela americana se dice que el analista es neutral, pero se considera más bien esto como un ideal, pues se cree la neutralidad no significa una rigidez mecánica del comportamiento debida al esfuerzo de suprimir cualquier reacción espontánea por parte del analista, ya que, es posible un buen efecto del evento espontáneo, lo cual no excluye al analista de la obligación de observar en sí mismo cómo sucedió tal evento, y no por ello se justifica la generalización de tales demostraciones espontáneas como una conducta recomendable ya que también consideran que puede traer sus inconvenientes. Consideran que es parte del trabajo de cualquier analista un análisis metódico de su contratransferencia, pero más que neutralidad, aluden a una participación emocional con el paciente (Rapaport,

1962, p.215) donde el analista no puede ser ya un espejo como lo recalcó Freud en la conducción de la cura.

En la escuela americana actual, se sostiene que, por supuesto, cada analista tiene su propio sistema de valores que va a influir en la dirección de la cura, que lo importante no es evitar las reacciones emocionales, sino la actitud hacia ellas y que, neutralidad no significa que el analista sea una persona sin espontaneidad. Hay reacciones por parte del psicoanalista que se han considerado un obstáculo para el proceso analítico del paciente, el rompimiento de la regla de la abstención por parte del analista puede tener entre otras manifestaciones:

1. Intrusiones de las características y valores personales del analista, mordacidad innecesaria y sadista en las interpretaciones o comentarios hacia el paciente, así como juicios de valor en sus intervenciones.
2. Actitudes hacia la persona del paciente como la cordialidad indebida que prolongue por años la transferencia positiva del paciente e impida el desarrollo de una transferencia hostil en el paciente; somnolencia, olvido de las citas, sentimientos afectivos o eróticos hacia el paciente, cultivar su dependencia, soñar con él, discutir con el paciente, mimar el caso por temor a perder el paciente, súbito aumento o desinterés por el paciente, etc. (Menninger, 1974)
3. Actitudes hacia el material de la sesión, como la tendencia a enfatizar ciertos puntos, incapacidad para comprender cierto tipo de material que toca los problemas personales del analista, permitir y alentar la resistencia en forma de *acting-out*.
4. Conductas que no tienen que ver con el proceso analítico, tales como impulsos recurrentes a solicitar favores del paciente, tratar de ayudar al paciente en formas extra-analíticas, al hacerle ciertos arreglos financieros o de alojamiento, la búsqueda del prestigio por parte del analista, la necesidad de chismear con los colegas sobre algún caso.
5. La satisfacción de los deseos instintuales del paciente como reacción contra-transferencial, puede impedir la neurosis de transferencia. (Greenson, p. 275)
6. Deseo inconsciente del analista de ser guía, mentor o padre del paciente, sentimientos de depresión o preocupación durante o después de las horas

analíticas con ciertos pacientes, así como manifestar sus expectativas con respecto al paciente, etc. (Menninger, 1960)

Estas reacciones pueden depender de las características de la personalidad del analista, de una formación incompleta o de procesos inconscientes debidos a un insuficiente análisis personal, ya que puede reaccionar frente a la transferencia del paciente como ante una persona importante en su historia temprana.

Existe la tendencia, entre algunos psicoanalistas de efectuar confesiones contratransferenciales a los pacientes. Agustín Palacios (1974) narra que una confesión contratransferencial suya ocurrió en un momento definido y convergente de un tratamiento, el cual llegó después de la elaboración de material esquizoparanoide manifestado en dispersión y confusión y, se inició entonces una reestructuración a partir de material depresivo. Según el desarrollo del caso, la confrontación contratransferencial catalizó la mejoría clínica y dinámica de acuerdo con un manejo de agresión y destructividad hacia los objetos externos. El paciente también pudo hacer una nueva ubicación hacia los objetos internalizados (parentales) destruidos y mejoró su percepción de las realidades interna y externa. Se inició el surgimiento de la parte neurótica de su personalidad y el abatimiento de sus componentes psicóticos como regresión o una reestructuración. La confrontación contratransferencial, aparentemente poco ortodoxa, resultó una experiencia correctiva que abrió la brecha para una nueva etapa del análisis del paciente.

Para el manejo ideal de la contratransferencia, propone: liberar al analista de la culpa adherida al concepto de contratransferencia; utilizar el material contratransferencial, provisionalmente, en la misma forma en que se utiliza el transferencial, es decir, adecuando las interpretaciones a un "timing" correcto; mantener una actitud alerta, pero receptiva y de atención flotante frente a las manifestaciones de ambas transferencias, la del paciente y la del analista; hacer conscientes sus aspectos inconscientes mediante un autoanálisis honesto e investigar los resultados ante el manejo abierto de la contratransferencia.

### **Consecuencias clínicas o Contratransferencia en la dirección de la cura**

De las diversas escuelas surgidas en Estados Unidos, surgieron también diferentes prácticas terapéuticas que se han ido alejando paulatinamente del psicoanálisis como tal: terapias breves, prácticas sugestivas, técnicas activas con metas esencialmente de apoyo, que pretenden hacer enfrentar situaciones de emergencia, adaptabilidad y restablecimiento de las fuerzas integradoras del Yo, y el alivio de los síntomas entre sus objetivos. Otras han retomado algunos conceptos del psicoanálisis y modificado su técnica para que, sin ser del todo breves puedan incidir un poco al menos en la estructura intrapsíquica del individuo. A estos tipos de psicoterapia se les ha llamado intermedios, entre ellos está la llamada psicoterapia psicoanalíticamente orientada, donde las técnicas son de cierta forma intermedias: neutralidad e inactividad relativas; tratamiento por transferencia, aunque no con neurosis de transferencia regresiva total; siendo la interpretación el vehículo principal del comportamiento del terapeuta y cuyos resultados posiblemente sean también intermedios.

Así, la escuela americana está compuesta por muchas corrientes que tienen en común un alejamiento breve o sustancioso con respecto al psicoanálisis freudiano. Kernberg (1993) considera que la psicoterapia psicoanalítica es el “segundo mejor” tratamiento después del psicoanálisis y señala, para diferenciarla de éste, tres herramientas básicas derivadas de la técnica psicoanalítica: la primera, la interpretación en la psicoterapia psicoanalítica está restringida a la clarificación, la confrontación e interpretación de los significados inconscientes en el “aquí y ahora”, dejando las reconstrucciones genéticas para estados avanzados del tratamiento; segundo, el análisis de la transferencia en la psicoterapia psicoanalítica es modificada en cada sesión para incorporar la atención hacia las metas a largo plazo y los conflictos del paciente en su vida fuera de la sesión analítica; tercero, la neutralidad de la técnica debe ser modificada por la necesidad de estructurar límites en la situación analítica que deben ser impuestos mediante la clarificación del terapeuta hacia el paciente de los significados de la interpretación, razones para alejarse de la posición neutral en primer lugar.

En general, estas diferencias de la psicoterapia psicoanalítica con el psicoanálisis son entre otras, semejantes a las que la psicología del Yo establece, añadiendo metas terapéuticas que pueden consistir desde el alivio lo más rápido posible de un síntoma, con recuperación de la previa capacidad integrante del Yo, el fortalecimiento de sus defensas, la plena recuperación del Yo en su funcionamiento y un mayor cambio posible en su adaptación y en sus relaciones con la realidad. Se emplean técnicas pedagógicas y sugestivas, que no son parte del psicoanálisis.

En estos tipos de psicoterapia, no hay un análisis propiamente dicho, los resultados terapéuticos del psicoanálisis y de la psicoterapia son cualitativamente opuestos, mientras que el psicoanálisis parece buscar cambios estructurales, la psicoterapia no puede producir cambios intrapsíquicos significativos sino solo alteraciones en las técnicas de adaptación, por medio de afectos de transferencia o desplazamientos de las técnicas defensivas (Rapaport, 1962).

Sin embargo, la psicología del Yo asume diversos conceptos estructurados a partir de la escuela inglesa, como las relaciones de objeto y la concepción de la contratransferencia como un instrumento en la dirección de la cura, entre otros. Cuando se habla de contratransferencia, se alude a ella como una unidad con la transferencia, la contraparte de la transferencia del paciente, es decir sentimientos en el analista hacia el paciente que, al mismo tiempo, son provocados por éste. Desde esta conceptualización pueden admitir dos variantes: si la contratransferencia es provocada por la transferencia del paciente, se mira como un instrumento diagnóstico, es decir, como un indicio de lo que el paciente puede decir de su propio padecer. Con los sentimientos que el paciente provoca en el analista, puede acercarse al diagnóstico del paciente. Incluso, se han realizado intentos de estandarización de dichos sentimientos en los analistas (Hernández, P. 1994), como indicios de lo que dicen a cerca del diagnóstico del paciente: por ejemplo, que un paciente histérico provoca la mayor parte de las veces sentimientos de empatía; un paciente depresivo, provoca en el analista decaimiento; un paciente obsesivo, provoca la mayor parte de las veces, aburrimiento; un fronterizo, provoca ansiedad, etc. Sin embargo, también enlistan actitudes contratransferenciales que tiene que ver con el analista, que impiden al analista del

Yo actuar correctamente frente a su paciente, considerando que la contratransferencia puede aparecer como incapacidad para comprender un determinado tipo de material, puede ser una fuente de error en la técnica terapéutica que, al mismo tiempo intervenga en el tratamiento psicoanalítico de cualquier paciente, impidiendo al analista actuar con libertad ya que está ligado de manera inconsciente a su pasado.

Muchas de las actitudes contratransferenciales podrían ser el opuesto de lo que Freud denominaba la *actitud de espejo* frente al paciente, en aras del descubrimiento de lo inconsciente, actitud criticada por los psicólogos del yo, que aluden a la necesidad de un mayor acercamiento al paciente que permita comprenderlo humanamente, una actitud empática hacia los contenidos de su discurso, en pocas palabras, una dirección distinta: se dirigen al yo del paciente y los problemas de su adaptación, pretenden fortalecer las defensas del yo, influir en el Superyó para obtener un mayor equilibrio de sus funciones, en el Ello para que el Yo mantenga un mayor control sobre lo que serían los impulsos inconscientes y, lograr el mantenimiento de una relación de objeto que sea capaz de ser efectiva y saludable para el sujeto.

Si la contratransferencia designa entonces los sentimientos, deseos o fantasmas que experimenta el analista como resultado de la relación transferencial del paciente con éste, entonces parecería que la relación analítica es simétrica, relación en la que el decir del sujeto provoca el decir inconsciente del analista, y en donde el psicoanálisis se desarrolla entonces en el terreno del yo del paciente y del yo del analista. En otro sentido, sostienen que la relación analista-paciente es asimétrica, y es en el que, el analista es el terapeuta experto que sabe lo que le sucede al paciente y éste es el enfermo que no sabe lo que le sucede, donde el analista es el modelo de integración del yo ofrecido al paciente para su identificación y curación. Esta posición en torno a la contratransferencia, se asemeja en algunos puntos a la escuela inglesa de psicoanálisis, pero va más allá, pues no solo con este concepto, sino con la omisión de otros incluidos por Freud en su obra (como la pulsión de muerte) y la "superación" de recomendaciones técnicas de Freud (como la neutralidad) nos hace preguntarnos si lo que se ha pre-

tendido con esto es más bien reducir el psicoanálisis al campo de la psicología general.

El verdadero auge de la teoría de la contratransferencia se debió a la instalación de la *ego psychology* en la postguerra y del fortalecimiento centralizado de la IPA y, se mantuvo como el camino más adecuado para tratar algunas dificultades técnicas que los analistas encontraban en su práctica. En mi opinión, los caminos seguidos por esta escuela se alejan de la intención original del psicoanálisis, son cuestionables los objetivos terapéuticos con la intención de adaptar o lograr un cambio de conducta, ¿de acuerdo a quién, a qué exigencias o a qué modelo?, el papel del analista como modelo de identificación para el analizado presupone un concepto de normalidad psíquica difícil de definir y que más bien estaría en consonancia con los objetivos y deseos del analista. Del mismo modo, la contratransferencia considerada como punto de partida para una impresión diagnóstica refuerza el concepto de normalidad supuestamente lograda en el analista, ¿de acuerdo a qué, con qué parámetros?, ¿existe acaso esa tal normalidad que se propone?, ¿es acaso la que responde a las exigencias del medio ambiente y por ello se busca una adaptación?. El problema de la contratransferencia plantea serios cuestionamientos éticos que aún hoy me parece que se está lejos de decir la última palabra.

Por lo visto, el concepto de contratransferencia generó muchas posturas tanto en la teoría como en la práctica analítica, un concepto que, como veremos más adelante, habrá de ser cuestionado por Lacan quien hace referencia más bien al lugar del analista, a la necesidad de que haya sido analizado y, al plantear el problema de la intersubjetividad, lo trata de insostenible como motor de la cura.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## Capítulo IV: La escuela francesa

*Muchas contingencias se han anudado en esta historia desde que el primer sonido del mensaje freudiano resonó con sus ecos en la campaña vienesa para extender a lo lejos sus ondas...!*

### Antecedentes históricos

Los antecedentes del psicoanálisis en Francia están cimentados hacia finales del siglo XIX y principios del siglo XX, época cultural llena de descubrimientos científicos y donde el discurso médico prevalecía en su apogeo. Pascal, Lamarck, Darwin, Marx entre muchas de las figuras célebres del siglo XIX, influyeron mucho el pensamiento de la época y, las raíces del pensamiento psicoanalítico no fueron la excepción. El discurso médico impregnaba las ciencias de la conducta, y la psicología dinámica de Charcot derivada de su experiencia en el Hospicio de Salpêtrière de París, con las neurosis histéricas y el método del hipnotismo fue una muestra de ello. Charcot sostenía el factor hereditario en la etiología de las neurosis, Freud mismo lo visita en 1885, dedicándose un tiempo a la observación de las manifestaciones de la histeria y los efectos del hipnotismo y la sugestión, sin embargo, años más tarde, en 1896, hace algunas objeciones a la teoría etiológica del maestro, oponiendo a la herencia la tesis del traumatismo y del desorden sexual.

A partir de las neurosis histéricas estudiadas por Charcot y con las influencias de pensamiento de la época, se constituye en Francia la *psicología clínica* basada en el automatismo, la subconsciencia, el asociacionismo o el déficit. Sus representantes, entre quienes estuvieron Théodule Ribot, Pierre Janet y Alfred Binet, fueron como Freud, alumnos de Charcot, pero siguen sendas diferentes, su corriente considerada progresista se aleja de cualquier determinismo de la raza, sus conceptos se confundirán con los de Freud y aunque desarrollan teorías que sirven de filtro a la introducción del psicoanálisis en Francia, paradójicamente servirán de tamiz a su implantación.

---

<sup>1</sup> Lacan, J. *La cosa freudiana o sentido del retorno a Freud en psicoanálisis*, en Escritos I, Editorial Siglo XXI. México, 1978.

La primera fase de la introducción del psicoanálisis en Francia se desarrolla entre 1895 y 1914, antes de la Primera Guerra Mundial, época en la que, las principales sociedades freudianas ya están constituidas en la mayoría de los países de Europa y en los Estados Unidos. La filosofía de Henri Bergson, adquiere su importancia en la concepción del psiquismo a principios de siglo en este país, es judío de origen polaco, antikatiano, alejado de Hegel, filósofo espiritualista del evolucionismo, se opone a las doctrinas del hereditarismo e inicia la restauración de la metafísica y de una totalidad del ser frente a las exigencias racionales de la ciencia. Elabora una psico-filosofía de la memoria, del tiempo y de la representación, lo que, posteriormente en Francia servirá para interpretar el freudismo dentro del marco del bergsonismo. Bergson inicia una forma de introspección que sigue una vía paralela al psicoanálisis, rechaza las formas de negatividad y decadencia expresadas por Nietzsche, Clausius y después Freud con la pulsión de muerte, pero también el hegelianismo y la dialéctica. Aunque Freud y Bergson nunca se encontraron, el bergsonismo es llevado a servir de sustrato filosófico natural a la doctrina freudiana, se convertirá en la filosofía dominante en Francia, a través de la cual se leerá la conceptualidad freudiana. Su correlato psicológico indispensable sería el Janetismo, ya que, ambos representan, dentro de la comprensión del psiquismo, un momento esencialmente francés del nuevo espíritu científico.

Pierre Janet, uno de los representantes de la psicología clínica de la época, rechaza el psicoanálisis, la etiología sexual de las neurosis promulgada por Freud y se dice único heredero de Charcot con referencia a la doctrina de la histeria en Francia. Para 1913, año del Congreso Internacional de Medicina en Londres, la polémica entre Freud y Janet es álgida, ambos se dicen fundadores del psicoanálisis. Janet no es psiquiatra, pero practica la psiquiatría, es un filósofo y al mismo tiempo quiere separar la psicología de la filosofía, se opone al dogmatismo, pero construye un sistema para representar el psiquismo, rechaza la doctrina psicoanalítica de Freud y al mismo tiempo se presenta como su inventor. Al practicar la psiquiatría, admite un inconsciente psicológico, a costa de romper con el cartesianismo clásico, pero afirmando que sus elementos no son de naturaleza distinta a los de la conciencia, con lo que hace predominar la

conciencia sobre lo inconsciente en la cura y termina diciendo que el psicoanálisis aterroriza a sus víctimas dando caza a sus traumatismos infantiles. Acusa la conceptualidad freudiana de ser una filosofía y no una medicina, una mística y no una terapéutica, su resistencia es teórica, evita los aspectos relacionados con la sexualidad por sistema, sustentado por el racionalismo científico.

La doctrina de Jung alcanza a tener también su influencia en el territorio francés. Por su parte, Alphonse Maeder, más seguidor de Jung que de Freud, compara el inconsciente dinámico de Freud con el estático de Janet, sin tomar partido por ninguna de las doctrinas y sin señalar su antagonismo, anota aportaciones del psicoanálisis al campo de la psicosis y afirma el carácter lúdico del sueño, sin embargo, omite —como hecho significativo— toda alusión a la sexualidad y la referencia a la libido. El conflicto entre Jung, Freud y Bleuler se concreta cuando éste último inventa la noción de pansexualismo para caracterizar peyorativamente a la doctrina freudiana. En Francia, la resistencia al psicoanálisis se organiza alrededor del mismo tema, pero con alcances diferentes ya que, el espíritu médico domina el conjunto de las ciencias humanas, se mantiene fiel a la tradición psiquiátrica jerarquizada, autoritaria y dogmática, incluso sin sus metas progresistas y, apegándose a la norma que se esclarece desde la patología. El considerable desarrollo de la psicología, está más vinculada a la filosofía fundada en el primado de la conciencia mostrándose poco permeable a la concepción del inconsciente "dinámico".

Los términos como el inconsciente de las muchedumbres, de las profundidades, de la herencia y de la hipnosis constituyeron la primera vertiente de un territorio francés en donde la psiquiatría toma un nuevo impulso. En esta primera vertiente se desarrollaron dos tendencias contradictorias a partir de los principios de la heredo-degeneración, una tendencia apegada al marco nosológico de la corriente médica y, la otra más partidaria de la desigualdad, del antisemitismo y de la xenofobia. Hubo una segunda vertiente que se da con el advenimiento de la psicología que transforma los ideales de la herencia, abandona la degeneración y se encuentra con el dinamismo, permaneciendo como centro de todo esto, la batalla contra el "pansexualismo".

Mientras que en Alemania la psicología se desarrolla al amparo de lo experimental con Wundt, en Francia se mantiene el espíritu médico y prefiere el proceso psicopatológico. Sin embargo, la escuela francesa de psicología marca la paradoja entre el seguimiento al espíritu médico y su influencia filosófica, dándose así una lucha por su autonomía de ambas ciencias. De ahí que, la resistencia al psicoanálisis es reforzada por la existencia de doctrinas sólidamente implantadas, y al mismo tiempo permeables y refractarias a las doctrinas venidas del extranjero.

Después del Congreso de Londres en 1913, los partidarios de Janet empiezan a alejarse de él y la introducción del psicoanálisis en Francia es representado de manera oficial por Régis y Hesnard, quienes lo presentan como un método nuevo y original. Para 1915, el psicoanálisis es reconocido como tal: se le critica, se le deforma, se le rechaza o se le admira, pero empieza a operarse una inversión en los modos de pensarlo en Francia. Una vez que llegó a ser admitido en el territorio francés, el psicoanálisis pasó a ser parámetro para la psiquiatría, la psicología, la filosofía y la literatura, en lo que se refiere al campo de lo inconsciente, del sexo y de la locura. Durante la Primera Guerra Mundial, este panorama permanece inalterado, los primeros discípulos de Freud en Francia, no se parecen a sus homólogos vieneses, alemanes, suizos, húngaros o americanos, ninguno de ellos tiene suficiente envergadura literaria o teórica, son psicoanalistas que nacen entre 1880 y 1885, hombres y mujeres que se analizan entre ellos y, algunos de los cuales, forman discípulos.

Al término de la Primera Guerra Mundial, el ambiente en Francia ya no es el mismo, se fortalece la germanofobia, el antiamericanismo y, en general se rechaza lo extranjero acentuándose el nacionalismo. Existe en general un anti-freudismo. El surrealismo, el psicoanálisis, el bolchevismo y la teoría de la relatividad de Einstein tienen porte de revolución. El psicoanálisis se introduce en Francia por el terreno dominante de la psiquiatría y siempre del mismo modo: en un marco ideológico que es el de los adversarios de Freud y al cual intentan adaptarse.

## El psicoanálisis en Francia

*"No se trata para nosotros de un retorno de lo reprimido, sino de apoyarnos en la antitesis que constituye la fase recorrida desde la muerte de Freud en el movimiento psicoanalítico, para demostrar lo que el psicoanálisis no es, y buscar con ustedes el medio de volver a poner en vigor lo que no ha dejado nunca de sostenerlo en su desviación misma, a saber el sentido primero que Freud preservaba en él por su sola presencia..."*<sup>2</sup>

Entre los primeros doce psicoanalistas de Francia se encuentran Hesnard, René Laforge, Edouard Pichon y Marie Bonaparte. En el periodo que va de 1919 a 1945, comienza la introducción, la defensa y la ilustración del pensamiento psicoanalítico en Francia, se traducen los trabajos más importantes de Freud, Anne Berman se convierte en la principal traductora de sus obras al francés. El psicoanálisis encuentra simpatía en ambientes intelectuales, artísticos y surrealistas, no así en el ambiente médico.

Angelo Louis Marie Hesnard, nace en 1886, neurólogo, alumno de Charcot y más tarde de Régis, se considera el pionero del psicoanálisis en Francia. Se dedicó al psicoanálisis a partir de 1913 y más tarde trata de combatir la psiquiatría patrioterista autoritaria, hereditarista y tradicionalista con la nueva psicología dinámica. En 1923, participa en los debates acerca del psicoanálisis en la Sociedad de Psiquiatría de París y, en 1925, entabla polémica con el filósofo marxista Georges Politzer en defensa del psicoanálisis. En una publicación hecha por Régis y Hesnard, Ferenczi les critica la confusión creada con respecto a los elementos fundamentales del psicoanálisis señalándoles que confunden subconsciente, preconsciente, inconsciente y consciente, que tergiversan la noción de sexualidad y de la libido en la teoría freudiana. Después de la muerte de Régis, Hesnard afirma que las críticas hechas al libro corresponden a aportes de Régis y no suyos, no hace una refundición teórica de un profesor anterior, sino que se adapta a la nueva situación. Acaba despojando al freudismo de

<sup>2</sup> Lacan, J. *La cosa freudiana o sentido del retorno a Freud en psicoanálisis*, en Escritos I, Editorial Siglo XXI, México, 1978, p. 386.

lo esencial de sus hipótesis, desechando la etiología sexual de las neurosis y poniéndose al servicio del eclecticismo. Al final de su vida se alzaría en defensa del lacanismo, criticando al mismo tiempo lo esencial de su contenido sobre todo la estructura de lenguaje del inconsciente, tal como Freud introdujo la sexualidad.

A partir de 1921, Eugénie Sokolnicka, polaca empapada de cultura francesa y alumna de Freud, llega a Francia siguiendo su consejo y, siendo especialista no médico en psicoanálisis del niño, comienza a trabajar con adultos en el Hospital de Sainte Anne, pero no consigue hacerse reconocer en el mundo médico y deja de trabajar en ese hospital. Realiza sus primeros análisis didácticos, el de René Laforgue y Edouard Pichon, participa activamente en la fundación de la Sociedad Psicoanalítica de París en 1926, de la que será vicepresidenta. A su muerte sucederá, en la formación de analistas, R. Loewenstein.

René Laforgue, nacido en 1894, de formación psiquiátrica, defiende en 1919, su tesis sobre la terapéutica psicoanalítica de los esquizofrénicos, trabaja en el Hospital de Sainte Anne, a pesar de sus reticencias personales contra el contexto germánico del psicoanálisis, se convierte en el primer discípulo francés de Freud y en el líder del movimiento francés. Laforgue intenta ampliar la conceptualidad freudiana, sobretudo en relación al tratamiento de la esquizofrenia y se desarrolla como un gran clínico, sin embargo, tiene una gran debilidad, no se constituye como un gran teórico, por lo cual cree que, para introducir una doctrina, se puede separar su forma de su contenido y ceder con lo uno para proteger lo otro. Pronto se ve desgarrado por las exigencias de Pichon y las de Freud, ambos intransigentes en materia de conceptualidad. Hasta 1923, se mantiene entusiasmado con la teoría freudiana e incluso mantiene correspondencia con Freud haciéndole saber sus proyectos en Francia. Sin embargo, ese año firma un artículo con Pichon donde marca su ambivalencia frente al psicoanálisis y, para 1932 acaba cayendo en la trampa de la elaboración de una psicología colectiva, reintegrando la noción del superyó en la problemática social y desviándose de los conceptos básicos del psicoanálisis. Su posición dentro del movimiento psicoanalítico siempre fue muy cambiante.

Edouard Pichon, nacido en 1890, médico pediatra, se desarrolla tanto en su carrera médica como en la psicoanalítica y en la lingüística; se orienta a la neuropsiquiatría infantil, partidario de Anna Freud en contra de Melanie Klein y, sus trabajos servirán con gran éxito a médicos y a educadores. Hostil al judaísmo, yerno de Pierre Janet, miembro fundador de la Sociedad Psicoanalítica de París (SPP), intenta afrancesar la conceptualidad freudiana dándole los sólidos cimientos dentro de una raza o una mentalidad. Es adepto a la psiquiatría dinámica moderna, su orientación tiende a volver a llevar el freudismo a la medicina, separando la teoría, considerada dogmática, de la práctica asimilable al espíritu francés. Defiende la formación médica de los psicoanalistas, acepta la regla fijada por la IPA (International Psycho-Analytical Association, fundada en 1910 en el Congreso de Nuremberg), del análisis didáctico obligatorio, pero rechaza el principio del internacionalismo. Los conflictos dados posteriormente entre Viena y París estallan siempre a propósito de las teorías pichonianas y, es considerado por Freud como alguien que está en contra del psicoanálisis, aunque nunca se enfrentan directamente sino a través de Laforgue y Marie Bonaparte. En su posición de gramático, Pichon entra en contradicción radical con su postura ante el psicoanálisis, se acerca al primado del inconsciente sobre la conciencia por el lenguaje. Es el primero en la historia del movimiento psicoanalítico que opera, a partir de la lengua, una conjunción que más tarde Lacan recogerá en su lectura de los textos freudianos. Acaba por confundir la teoría freudiana con una tiranía, poniéndola al mismo nivel del nazismo, el bolchevismo y el frente popular.

Marie Bonaparte, nacida en 1882, sobrina biznieta del conquistador, comienza a trabajar en hospitales en 1923 y a hacer investigaciones sobre la sexualidad femenina. Conoce a René Laforgue y se hace analizar por Freud a los 43 años, a partir de 1925, antes de la constitución de la Sociedad Psicoanalítica de París, va y viene con regularidad entre los analistas franceses y la Sociedad de Viena, convirtiéndose progresivamente en representante legítima de la ortodoxia freudiana. Mantiene una relación muy cercana con Freud, financia el movimiento psicoanalítico francés, le da cimientos institucionales, emprende traducciones, interviene ante las autoridades en pro de la causa y llega a publicar ella misma sus obras con aprobación de Freud. Se da una gran rivalidad entre el dogmatis-

mo de Pichon y la ortodoxia freudiana de Marie Bonaparte. Francia en este tiempo no tiene una posición definida o innovadora frente al psicoanálisis, ni es totalmente hostil al freudismo ni adeptas a la política vienesa.

En 1926, el psicoanálisis es legalizado por la vía berlinesa y luego definitivamente estandarizado bajo el impulso de la línea anglo-americana. El 4 de noviembre del mismo año, nace la Sociedad Psicoanalítica de París (SPP), entre los que la fundan están René Laforgue (presidente), Eugénie Sokolnicka (vice-presidente), Rudolph Loewenstein (secretario y tesorero), A.L.M. Hesnard, Edouard Pichon, Adrien Borel, René Allendy, George Parcheminey, Marie Bonaparte, a quienes luego se añaden Henri Codet y los suizos Raymon de Saussure y Charles Odier, con quienes queda constituido la sociedad de los doce. Más tarde Sacha Nacht y Michel Cénac se adhieren en 1929, Pierre Mâle en 1932, Marc Shlumberger en 1933 y Jacques Lacan en 1934, todos ellos, entre otros, formaron parte de la segunda generación de psicoanalistas y del primer grupo psicoanalítico francés.

Cuando se crea la SPP se plantea por primera vez la cuestión de un vocabulario de los conceptos analíticos con el fin de encontrar una traducción francesa adecuado a los principales términos freudianos, pero, es hasta 1967 que se concluye este trabajo llevado a cabo por Jean Laplanche y Jean Bertrand-Pontalis (analistas de la tercera generación, ambos analizados por Lacan) bajo la dirección de Daniel Lagache. Sin embargo, las principales contradicciones del movimiento psicoanalítico francés durante los años 1926-1938, se dan a raíz de la ortodoxia médica de la IPA y dentro de la SPP. Muchas de las luchas que se desarrollan dentro de la IPA tiene que ver con el vasto problema de las nacionalidades de los analistas. Contra el patriotismo médico francés, estrictamente médico, representado por Pichon y la minoría, Freud defenderá la corriente adaptativa de la IPA, cuyo punto de vista no comparte, pero al que están adheridos Saussure, Odier, Loewenstein y Marie Bonaparte. Para Freud, frente a Francia, es mejor un internacionalismo triunfante que desaprueba el psicoanálisis francés que le parece peligroso y más alejado de su descubrimiento que las posiciones de la IPA. En la SPP las verdaderas divergencias se producen a esca-

la de lo que ocurre en el movimiento internacional, tienen que ver con la técnica analítica y con la tradición médica como parte de la formación de los analistas.

Las resistencias mutuas entre la psiquiatría y el psicoanálisis forman tres tendencias: el *asimilacionismo*, que consiste en hacer depender el psicoanálisis de la medicina, separando la técnica de la doctrina (Dalbiez y Pichon); el *separatismo*, que conduce a un alejamiento del psicoanálisis de la psiquiatría sin dejar de mantener el ideal médico y psiquiátrico (M. Bonaparte y la IPA); la *confrontación*, que tiende a no mezclar los territorios, incluso si para ello hay que dotar a la psiquiatría de un sistema teórico propio que tenga en cuenta el descubrimiento freudiano (Minkowski y Henry Ey). La refundición crucial con la que se concreta una nueva forma de introducir el freudismo en Francia, interviene en el seno de la comunidad psiquiátrico-psicoanalítica entre la primera y segunda generación de psicoanalistas en Francia. Esta nueva forma desembarcará a través de la obra de Lacan, en el retorno a Freud con respecto al psicoanálisis.

Muchos de los analistas franceses o radicados en Francia y afiliados a la IPA o a la SPP, hacen sus aportaciones a la teoría freudiana, convergen o divergen de ella, otros emigran a Estados Unidos a raíz de la Segunda Guerra Mundial. Rudolph Loewenstein formará a la mayoría de los analistas didácticos de la primera y de la segunda generación, entre sus analizantes estuvieron Sacha Natch, Jaques Lacan, John Leuba, Michel Cénac, Pierre Mâle y Daniel Lagache; más tarde emigra a los Estados Unidos y forma con Kris y Hartmann la *egopsychology*. René Laforgue por su parte, es el didáctico de Juliet Faz-Boutonier, de André Berge, de Georges Mauco, de Marc Shlumberger, de Fracoise Marette-Dolto y de Philippe Marette.

De 1939 a 1945, tiempo de la Segunda Guerra Mundial el grupo se esparce. Junto al patriotismo francés se da el antisemitismo que no deja de marcar al movimiento psicoanalítico. La germanofobia es un resorte más potente que el antisemitismo en una Francia en permanente estado de guerra ideológica contra Alemania. Freud es visto más como alemán que como judío, razones que influyen en la resistencia francesa al psicoanálisis. A raíz de la guerra, De Saussure y Loewenstein se instalan en Nueva York, Borel dimite, pero aún sub-

sisten Laforgue, Marie Bonaparte, Percheminey y Françoise Dolto, Serge Lebovici, Maurice Bouvet, J. Boutonnier, Maurice Benassy, Francis Pasche, etc.

Después de la guerra, el movimiento psicoanalítico comienza un cambio considerable, empieza a expandirse, se le plantean problemas diferentes que provienen tanto de las relaciones con las ciencias humanas como del corporativismo y, penetra en los medios psiquiátricos. El Instituto de Psicoanálisis, fundado con la SPP es reconstituido como un centro donde se ejerce el psicoanálisis y como organismo de formación. Ante la dirección tomada por los psicoanalistas en Estados Unidos, los psicoanalistas franceses de la segunda generación se oponen a la revisión del freudismo que recorre las sociedades estadounidenses y, desde 1950 se asiste a una confrontación entre la escuela francesa del psicoanálisis, que intenta recuperar el impulso del mensaje freudiano, y una escuela estadounidense, más pragmática, que pretende liquidar los restos de la enseñanza vienesa (Roudinesco, 1988, T.I. p. 180).

En la década de 1953 a 1963, el psicoanálisis en Francia vivió escisiones al interior de la SPP, en su mayoría relacionadas con la formación de los psicoanalistas y los aportes de Lacan a partir de una relectura de la obra de Freud. Entre sus más fuertes adversarios estuvieron Sacha Nacht y Marie Bonaparte. En el gobierno de la SPP se venía reeligiendo a Sacha Nacht como su presidente desde 1947 a 1952. La crisis que culminó con la división fue la aprobación de los estatutos para el instituto de enseñanza en los que el diploma de psicoanalista estaba reservado a los médicos. Marie Bonaparte se opone por ser no médica y obliga a Nacht a renunciar, es entonces que se elige a propuesta de Nacht, a Lacan como presidente del instituto a título provisorio y único momento en que Marie Bonaparte está de su lado por apoyar a los no médicos en el ejercicio del psicoanálisis. Lacan con intención conciliadora propone otros estatutos en los que aprueba la formación de los analistas no médicos siempre y cuando los pacientes que se les confiaran fueran por parte de los psicoanalistas médicos. Pierde el apoyo de Marie Bonaparte y su grupo. En mayo de 1953, el grupo de Nacht reglamenta el análisis didáctico y la escolaridad en el instituto. Se fijan entre 250 a 300 sesiones de 45 minutos cada una para el análisis didáctico. Los alumnos de Lacan empiezan a rebelarse rechazando

las exigencias autoritarias y las cargas económicas y Lacan a ser acusado de motín. El 16 de junio del mismo año, se le quita el cargo de presidente de la SPP y Lacan deja su mandato. Se le acusa también de no apegarse a las reglas técnicas establecidas por la SPP y su diferencia con respecto a la formación psicoanalítica de manera exclusiva a los médicos. El conflicto es llevado hasta la IPA y, Lacan, seguido por Laforgue, Daniel Lagache, la señora Favez-Boutonnier, Françoise Dolto, Reverchon-Jouve constituirán la nueva Sociedad Francesa de Psicoanálisis (SFP), mientras que Sacha Nacht, Serge Levovici y Maurice Benassy forman un núcleo fiel a la SPP. La línea de división que se mantendrá constante será la de la práctica del psicoanálisis para los médicos y/o no médicos. El grupo lacaniano abogaba por la formación de los no médicos, mientras que el grupo de Nacht por la formación psicoanalítica de los médicos exclusivamente.

Para 1961, al interior de la SFP, sobresalen discusiones y opiniones respecto de la técnica lacaniana, sobretodo en torno a la duración de las sesiones. algunos aprueban dicha técnica y otros la rechazan. En 1963, se da una nueva escisión, esta vez al interior de la SFP. Jacques Lacan funda la Escuela Freudiana de París, mientras que los miembros que han permanecido en la SFP, Lagache, Laplanche, Pontalis entre otros, cambian de nombre por el de Asociación Psicoanalítica de Francia. Los miembros de la Asociación y más adelante los de la escuela lacaniana, van a dar lugar a los principales representantes de la escuela francesa de psicoanálisis y van a ejercer una influencia paralela en las universidades y en los centros de ciencias humanas. Cada uno de los grupos lleva vida independiente y tiene sus propias publicaciones, las diferencias se establecen principalmente, alrededor de la práctica del "control" de los futuros analistas (Roudinesco, 1988, T.II. p, 223s).

La filosofía francesa mantiene un debate con el psicoanálisis y no dejan de ejercer su influencia la antropología estructural de Levi-Strauss, el marxismo y la lingüística, ésta última al estudiar las estructuras inconscientes del lenguaje.

## Principales representantes

*El sentido de un retorno a Freud es un retorno al sentido de Freud.*<sup>3</sup>

Los principales representantes del psicoanálisis en Francia sobresalen a raíz de las escisiones de la SPP (Sociedad Psicoanalítica de París) en 1953 y de la SFP en 1963 que se vivieron al interior del grupos de psicoanalistas. En ésta década de conflictos al interior de la práctica del psicoanálisis en Francia, fue cuando, en la escuela inglesa principalmente, se abordaron las dificultades en torno a la conceptualización y práctica respecto de la contratransferencia, por lo que, no fue un tema ampliamente desarrollado entre los franceses y, los autores que tocaron el tema lo hicieron haciendo referencia a los trabajos realizados por la escuela inglesa, ya sea para comentar, para adherirse o para oponerse a lo trabajado. Entre los autores representativos se consideran a Sacha Natch por sus comentarios sobre la contratransferencia y su adhesión a algunas elaboraciones realizadas entre los ingleses; y, a Jaques Lacan como principal opositor al concepto de contratransferencia de acuerdo a los aportes realizados hasta el momento.

**Sacha Nacht**, nacido en 1901, analista de origen rumano e identidad judía. Ha representado típicamente y marcado de modo profundo el movimiento francés. Estudia medicina en Francia y se interesa por la neurología bajo la dirección de Charles Odier. Se orienta hacia la psiquiatría, e intenta hacer del psicoanálisis una práctica terapéutica emparentada con la base organicista. Es testigo de las primeras investigaciones psicoanalíticas en Francia, de las primeras traducciones de Freud y, en 1925 forma parte de la Sociedad Psicoanalítica de París en el momento de su fundación, de ahí, toda su vida se verá ligada a la institución. Hace aportes al psicoanálisis sobre los trastornos mentales y las pulsiones y, hace también observaciones referentes a las indicaciones o contraindicaciones del tratamiento analítico, la dinámica de la cura y el fin del tratamiento. Es conservador, prefiere la competencia de los valores burgueses y deja en sus alumnos la dura marca de una buena escucha de la transferencia, ana-

---

<sup>3</sup> Lacan, J. *La cosa freudiana o sentido del retorno a Freud en psicoanálisis*, en *Escritos I*, Editorial Siglo XXI. México, 1978, p. 388

liza a varios psicoanalistas de la segunda y tercera generación, dedicando gran parte de su ejercicio a la formación didáctica. Durante la ocupación nazi, se ve obligado a esconderse por su identidad judía.

Juega un papel importante en la práctica del psicoanálisis en Francia, miembro de la Sociedad Psicoanalítica de París (SPP), preside su gobierno durante cinco años, siempre fue autoritario y partidario de la formación analítica exclusivamente para los médicos y adherido a los criterios de la IPA. Pese a las divergencias, fue gran amigo de Lacan. En 1956 sufre un accidente que le impide continuar dirigiendo el Instituto sin por ello dejar la escucha analítica. Se ve reemplazado progresivamente por Serge Lebovici, cuya política más flexible permite el acceso de algunos no médicos al psicoanálisis.

En un encuentro franco-británico, presenta su primera contribución importante sobre el papel del yo en la técnica psicoanalítica. En los años cincuenta vuelve sobre el tema de diversas maneras, negando y luego aceptando la corriente de la *Ego Psychology*. Con respecto a la contratransferencia, habla de la maestría con que debe manejarla el analista, adhiriéndose con ello a la concepción inglesa de la contratransferencia como un fenómeno normal en el tratamiento, pero con sus variantes, entre las que señala la importancia de la neutralidad del analista, hace referencia a la dosificación de silencios e intervenciones y a la presencia del analista como un elemento importantísimo.

Desde la escisión de 1953, Natch permanece adherido a los criterios de la IPA con respecto a las cuestiones técnicas del análisis y a la dirección de la cura, lo que, lo coloca asimismo dentro de los criterios de las escuelas anteriores con respecto de la contratransferencia como motor de la cura.

**Jaques Lacan** nace el 13 de abril de 1901 en una familia católica de la burguesía media parisina. Estudia medicina y realiza su internado en el Hospital Saint Anne en 1926. Para 1928, trabaja en el Asilo Especial para Alienados de la Prefectura de policía, donde se interesó por el estudio de la paranoia y en 1932 publica su tesis doctoral titulada: "De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad", desde el punto de vista psiquiátrico. Ese mismo año inicia su análisis con Rudolph Lowenstein, de quien había sido alumno.

En 1934 se adhiere a la SPP y contrae matrimonio con Marie-Luise Blondin, con quien tiene 3 hijos. En 1936 es médico de los hospitales psiquiátricos, asiste al Congreso de la IPA en Marienband, donde Lacan expone sus teorías sobre el *estadio del espejo*, expresión tomada de Henry Wallon pero con un sentido diferente. En 1938 es titular de la SPP. Toma conciencia de la necesidad de una organización de la formación didáctica pero, aunque no rechaza la vía universitaria ni la vía médica, está a favor de la formación de los no médicos y siempre bajo la primacía de una política del psicoanálisis. En su posición al respecto dentro de la SPP, señala la necesidad de que el análisis didáctico dure al menos cuatro años y haya dos controles obligatorios realizados por titulares que no sean el didáctico. Habla de formación teórica como necesaria y considera que los diplomas y reconocimientos no suficiente.

En 1949, Nacht somete a votación la modificación de los estatutos de la SPP en la que delega autoridad a la Comisión de Enseñanza la selección orientada de los candidatos. Ese mismo año, durante el Congreso de la IPA en Zurich Lacan presenta un trabajo sobre el estadio del espejo como formador del yo y cómo se manifiesta en la experiencia analítica. En 1952 analiza a Didier Anzieu, hijo de la paciente psiquiátrica de la que habla en su tesis de psiquiatría, sin embargo no lo reconoce como tal. Anzieu termina su análisis y se hace teapeuta y, más tarde, crítico acérrimo de Lacan.

El 20 de enero de 1953 fue electo presidente de la Sociedad de Psicoanálisis de París (SPP), año en que fue publicada su conferencia dictada en Londres en mayo de 1951 ("Some reflections on the Ego". Citado por Braunstein, 1992, p. 163) en el International Journal of Psychoanalysis y, el 16 de junio fue obligado a renunciar. Entre las acusaciones que se le hicieron están principalmente las relacionadas con el acortamiento de las sesiones que generó desconfianza y sospechas de herejía de acuerdo a los criterios establecidos por la IPA, así como su desacuerdo respecto a la exclusividad de la formación psicoanalítica entre los médicos. Ese mismo año Lacan funda la Sociedad Francesa de Psicoanálisis (SFP) y empieza a dictar sus Seminarios, convoca un retorno a la lectura de los textos de Freud; en septiembre asiste al Congreso de Roma, en el cual emite el discurso de "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psi-

coanálisis", conocido como el Discurso de Roma y que marca una ruptura doctrinaria de su autor con los criterios de la institución psicoanalítica oficial. Realiza una revisión del estadio del espejo, donde plantea la relación entre los simbólico y lo imaginario, conceptos elaborados entre 1953 y 1960.

La escisión de 1963 en torno a la técnica psicoanalítica de Lacan, hace que éste promueva la fundación de la Escuela Freudiana de París (EFP) en junio de 1964, a través de la cual puede contribuir a la formación de nuevos analistas, a la divulgación de sus aportaciones al psicoanálisis que partirán siempre desde una relectura de las obras de Freud, así como el dictado de sus Seminarios que se extienden hasta la disolución de dicha escuela promovida por el mismo Lacan en 1980.

Una de las preocupaciones de Lacan fue la reformulación de la práctica actual del psicoanálisis. Con su promulgación de un retorno a Freud, critica la progresiva degradación tanto de la teoría como de la práctica psicoanalítica y la tendencia de las nuevas generaciones de analistas de reconducir el psicoanálisis al ámbito de la psicología general. Las elaboraciones teóricas de Lacan se vieron influenciadas por su maestro en psiquiatría Clembault; el surrealismo, Salvador Dalí entre otros; la filosofía, entre otros autores Hegel, Heidegger y Alexandre Kojève; la antropología, especialmente Claude Lévi-Strauss, así como por la lingüística, principalmente los lingüistas Ferdinand de Saussure y Roman Jakobson.

Actualmente, la escuela francesa de psicoanálisis sigue por los lineamientos que Lacan hizo de la relectura de las obras de Freud y de sus aportaciones a la teoría y clínica psicoanalítica. Sin embargo, al interior de esta escuela como en las demás, existen diversas sociedades de psicoanálisis que se diferencian entre sí por las elaboraciones posteriores que realizan de los aportes de Lacan a la obra freudiana.

## Algunos aportes de Lacan al problema de la contratransferencia

*"[...] la exaltación fácil de su gesto de arrojar los sentimientos, colocados bajo el capítulo de su contratransferencia [...] la que da testimonio para nosotros de una desgracia de la conciencia correlativa de una dimisión a concebir la verdadera naturaleza de la transferencia."*<sup>4</sup>

Lacan, al hacer una relectura de las obras de Freud, parte del lugar en que Freud mismo descubrió el inconsciente: el lenguaje. Con el estudio de la lingüística, Lacan intenta volver al sentido de Freud y cuestiona muchos de los conceptos elaborados posteriormente por las escuelas postfreudianas de psicoanálisis, tales como la noción de sujeto y el concepto de la contratransferencia. Desde sus primeros seminarios Lacan afirma que el sujeto es un efecto del lenguaje y no al revés, lo que va a marcar desde el inicio las diferencias fundamentales en la concepción del psicoanálisis y en la dirección de la cura.

Lacan se opone abiertamente a las escuelas postfreudianas, especialmente a la anglosajona y americana anteriormente citadas, que realizan desarrollos teóricos que fortalecen el concepto del yo, le dan importancia a su adaptación al medio ambiente y a las exigencias del entorno, y conducen la cura en función de su identificación con el yo del analista. En su primer seminario sobre "Los Escritos Técnicos de Freud", critica la posición de Ana Freud sobre sus desarrollos sobre el yo y su función en el psicoanálisis, afirma que "el yo está estructurado exactamente como un síntoma. No es más que un síntoma privilegiado en el interior del sujeto" y más adelante cita a Melanie Klein que lo define como el "yo humano, a saber, esa serie de defensas, negaciones, barreras, inhibiciones, fantasmas fundamentales que orientan y dirigen al sujeto" y, con ello, cuestiona a su vez el yo del analista en el análisis diciendo:

"[...] he aquí lo grave... —nos permitimos las cosas sin saberlo, tal como el análisis lo ha revelado— hacer intervenir nuestro ego en el análisis. Puesto que se sostiene que se trata de obtener una re-adaptación del paciente a lo real, sería

---

<sup>4</sup> Lacan, J. (1978) *La dirección de la cura y los principios de su poder*. Escritos 2. Editorial Siglo XXI. México.

preciso saber si es el ego del analista el que da la medida de lo real" (Lacan, J. 1996, clase del 13 de enero de 1954)

Lacan afirma que las corrientes psicoanalíticas que privilegian el reforzamiento de las funciones del yo, las relaciones de objeto y los cambios en pro de la adaptación del sujeto al medio ambiente que le rodea, así como la identificación del analizante con el Yo o el Superyó del analista como el fin de análisis desvirtúan la verdadera concepción del psicoanálisis creado por Freud.

Sin profundizar en las elaboraciones teóricas de Lacan, se puede decir brevemente que con su trabajo sobre el Estadio del Espejo, confirmó la concepción que Freud le dio al Yo y su formación como el lugar del narcisismo, de las identificaciones, de la represión y de las resistencias y, por tanto, sella su acción como función de desconocimiento. Señala que, el Yo lejos de ser el motor del análisis, es aquello que el discurso del analizante debe rodear y eludir para lograr su propio reconocimiento (Braunstein, 1992, p.182). Con la elaboración de los tres registros (Real, Simbólico, Imaginario) pudo ubicar la formación del yo en el Registro de lo Imaginario y, el inconsciente como efecto del lenguaje, en el Registro de lo Simbólico. Desde estas conceptualizaciones cuestiona más adelante la posición del analista que escucha a su analizante y la posición del analizante que se manifiesta en su discurso.

Los psicoanalistas que desarrollaron la noción de la contratransferencia, la ubicaron —desde los registros de Lacan— en una dimensión imaginaria, en la que, la relación dual analista-analizado se insertaba en el campo de la intersubjetividad, donde el analista que tiene por ideal ser el "espejo" de su paciente, no le queda otro remedio que el de preocuparse por lo que se refleja sobre el espejo y, entonces, ¿se trata del paciente o del analista?. Al partir de la concepción de una relación dual que produce una comunicación interpersonal, dando por resultado una simetría de deseos (del analista y del paciente), reducen la cura a una dimensión de intersubjetividad en el plano imaginario. Las consecuencias de esto, según Lacan, es que el analista escamotee la responsabilidad en la producción de la verdad inconsciente y se limite al plano de la adaptación del sujeto que conlleva un grado de alienación en los esquemas sociales.

Por esto, al comienzo de sus seminarios siempre cuestionó la noción de contratransferencia —desarrollada por analistas ingleses principalmente— y la consideró reducida al plano imaginario, sin embargo, a partir del Seminario “La angustia”, dictado en 1963, la aborda nuevamente para problematizarla. Ya desde 1953, en su primer Seminario sobre “Los Escritos Técnicos de Freud”, comenta un artículo de Annie Reich sobre la contratransferencia, publicado en el *International Journal of Psychoanalysis* en 1951. En dicho artículo ella hace alusión a sentimientos de hostilidad hacia su paciente y a una interpretación hecha a partir de su contratransferencia, al respecto, Lacan comenta que dichos sentimientos fueron utilizados de manera directa frente al analizante y que, no es que el analista no deba experimentar sentimientos frente a su paciente, sino que debe saber no ceder a ellos, ponerlos en su lugar y usarlos adecuadamente en su técnica. Esto implica que el analista debe cuidarse de elaborar una interpretación de ego a ego, es decir de igual a igual, pues si ella tenía esos sentimientos de hostilidad, los mismos podían ser evocados en el otro en una relación simétrica, donde el fundamento y los mecanismos de la interpretación no se distinguen de los de la proyección. (Lacan, 1996, p.54s). Sin embargo, en la insistencia de los ingleses en la cuestión de la contratransferencia, Lacan reconoció que en esta noción había un retorno de lo reprimido cuya molestia y malestar floreció en todas esas teorías de la contratransferencia, leídas como un anhelo del analista de escapar a la “máquina” de la transferencia y a su lógica intransigente e implacable (Silvestre, M. Et al. 1984, p.12).

Volviendo a Freud, el término de contratransferencia lo introdujo cuando se ve interpelado sobre el vínculo que se instaura entre el analizante y al analista, por las dificultades en el manejo de la transferencia, los aspectos éticos que implica la involucración del analista en la cura y por los efectos que siguen a la posición que ocupa en la transferencia. Como hemos visto en el Capítulo I, la primera vez que menciona la contratransferencia es en “Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica”: “...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...” (1910, p.136). En esta cita, Freud reconoce que el analista experimenta sentimientos

ante su paciente, los cuales debe discernir y dominar, y no precisamente utilizarlos en el proceso del análisis:

"... en el tratamiento psicoanalítico tomen por modelo al cirujano que deja de lado todos sus afectos y aún su compasión humana, y concentra sus fuerzas espirituales en una meta única: realizar una operación lo más acorde posible con las reglas del arte". (Freud, 1912a, p.114)

Con esto Freud habla del silenciamento de los afectos, y no su utilización, para poder llevar adelante lo que procura: una operación analítica. Vuelve a retomar el término en "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia" y, solo para poner en guardia al analista de obrar a partir de la subjetividad de su deseo suscitado por la transferencia del analizante.

En cuanto a la contratransferencia, para Lacan "no es sino la función del ego del analista" (1996, p.43) y que, al ser planteada por las escuelas anteriores implican una relación dual entre analista y analizante, en la que el yo del analista y el yo del analizante se encuentran en una relación simétrica, desde lo imaginario, en la que el yo del analista es propuesto como medida de lo real y modelo de identificación, siendo que es también imaginario, que se soporta en sus fantasmas, barreras e inhibiciones al igual que el del paciente y, el hecho de que haya sido analizado no implica que su yo deje de ser un síntoma. Sin embargo, lo que pide al analista es refrenar la intervención de su yo y descubrir lo que en él puede obstaculizar el proceso analítico, guardarse de proporcionar sustitutos a las necesidades del paciente y trabajar con esas fuerzas pulsionales. Es a esto a lo que Freud se refería con la *abstinencia* al "exigirle que la disciplina dentro de sí (la contratransferencia) y la domine" (1910, p.136; 1914b, p.168; 1919, p.158)

Para Lacan, la contratransferencia no es la parte propia o errónea del analista, los sentimientos que otras escuelas ponen como indicadores en el manejo transferencial, no son negados por él como si no debieran existir, sino que han de ser dominados y no utilizados como motor de la cura. En su seminario sobre "La transferencia" señala que, el hecho de que haya transferencia es suficiente para que el analista esté implicado, implicado en la posición de ser

para el analizante, el que contiene el objeto fundamental que éste busca, instaurando el lugar donde el sujeto puede fijarse como deseo. Señala que lo fundamental, no es que el analista comprenda o no comprenda a su paciente, como señalan los psicoanalistas ingleses, sino que, sabiendo que el deseo es inconsciente, aún no sabe lo que desea el analizante con el que emprende la aventura analítica y el develamiento de su deseo, que es progresivo, depende del reconocimiento de los significantes en la cadena discursiva, lo que implica la abstención del yo del analista que lo coloca en el plano de lo simbólico. (Seminario VIII, 8 de marzo de 1961). Así, más que la involucración de los afectos en la dirección de la cura, Lacan retoma los textos de Freud para privilegiar nuevamente la función de la palabra, afirmar que lo importante no es la reducción emocional del analizante sino el acompañamiento en el descubrimiento del deseo inconsciente que lo habita, que lo conectará con su falta y con la verdad de la radical inaccesibilidad del objeto del deseo.

La *neutralidad*, de la que hablaba Freud como indispensable a mantener en la situación analítica y la cual se ha difundido a través de su metáfora del espejo, ha sido criticada por las escuelas anteriormente citadas por caracterizarla de frialdad frente a los sentimientos del paciente, mostrando a un analista casi inhumano, crítica que deriva de su posicionamiento imaginario, es decir, en el que el analista involucra su yo y sus sentimientos e intenta hacerle entender al paciente que lo comprende en sus sufrimientos. Lacan al respecto, prefiere utilizar la metáfora del muerto, metáfora tomada del juego del bridge y con la que tiende a marcar la posición del analista como la que hace aparecer el saber que el analizante desconoce de sí mismo.

"[...]tal es el nexo, digamos la abnegación que impone al analista la prenda de la partida en el análisis [...] Lo que es seguro es que los sentimientos sólo tienen un lugar posible en este juego, el del muerto; y que si se lo reanima, el juego se prosigue sin que se sepa quien lo conduce". (Lacan, 1978, p.221)

La neutralidad del analista es entonces la neutralidad ante el deseo inconsciente de su paciente que se va develando en el proceso analítico.

En 1963, en su seminario sobre La angustia, Lacan comenta varios artículos sobre la contratransferencia publicados por autores psicoanalistas ingles-

ses en su mayoría y retoma en especial un artículo de Margaret Little titulado "La respuesta total del analista a las necesidades de su paciente" publicado en el volumen 38 del *International Journal of Psychoanalysis* en 1957 para referirse al erróneo planteamiento de la angustia bajo el control de la contratransferencia y ésta como una respuesta que el analista da a las necesidades de su paciente. Hace mención de su honestidad al plantear la respuesta total del analista como un acto de responsabilidad, que lo coloca en una situación comprometida, sin embargo critica la utilización de los sentimientos del analista al escuchar a su paciente, su justificación e incluso su confesión haciéndole notar a éste el grado de responsabilidad que se asume al escucharlo:

"...los sentimientos, —me refiero a los sentimientos del analista— en alguna ocasión pueden ser intimidados a justificarse no solo ante el propio tribunal del analista... sino incluso ante el sujeto, y que el peso de todos los sentimientos que puede experimentar el analista con respecto a tal o cual sujeto embarcado con él en la empresa analítica, pueden llegar a ser no solo invocados sino promovidos para algo que no será una interpretación sino una confesión, entrando por allí en un camino del que sabemos que la primera introducción en el análisis por Ferenczi fue objeto de las más extremadas reservas por los analistas clásicos" (Clase del 30 de enero de 1963)

Diffiere de ella, afirma que es precisamente ese peso de responsabilidad el que no se debe compartir con el paciente ya que correspondería a algo del a seducción y gratificación del analista hacia el paciente y que es algo que debe evitarse (Clase del 27 de febrero de 1963). Señala también que el tema de la contratransferencia no hace sino referir a otro problema, el de la formación del analista, al del hecho de que el analista, si bien nunca va a estar perfectamente analizado y a la teoría analítica, debe ir más allá de los sentimientos del analista, diciendo además que

"en la dificultad de abordaje de esos autores en lo relativo a la contratransferencia, el obstáculo está en el problema del deseo del analista; obstáculo, porque en suma, tomada de forma masiva, es decir, no elaborada como aquí lo hemos hecho, toda intervención de este orden, por sorprendente que parezca, después de sesenta años de elaboración analítica, parece participar de una profunda imprudencia". (Clase del 27 de febrero de 1963)

En el mismo seminario, comentando un artículo de Lucy Tower sobre la contratransferencia, señala que no se puede dar una definición basada solo en la alusión a los sentimientos del analista, sino que "es contratransferencia todo aquello que, de lo que recibe en el análisis como significante, el psicoanalista reprime", es decir que alude a la contratransferencia como la represión en el analista de los significantes que recibe. Sin embargo dice, que no es este el verdadero problema, sino la cuestión del deseo del analista. Hace alusión a la relación entre el deseo y la demanda, el papel que juegan ambos en relación a la angustia. Recuerda sus enseñanzas en su seminario sobre La transferencia y luego menciona que, la mayoría de los trabajos realizados sobre la contratransferencia están hechos por mujeres, que de alguna manera se desplazan mejor en este terreno, en el del plano del amor en la transferencia y en la relación con el deseo del Otro que confusamente llaman contratransferencia, confirmando así que, el verdadero problema está en la cuestión del deseo del analista como función (Seminario X, clase del 27 febrero de 1963).

Lacan, desde 1957, en su texto sobre "La dirección de la cura" (1978) introduce la cuestión del deseo del analista referida a la pura función significante. Ya no se trata para el analista de "ser purificado" —por el análisis de la contratransferencia— de sus impurezas morales, ideológicas o sentimentales. De hecho, el análisis personal del analista se reactiva en virtud de su trabajo con sus pacientes y, en particular, de las dificultades encontradas en el curso de las curas. Si el analista asegura su posición en el lugar del Otro y su función en la mecánica significante, su neutralidad deviene la misma del significante, que sólo produce significación al ser confrontado con otro significante. El deseo del analista lo mantiene en su posición en la escucha, su lugar como Gran Otro al que van dirigidos los significantes del analizante.

Tanto la *regla de abstinencia* como el *deseo del analista* sostienen el proceso transferencial que implica el psicoanálisis. El deseo del analista no puede considerarse como un "querer algo del analizante o para el analizante", pues así su posición se reduciría al plano imaginario al igual que el tratamiento psicoanalítico en su totalidad. Puede señalarse entonces que, la función del deseo del analista es distinta de los deseos propios de un analista. Lacan no hace tal dis-

tinción, al parecer no le interesaba establecerla como si quisiera dar objetividad a uno y subjetividad a los otros, prefería explotar el equívoco. Sin embargo, ambos han de mantenerse en una actitud silenciosa que se abstiene siquiera de insinuarlos, ya que, es poniendo entre paréntesis los deseos personales del analista que puede manifestarse la función del deseo del analista como proveniente del lugar del Otro.

Desde el punto de vista *imaginario*, esto deriva en la no-expresión del deseo del analista hacia el analizante, lo cual implica que el analista mantenga fuera de su práctica desear algo respecto del analizante, desear "hacer el bien", "curar", una determinada respuesta del analizante o que éste se identifique con él como resultado del tratamiento, que se abstenga de todo prejuicio, todo ideología y toda concepción del mundo, de desear de satisfacer las demandas del analizante y de tomar partido en sus conflictos actuales.

Y, como la función del deseo del analista no se refiere al deseo real de la psique del analista sino al deseo que el analizante le atribuye desde que el analista se coloca en el lugar del Otro, implica desde el plano de lo *simbólico* la actitud de abstención silenciosa, la no respuesta a ese "*¿qué me quiere?*" ("*Chez vuoi?*") que desembocará en la construcción del fantasma del analizante con respecto al deseo del Otro y lo conectará poco a poco con su propio deseo y, por ende, con su propia falta. Así, el analista colocado en la posición del Otro ha de mantener su deseo en una actitud de silenciosa, para permitir la proyección del deseo el analizante que entonces, como motor de sus síntomas, donde le es posible rescatar su sentido. El deseo del analista viene a ocupar el sitio de ignorancia, de falta, de agujero, representado en una incógnita para el analizante al que no responde a su demanda de saber y de amor. La función del analista es causar el decir de su paciente, ser causa de su deseo y no ser su deseo, así acepta su función de resto, de "muerto", del que desaparece para que emerja el sujeto del inconsciente.

Cuanto más calla el analista su deseo, se manifiesta más la alienación del deseo del analizante. El deseo del analista no es entonces el deseo personal de un psicoanalista, sino una función esencial para la confesión del deseo por parte del analizante. Solo así se comprende que la imperturbabilidad silenciosa en

el analista, no puede definirse como una pasividad en la técnica analítica, sino por el contrario, como una actitud que, de parte del analista, es totalmente activa. Así, la función del deseo del analista se refiere a su posición dentro de la dialéctica del deseo, tiene como única meta en su accionar, el develamiento del deseo del sujeto como tal, no su satisfacción, el acceso a su saber inconsciente, a su verdad. Solo si colabora en la reestructuración y reorganización del deseo del analizante podrá funcionar propiamente como analista.

Lacan, al hacer una relectura de Freud, indica que el analista solo debe obrar a partir de su puesto en el discurso del sujeto y es a esta posición a la que llamará "el deseo del psicoanalista". Así, lo que en Freud aparece a modo de reglas, Lacan lo expresa en términos de descos: donde Freud pone la abstinencia, Lacan pone el deseo del analista, donde Freud habla de asociación libre, Lacan pone el deseo de saber.

### **La dirección de la cura**

*"¿Qué es hoy una cura psicoanalítica? La segunda regla fundamental — enunciada por Ferenczi—, por la cual el analista tenía que haber sido analizado, trae consigo un doble correlato: el de haber llevado su análisis lo bastante lejos para poner continuarlo al calor de su práctica; y el de poder seguir siendo analista: en consecuencia, capaz de volver a serlo siempre."<sup>5</sup>*

La escuela francesa de psicoanálisis, lejos de considerar superada la teoría de Freud, vuelve a las fuentes, sigue de cerca la relectura de su obra, así como los aportes de Lacan. En cuanto a la dirección de la cura, difieren enormemente de las escuelas anglosajona y americana de psicoanálisis, señalando incluso que éstas han desvirtuado el verdadero sentido del psicoanálisis.

Para Lacan, el eje de la cura no debe centrarse en la contratransferencia porque esto implica poner en el eje de las identificaciones del sujeto el yo del analista que es igual de sintomático que el del paciente. Señala que el "yo" debe

---

<sup>5</sup> Pierre, F. (1995) Crisis y contra-transferencia. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina, p.237

estar ausente, idealmente, pero él mismo reconoce que esto es utópico, ya que no existe un sujeto sin yo. Sin embargo, enfatiza que el analista debe hacer a un lado su "yo" para que no obstaculice el proceso terapéutico; dando a entender que la alianza terapéutica que se establece en la situación analítica, no se trata —como afirman las escuelas anglosajona y americana— de establecerla desde el yo del analista a la parte sana del yo del analizante, porque ambos son un síntoma de la represión, es el yo el que busca la comprensión y la simpatía del otro, del analista, pero no es esto lo que se pretende, no en psicoanálisis, sino acceder al saber inconsciente, así que, que por el contrario, la aceptación de la relación analítica implica el acuerdo de parte del analista de dejar a un lado su yo, atenerse a la *regla de la atención flotante* y a la actitud de la *abstención* y, de parte del analizante, hacer también a un lado su yo ateniéndose a la *regla de la asociación libre*. Por su parte, el analista debe hacer a un lado sus deseos de curar, de ayudar al paciente, de lograr ciertos objetivos palpables en la vida de los analizantes, el que sea realmente analista debe abstenerse de no ratificar al yo en el lugar del espejismo en que habita.

El psicoanálisis visto desde Freud confirma que el Yo no es el centro del sujeto que estructura el mundo objetal como pretende el psicoanálisis oficial, sino que el Yo está estructurado por el mundo simbólico, el sujeto es efecto del lenguaje, que el eje de su vida está fuera de él, en el mundo de la palabra en el que el hablante inserta su palabra y, se pretende en la escucha del discurso del paciente, permitir el surgimiento del deseo del analizante, cifrado en principio en sus síntomas, el descubrimiento de su sentido, descifráble solo a través de la cadena significante que se articula en su discurso como un deseo de saber y deja entrever su verdad surgida desde el inconsciente. Lacan critica la intersubjetividad que se plantea en otras escuelas psicoanalíticas puesto que, plantearse así el proceso analítico, equivaldría a hablar de dos inconscientes, dos transferencias, dos narcisismos, etc., lo que conllevaría una lógica tributaria de una confrontación dual, donde la relación se convierte en una relación simétrica en la que se entrecruzan los deseos del paciente con los del analista para desembocar en el problema de la identificación con el analista al final de la cura (Hinschelwood, R.D. 2000, p. 235).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De esto se derivaron también protestas a la concepción de Lacan, como si pretendiera anular el yo del analista, empresa imposible. Al respecto señala que lo que el analista debe procurar es reconocer en su propio yo a lo que puede trabar el proceso analítico, porque, habiendo admitido que las resistencias son lo propio del yo, y es con este yo con el que llega el paciente, si no las tuviera no sería paciente ni habría análisis. Así, el encuentro con el paciente está marcado por una verdad que busca expresarse (Ello) y por un yo que es resistencia al pasaje de esa verdad al enunciado. Del lado del analista, hay un yo que es tan imaginario como el del paciente pero que, por su formación analítica (análisis, experiencia clínica y conocimiento teórico) es lugar para un reconocimiento posible de la verdad del otro. De tal modo que, para Lacan, hablar de la contra-transferencia es hablar de la transferencia del analista y ésta no es otra cosa que su resistencia porque es él, más que el paciente, el que puede o debiera estar en condiciones de refrenar la intervención de su yo y, "hacerse el muerto cadaverizando su posición"<sup>6</sup>, principalmente a través del silencio que desconoce el despliegue del yo del paciente para dejar emerger en las fallas de su discurso al sujeto descante. Es aquí que señala la importancia del lugar del analista en la escucha, donde el dejar su yo a un lado le permite colocarse en el plano simbólico como receptor de los significantes del deseo inconsciente que ha de reconocer en el discurso del otro.

El analista, según Lacan, está implicado en el proceso con su analizante desde que hay transferencia y en ella, debe ocupar el lugar del sujeto supuesto saber para el analizante, de manera que, el éste pueda llegar al descubrimiento de su verdad. Si el deseo del analista es un lugar, una función que lo mantiene en su posición de analista y ésta debe mantenerse en el silencio, deben también mantenerse de igual modo los sentimientos personales que surgen a raíz de la escucha y que pueden incidir en la interpretación. Pensando en términos de Freud, esto es un síntoma con el que el analista puede arreglárselas, descartando las ideas postfreudianas que colocan la contratransferencia como motor de la cura.

---

<sup>6</sup> Lacan, J. *La cosa freudiana o sentido del retorno a Freud en psicoanálisis*, en Escritos I, Editorial Siglo XXI. México, 1978, p. 173

"Para el sujeto, el borramiento de la persona real e imaginaria de su analista lo deja confrontado con el orden simbólico que presidió su inclusión en el mundo humano. Lo arroja a la búsqueda de su ser quitándole las amarras que normalmente lo sujetan en lo imaginario. Le quita la esperanza de una intervención sugestiva, salvadora de su yo, en la medida en que sería expresión del deseo del analista de suplantar un yo por el otro" (Braunstein, 1992, p. 195)

La labor del analista no consiste entonces en una reeducación emocional del paciente, ni tiene por objetivo lograr una mejor adaptación al medio en el que se desenvuelve. Su trabajo se centra en el análisis del discurso del paciente, donde su yo se exhibe diciendo todo lo que cree saber sobre sí y repitiendo en la transferencia fragmentos de su historia que cree ignorar, discurso en el que racionaliza, deniega, manifiesta su sentir, habla de sus síntomas, cuenta sueños y, donde se manifiestan también sus fallas, donde se disuelven los espejismos del yo y donde se encuentran las resistencias que impiden el acceso a su saber inconsciente, fallas del discurso que el analista puntúa, interpreta para dejar que se manifieste el sujeto verdadero. Desde el momento en que el paciente se cuestiona sobre el sentido de sus síntomas, los cuales desea eliminar, se haya implícita una demanda de análisis en busca de su sentido y es en su propio discurso donde puede encontrarlo, en las huellas dejadas por el pasado que narra, en los significantes que marcaron su existencia desde antes de que llegara él al mundo a decir "yo" y que simboliza en el presente permitiendo la restitución del sentido de su historia.

La cuestión del *acting out*, es otro de los fenómenos ligados a la situación transferencial. Aún cuando ya lo había señalado antes en su "Epílogo" al análisis de Dora, Freud hace alusión al *acting out* en 1914, diciendo: "...podemos decir que el analizante *no recuerda*, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo *actúa*. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo *repite*, sin saber, desde luego, que lo hace." (Freud, 1914a, p.152). En las escuelas psicoanalíticas anteriormente citadas, solo se ha estudiado, a mi parecer, de manera parcial, solo desde la parte del analizante, en el que éste actúa en vez de recordar y detiene el proceso analítico, y que, puede provocar reacciones contratransferenciales en el analista. En estas posturas, al parecer, el analista

no tiene ninguna responsabilidad sobre lo que sucede, solo se preocupa por la manera de reducirlo y hacer que el paciente lo lleve a las palabras, pero no cuestiona el papel del analista en el *acting out* del paciente.

Sin embargo, en este fenómeno participan ambos personajes, el analizante y el analista. Freud advierte que entre las dificultades en el manejo de la transferencia (es la parte del analista) está precisamente el *acting out* (es la parte del analizante), que puede desembocar en una "ruptura prematura" del análisis, como en el caso de Dora. Hace alusión a como mucho de lo que hay en el *acting out*, le está dedicado al analista. En el caso de Dora, hace referencia a un acto de venganza hacia él al no regresar al análisis (1905, p.96) y también agrega: "Yo no logré dominar a tiempo la transferencia; a causa de la facilidad con que Dora ponía a mi disposición en la cura una parte del material patógeno, olvidé tomar precaución de estar atento..." (1905, p.103). Con esto señala que el *acting out*, como una de las dificultades en el manejo de la transferencia, también tiene que ver con el analista. Es sabido que Freud le propuso a Dora continuar trabajando, intentando mantener la regla fundamental a pesar de su fracaso, lo cual no deja de ser una gran enseñanza, retomar el lugar del analista y, si se tiene que retomar, es porque de algún modo este lugar se ha perdido en algún momento de la cura y ha tenido que ver tanto con la actuación del paciente como con la posición del analista y su manejo de la transferencia.

Siguiendo a Freud, en la escuela francesa de psicoanálisis, el *acting out* no solo tiene que ver con la transferencia del paciente sino con la posición que ocupa el analista en la escucha, de entrada, el *acting* es algo que el analizante hace para el analista y no es que el paciente le provoque reacciones contra-transferenciales sino que el analista pierde capacidad para escuchar algo del discurso del analizante: "el Acting abre un espacio donde el analista es un personaje importante en el sentido de que a él es dedicado algo del Acting, algo se le demanda, su presencia, su lugar" (Sawicke, 1984, p.41) hay un decaimiento de su función y de su posición en la escucha. El *acting out* vendría a ser la respuesta a una posición específica del analista respecto de su lugar en la escucha, sin que esto signifique necesariamente un *acting out* de parte del analista.

Otra cuestión en la dirección de la cura es la del *cambio* que puede provocar el psicoanálisis en el paciente. Suponiendo que todo analizante estructura en su demanda el deseo de cambiar, implicaría entender que esa demanda procede de una relación imaginaria que él guarda consigo mismo y con lo que le rodea y su pedido de cambio responde a otro pedido que le exige adaptarse a las exigencias exteriores, a los esquemas sociales que lo enajenan en un mundo de cambios constantes y que lo hacen desconocer su deseo inconsciente que, sin poder expresarse de otra manera, habla con la voz del síntoma. (Braunstein, 1992, p.220). La dirección de la cura no está encaminada a provocar cambios directos en el paciente, ya que en esta pretensión el analista estaría ubicado en la posición imaginaria en la que, involucrando sus sentimientos y sus deseos respecto del paciente y sin abstenerse de ellos en el proceso analítico. Si el analista se encuentra posicionado en el plano simbólico, renuncia a una relación con el paciente en el plano imaginario y a una intervención directa en el plano de lo real (realidad), y entonces, los cambios que se produzcan en el analizante serán la consecuencia de un recorrido en el develamiento de su verdad que lo ubica como sujeto deseante.

Por tanto, no se trata solo de recordar el pasado ubicando cronológicamente los acontecimientos vividos, encontrar la causa del síntoma y eliminarlo para lograr un cambio de conducta demandado por otro (la familia, el entorno social, el paciente mismo) sino de evocar los acontecimientos reales o fantaseados en el orden de la significación, llegar a las construcciones analíticas que permiten reestructurar y significar el pasado vivido como una manera de reescribir la historia, de descubrir su verdadero sentido y, de esta manera, el cambio puede venir como consecuencia de la emergencia del sujeto y de la asunción de su verdad que no se encuentra, sino que se hace, se construye en la situación analítica.

El psicoanálisis así planteado puede quedar ciertamente en desventaja de ante aquellas escuelas de psicoanálisis que ofrecen cambios de conducta respondiendo no solo a la demanda del paciente que los pide, sino a la demanda social que, sumergido en un mundo donde el progreso parece ser la ley, aleja al sujeto de su propio deseo. Sin embargo, el verdadero cambio que propone el

psicoanálisis es una transformación definitiva en el lugar de la verdad, rechazando la ilusión del cambio centrada en la modificación del a conducta, en el éxito social o en las sensaciones subjetivas de bienestar.

Para la escuela francesa, el psicoanálisis para mantenerse fiel a sus principios, que son los de Freud en la totalidad de su obra, ha de volver a sus fuentes, volver al sentido de Freud en la búsqueda de la verdad del sujeto en lo inconsciente. No tiene como objetivo comprender al paciente, reeducarlo emocionalmente, interpretar y vencer las resistencias a lo inconsciente, interpretar la transferencia o si quiera desear un cambio en el paciente con un yo adaptado al medio social o identificado con el del analista, sino un trayecto subjetivo que no solo pretende hacer consciente lo inconsciente según las prerrogativas de Freud sino acompañar, mediante las reglas fundamentales del análisis el recorrido subjetivo del analizante en el reconocimiento de la verdad sobre su deseo y, al articularlo en la palabra para traerlo a la existencia, constituirse verdaderamente como sujeto:

*"El descubrimiento de Freud pone en tela de juicio la verdad, y no hay nadie a quien la verdad no le incumba personalmente... está inscrita en el corazón mismo de la práctica analítica, ya que ésta vuelve a ser constantemente el descubrimiento del poder de la verdad en nosotros y hasta en nuestra carne"*

*(Lacan, J. 1978, p.388)*

## CONCLUSIONES

*"Porque a fin de cuentas al menos esto no puede dejar escapar a los oídos más duros: que en la dificultad del abordaje de esos autores en lo relativo a la contratransferencia, el obstáculo está en el problema del deseo del analista".<sup>1</sup>*

Después de hacer un breve recorrido sobre escuelas postfreudianas de psicoanálisis más representativas, podemos notar que las diferentes concepciones teóricas que tienen sobre la contratransferencia, influyen en la dirección de la cura, ya que, parecen pretender un resultado distinto del recorrido que el analista realiza con su analizante durante el tratamiento analítico. Es evidente que el manejo de la transferencia no resulta sencillo en el proceso analítico, razón por la cual, los analistas se encuentran permanentemente con dificultades en su manejo y, las interpretaciones muchas veces no las resuelven. Al parecer, la utilización de la contratransferencia muestra un modo de abordaje posible, pero que se aleja del camino trazado por Freud. Como sucede con otros conceptos psicoanalíticos, el hecho de atribuir al término "contratransferencia" un lugar distinto en el proceso analítico al que tenía en un principio llevó a una diversidad de usos en la dirección de la cura.

Como sabemos, el término de contratransferencia no fue objeto de una elaboración teórica por parte de Freud, sin duda porque en sus aciertos teóricos y las reconstrucciones posteriores de su teoría, el papel del analista en la dirección de la cura estaba claro: abstenerse de la involucración de sentimientos, afectos, juicios y opiniones personales durante el proceso en general, y más aún, propone de manera continua, discernirlos, dominarlos, y hacerse analizar cada cinco años, como aceptación de un proceso interminable, en el que se revela lo inconsciente como inagotable.

---

<sup>1</sup> Lacan, J. (1962-1963) *El Seminario*. Libro X. La angustia. Inédito, Clase del 27 de febrero de 1963.

Sin embargo, el que escuelas psicoanalíticas posteriores a Freud hayan retomado el concepto y elaborado toda una teoría al respecto, nos invita a no dejar de lado una seria reflexión ética sobre los efectos que el desarrollo dado a este concepto puede tener sobre la clínica y por ende, en el manejo de la transferencia. Como hemos podido observar en este recorrido, los diversos autores de escuelas postfreudianas de psicoanálisis, han interpretado el concepto de contratransferencia dado por Freud, de muy diversas maneras y reflejan la diversidad de esquemas referenciales teóricos imperantes en un momento dado en el curso de la evolución de las teorías psicoanalíticas, con los cuales los analistas han enfocado la relación analista-analizante.

Aunque las distintas posturas suelen tener sus contradicciones, generalmente pueden observarse varias posiciones en torno a la contratransferencia: en algunas predomina la contratransferencia como fenómeno útil para la comprensión del paciente, la configuración del acto interpretativo y la dirección de la cura. En otras, se considera la contratransferencia como un obstáculo para la neutralidad y objetividad que necesita todo analista. Y en otra, sin negarla, exige su dominio, renuncia a centrar en ella la dirección de la cura y la problematiza en relación al deseo del analista como función. Hay autores que incluyen la empatía dentro de la contratransferencia y quienes proponen diferenciarlas como fenómenos dinámicos; hay quienes definen la contratransferencia como la transferencia del analista a su analizado y hay quienes afirman que la contratransferencia establece y determina la transferencia del paciente. Para algunos autores es un fenómeno patológico, para otros es inevitable y útil. Algunos autores han comenzado desde el establecimiento de su existencia en la situación analítica, como contrapartida de la transferencia, hasta el intento de establecer una definición clara, su mecanismo, sus límites y, si tiene sus aplicaciones en la situación analítica, que los exima de la culpa ante el reflejo de sus propios conflictos inconscientes no resueltos.

En la actualidad, la influencia de las tres principales escuelas postfreudianas de psicoanálisis no se limita a las regiones donde nacieron, sino que se extienden a todos los países donde el psicoanálisis ha podido llegar. México en-

re ellos, ha contribuido con sus aportes propios al desarrollo del pensamiento psicoanalítico y la influencia de las tres escuelas está presente en las diversas agrupaciones que se han creado alrededor del psicoanálisis. Los autores mexicanos mencionados en el presente trabajo están adscritos a la escuela americana de psicoanálisis y a la escuela francesa respectivamente. La corriente psicoanalítica "oficial" en México (aceptado y avalado por la IPA) tiene influencia de la escuela americana primordialmente, pero existen también agrupaciones cuyas corrientes de pensamiento están adscritos a la escuela inglesa y francesa de psicoanálisis que, sin ser consideradas ni reconocidas por la IPA continúan haciendo sus aportaciones al campo del psicoanálisis.

En un intento de síntesis, podemos agrupar en cuatro las distintas *concepciones teóricas*:

1. La concepción en la cual la contratransferencia es vista como la reacción inconsciente de los núcleos neuróticos del analista a la transferencia del paciente. Incluye las "resistencias" del analista a raíz de la activación de sus conflictos internos no resueltos que afectan la comprensión y la manera de conducir el análisis.
2. La concepción global, según la cual la totalidad de los sentimientos y actitudes del analista hacia su paciente son considerados como contratransferencia. Esta concepción incluye respuestas emocionales conscientes e inconscientes del analista frente a la transferencia del paciente, así como, las características de la personalidad del analista o sucesos de su vida que pueden influir en la dirección de la cura.
3. Y, la perspectiva de la contratransferencia como complemento de la transferencia del paciente, como producto interactivo del "campo comunicativo" en que participan analista y paciente, con la posibilidad de considerar las reacciones contratransferenciales como provocadas por el paciente y con la diferencia de ser considerado como instrumento para el trabajo terapéutico.
4. Consideración de la contratransferencia como ligada al problema del deseo y, su desestimación como motor de la cura analítica.

La primera concepción es considerada el extremo negativo de las otras tres concepciones, sin embargo no es el que se enfatiza en los desarrollos teóricos de las escuelas inglesa y americana del psicoanálisis, sino que pretendieron dar un sesgo positivo a la contratransferencia para abordar los problemas en el manejo de la transferencia durante el tratamiento analítico. La cuarta postura, se asemeja a la primera, sin embargo, intentando ser fiel a los principios de Freud, no niega su existencia, pero en ningún momento la considera el motor de la cura.

Ciertamente, las diferencias conceptuales conducen a las diferencias clínicas que, en los diversos autores de dichas escuelas, se traducen por lo general en algunas variantes técnicas y en los propósitos mismos del tratamiento:

- La contratransferencia es tenida en cuenta solo cuando hay dificultades, cuando el analista experimenta perturbaciones emocionales que repercuten en su trabajo, lo que indica una mayor necesidad de análisis y la reconsideración de su posición en el proceso analítico.
- Las interferencias en los esfuerzos del analista, causadas por trastornos en su estado emocional, son estudiadas con la intención de saber como ha contribuido el paciente a su aparición.
- La totalidad de la contratransferencia se utiliza como instrumento diagnóstico y para la comprensión del paciente, es decir, es analizada por el analista antes de emitir interpretaciones transferenciales (en las escuelas donde la transferencia es interpretada).

Las escuelas anglosajona y americana de psicoanálisis señalan la importancia de la contratransferencia como motor de la cura y, persisten en ellas las controversias alrededor de hasta qué punto y de qué manera, el curso del proceso puede permitir o exigir al analista expresar de alguna forma, o introducir en la interpretación, los sentimientos que el paciente provoca en él. En sus lineamientos se reflejan las diferencias de criterio sobre el significado y la importancia proporcional de los componentes interpretativos, relacionales y reeducativos de la terapéutica psicoanalítica.

Sabiendo que Freud no elabora ninguna teoría sobre la contratransferencia, si hace referencia a su relación con el inconsciente del psicoanalista a tal grado que, advierte a los analistas sobre el deber de *discernir su contratransferencia y la dominarla*. Hace referencia a que la contratransferencia indica un síntoma con el cual todo analista puede arreglárselas para no ver obstaculizado el proceso del analizante. No se ve ningún indicio alentador en relación a las ventajas que pueden introducir los sentimientos del analista en una cura o de su utilización como eje de la misma.

En los debates sobre la contratransferencia, reinaba la idea de un analista sin sentimientos respecto al analizado y sin deseo, lo cual aparecía como inalcanzable, incluso inconcebible, sin embargo, el error fue irse al otro extremo, para hacer del yo del analista y sus sentimientos el eje de la cura y, derivando la situación analítica en una relación instersubjetiva de confrontación dual.

Tal parece que la idea de un analista deseante no podía funcionar sino reprimida, es decir, que no es que no exista un analista que no desee, sino que su deseo, como función que lo mantiene en su posición de analista, ha de mantenerse en la abstención. Freud, en el estado en que dejó su teoría, no existe la expresión del deseo del analista, sin embargo, deja siempre la tarea de trabajar sobre el retorno de lo reprimido.

En la concepción original de la contratransferencia, tanto la actitud del analista "como un espejo" y la *abstinencia* así concebida por Freud, hace suponer desde el comienzo que la relación analítica se da en un plano disimétrico donde la posición del analista y la del analizante son completamente distintas. En la posición transferencial del analizante, existe una demanda de amor que surge de sus relaciones pasadas, una demanda de saber sobre su sintoma que origina una especial relación con su inconsciente. En la posición del analista existe un "supuesto saber" en el que se sostiene la relación transferencial, no hay demandas sino, por el contrario, ocupa el lugar que hace posible la generación y el descubrimiento del deseo en el sujeto. No se establece una relación real sino en el marco de la transferencia, único marco donde la relación analítica es posible.

Sin embargo, la contratransferencia, vista como un obstáculo, puede alterar los procesos de escucha al analizante y, entre sus manifestaciones pueden encontrarse reacciones tales como, comunicar al paciente aspectos de su personalidad y sus deseos con respecto al tratamiento; puede no escuchar lo que se le dice, olvidar lo que escucha, escuchar e ignorar, escuchar de manera tergiversada, bloquear de algún modo para que no se mencione lo que no se desea oír o, angustiarse ante lo escuchado respondiendo con una actuación. La contratransferencia también puede alterar interpretación, término que también ha sufrido sus modificaciones en las escuelas postfreudianas y que, requiere una mayor profundización. Pero entre sus alteraciones pueden encontrarse: confrontaciones o aclaraciones directas, la comunicación de algo innecesario o en tiempo inadecuado para el analizante, su expresión de manera confusa o tergiversada, o con la intención de que el otro no lo capte, lo tergiversar o simplemente no lo escuche. Todas estas manifestaciones son indicio de una errónea posición del analista y de una mayor necesidad de análisis por parte éste.

Lacan traduce estas manifestaciones como una posición errónea del analista en la escucha, como la represión que éste hace de los significantes que recibe y por tanto, que atañe a problemas personales del analista, es decir, a la resistencia del analista al análisis mismo. Sin embargo, en su postura, no niega que existan sentimientos de parte del analista hacia lo que escucha de su paciente, lo importante es ubicar eso que le pasa y no involucrarlo, ni para bien ni para mal en la dirección de la cura.

Las tres grandes corrientes postfreudianas, americana (la psicología del yo), inglesa (kleiniana) y la francesa (lacaniana), no han tenido buenas relaciones entre sí, han realizado distintas lecturas de Freud que han provocado a lo largo de la historia del psicoanálisis distintas posiciones frente a su teoría, o han tomado para su marco teórico solo algunos conceptos o difieren radicalmente de su teoría, dando origen a las distintas psicoterapias que, sin dejar de tener ciertos efectos, se alejan del psicoanálisis creado por el mismo Freud. El cuerpo teórico del psicoanálisis surgió de la experiencia clínica y sirvió poste-

riormente de orientación en la práctica analítica, por lo que, el modo como se aborda determina la dirección de la cura.

En lo personal, después de haber hecho un recorrido histórico alrededor de este concepto y haberlo confrontado desde mi corta experiencia en la escuela, he optado por la vuelta a la lectura de Freud, para reconocer que la contratransferencia, lejos de ser el motor de la cura, es algo con lo que el analista puede y debe arreglárselas por su formación analítica, discerniéndola, dominándola y tomando por modelo al cirujano que "...deja de lado todos sus afectos y aún su compasión humana, y concentra sus fuerzas espirituales en una meta única: realizar una operación lo más acorde posible con las reglas del arte". (Freud, 1912a, p.114)

El tema de la contratransferencia ha sido objeto de muchos debates por las implicaciones éticas del tratamiento, sin embargo, creo que parte del problema se encuentra en la formación de los analistas, en la que no basta la enseñanza teórica si no va acompañada de la experiencia analítica. El problema de la formación de los analistas es retomado también por las diferentes escuelas postfreudianas, y genera distintos abordajes que abarcan las reglamentaciones institucionales acerca del tiempo de análisis, de supervisión y formación teórica, así como el análisis del simple deseo (que no es tan simple, por cierto) de ocupar el lugar de analista con las implicaciones correspondientes. Por esto creo que, el problema de la contratransferencia no es algo que solamente esté ligado a la formación del analista sino al constante cuestionamiento ético en el mantenimiento de la posición de analista. Con esto quiero suponer que, todo analista tuvo que pasar por un proceso de transición para ocupar ese lugar, y en ese proceso se juegan muchas cosas: su análisis personal, la reconsideración de lo que pasó en su tiempo de análisis a ese sujeto, una modificación en la relación con su analista, la relación con la institución (entiéndase institución como los diferentes grupos de psicoanalistas con los que el futuro analista puede tener una transferencia), así como el inicio de una práctica profesional que nuevamente reactiva el análisis personal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En este sentido, el análisis personal del analista ha de reactivarse en el trabajo con sus pacientes, en las dificultades encontradas en el manejo de la transferencia y en el curso de las curas. Esto de alguna manera implica un constante cuestionamiento de su posición en la escucha, la ubicación de su transferencia respecto del paciente —la contratransferencia— en los procesos analíticos en los que se ve implicado y, el hacerla intervenir o no en la dirección de la cura dependerá, de hecho de su formación.

Considero que, la invitación de Lacan a una relectura de la obra de Freud nos conduce al redescubrimiento de su sentido y a un replanteamiento ético de la posición del analista en la escucha. Llegar al análisis de ese deseo de “estar ahí” en la escucha y de ser el sostén de la transferencia en el proceso analítico tiene sus implicaciones éticas, la asunción de la responsabilidad en el mantenimiento del deseo y la introducción del sujeto en la dinámica del suyo propio en la aventura analítica, exige que la contratransferencia, siendo la transferencia del analista, deba ser ubicada y dominada, trabajada como parte de sus resistencias, y no considerada como brújula en el tratamiento. El que un analista se proponga como modelo de identificación para su analizante, que haga de sus sentimientos el instrumento para “emitir un diagnóstico” o dirigir una cura, habla a mi parecer, de una fantasía de completud narcisística que no da cabida a la consideración de la propia falta, falta que mantiene un vacío del que emerge un sujeto de deseo presente, tanto en él mismo como en su analizante.

Si todo lo que se ha articulado bajo el concepto de contratransferencia existe en el yo imaginario del analista, éste, por su análisis personal, su formación y compromiso con el psicoanálisis, debe hacer a un lado su yo para privilegiar la función de la palabra como lo hizo Freud desde el principio. La experiencia analítica que se desprende de la obra de Freud y de la propuesta de Lacan, lejos de constituirse como una intelectualización de la aventura analítica, pretende facilitar al sujeto el acceso a su propia verdad mediante el recurso de quitarle los soportes imaginarios (de su Yo) que habitualmente le permiten reconocerse desconociéndose realmente.

En lo personal, esta inquietud surgida a raíz de la escucha de pacientes que, con su discurso han despertado cuestionamientos éticos con respecto a mi posición en la escucha, se ha clarificado con la investigación sobre lo que las escuelas postfreudianas de psicoanálisis hacen con la contratransferencia y me ha ayudado tomar mi propia postura, la de volver a Freud, intentar su relectura desde Lacan para ubicar la contratransferencia, lo que puedo hacer con ella, llevar al análisis personal lo que me pasa cuando escucho y no hacerlo jugar ni para bien ni para mal en la escucha de un paciente, puesto que está en juego su deseo.

**TESIS CON  
FALLA DE CUBIEN**

## BIBLIOGRAFÍA

- Abadi, S. (1996) *Transiciones. El modelo terapéutico de D.W. Winnicot*. Editorial Lumen, 1ª edición. Argentina.
- Arcangioli, A.M. (1996) Introducción a la obra de Winnicot, en Nasio, J.D. (comp.) *Grandes Psicoanalistas*, Vol. II. Editorial Gedisa, 1ª edición, Barcelona.
- Asociación de la Fundación del Campo Freudiano. (1992) *Las estrategias de la transferencia en psicoanálisis*. 7º Encuentro Internacional del Campo Freudiano, Caracas.
- Bicecci, M. (1986) El deseo de Freud y la transmisión del psicoanálisis. *El discurso del psicoanálisis*, Coloquios de la Fundación No. 4. Editorial Siglo XXI, México.
- Blécourt, A. (1993) Transference, Countertransference and Acting out. *International Journal of Psychoanalysis* No. 74.
- Bleichmar, R. M.; Lieberman B. C. (1997) *El psicoanálisis después de Freud*. Editorial Paidós, 1ª edición. México.
- Braunstein, N. (1992) *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. Editorial Siglo XXI, 8ª edición, México.
- Bronstein, C. (2000) Técnica e interpretación en Klein, en Burgoyne, B.; Sullivan, M. (comps.) *Los diálogos sobre Klein-Lacan*. Editorial Paidós, 1ª edición, Buenos Aires, Argentina.
- Burgoyne, B.; Sullivan, M. (2000) *Los diálogos sobre Klein-Lacan*. Editorial Paidós, 1ª edición, Buenos Aires, Argentina.
- Chamizo, M.I. (1994) Sobre contratransferencia, en *Los rostros de la transferencia*. Ediciones Manantial. 1ª edición, 1994. Buenos Aires, Argentina.
- Coderch, J. (1987) *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Editorial Herder. Barcelona, España.
- Coderch, J. (1995) *Interpretación en psicoanálisis. Fundamentos y teoría de la técnica*. Editorial Herder. España.
- Cottet, S. (1984) *Freud y el deseo del psicoanalista*. Editorial Hacia el Tercer Encuentro del Campo Freudiano, Buenos Aires, Argentina.
- Cruz Martínez, M. *Relaciones transferenciales y contratransferenciales en Saptel*. Tesis de licenciatura en psicología. UNAM, México.
- Cueva Zambrano, R. (1999) *La génesis y evolución del término transferencia y contratransferencia en Freud*. México, D.F. Tesina de licenciatura. Universidad Iberoamericana. UIA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Cuevas Teja, T; Sánchez Lizardi, P. (1994) *Registro, análisis y comparación de las reacciones transferenceales y contratransferenceales entre pacientes adolescentes*. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
- Deveraux, G. (1977) *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. Editorial Siglo XXI. México.
- Doria Medina Eguía, R. (1998) *Divergencias en la unidad. Una introducción a los desarrollos psicoanalíticos después de Freud*. Editorial Lumen, 1ª edición. Argentina.
- Dupont, M. (1997) XXI Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. Relato final. *Cuadernos de Psicoanálisis Vol 30: 1-2, 1-15*. Asociación Psicoanalítica Mexicana, A.C. México.
- Ekstein, R. Et al. (1968) *Historia del Psicoanálisis*. Editorial Paidós, Vol. VI. 1a edición, Buenos Aires, Argentina.
- Etchegoyen, A. (1986) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu Editores. 1ª edición. Argentina.
- Evans, D. (1997) *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Editorial Paidós, 1ª edición. Buenos Aires, Argentina.
- Fages, J. (1976) *Historia del Psicoanálisis después de Freud*. Ediciones Martínez Roca, S.A. Barcelona, España.
- Fenichel, O. (1960) *Problemas de técnica psicoanalítica*. Editorial Pax, 1ª edición, México.
- Fernández, A. (1997) *Transferencia-Contratransferencia, un sistema asimétrico*, en Vives J. (comp.) *El proceso psicoanalítico*. Editorial Plaza y Valdés, 1ª edición, México.
- Fine, R. (1982) *Historia del psicoanálisis*. Tomos I y II. Editorial Paidós/Psicologías del siglo XX. Buenos Aires, Argentina.
- Freud, S. *Obras Completas*. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- (1895) Sobre la psicoterapia de la histeria. Tomo II
  - (1905) Fragmento de análisis de un caso de Histeria (Dora). Tomo VII.
  - (1910) Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. Tomo XI
  - (1912a) Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. T. XII
  - (1912b) Sobre la dinámica de la transferencia. T. XII
  - (1913) Sobre la iniciación del tratamiento. T. XII
  - (1914a) Recordar, repetir y reelaborar. T. XII
  - (1914b) Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. T. XII
  - (1914c) Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. T. XIV
  - (1916-1917a) Conferencias de introducción al psicoanálisis, parte III. Conferencia 27: "La transferencia". T. XVI.
  - (1916-1917b) Conferencias de introducción al psicoanálisis, parte III. Conferencia 28: "La terapia analítica". T. XVI.
  - (1919) Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. T. XVII

- (1922) Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la libido". T. XVIII
- (1926) ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial T. XX
- (1937) Análisis terminable e interminable. T. XXIII
- (1937b) Construcciones en el análisis. T. XXIII
- Gasque Morales, M. (1986) *La contrarresistencia como elemento operativo en la dinámica de la contratransferencia*. Tesis de licenciatura en Psicología. UNAM, México.
- Gay, P. (1988) *Freud, una vida de nuestro tiempo*. Editorial Paidós Ibérica. Barcelona, España.
- Giraldi, G., et al. (1997) *Diálogos sobre el amor y otros temas sobre el psicoanálisis*. Ediciones Homo Sapiens, Argentina.
- González Enloe, M. (1997) La interpretación en psicoanálisis, en Vives, J. (comp.) *El proceso psicoanalítico*. Plaza y Valdés Editores. 1ª edición, México.
- González Núñez, J. (1989) *La fortaleza del psicoanalista: la contratransferencia*. Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, A.C. México.
- Greenson, R. R. (1976) *Técnica y práctica del psicoanálisis*. Editorial Siglo XXI. México.
- Grinberg, L. (1981) Aspectos mágicos en la transferencia y la contratransferencia: sus implicaciones técnicas. *Psicoanálisis, aportes teóricos y clínicos*. Editorial Paidós, 1ª edición. Buenos Aires.
- Grotjahn, M. Et al. (1968) *Historia del psicoanálisis*. Editorial Paidós, Vol. I. 1ª edición, Buenos Aires, Argentina.
- Hartmann, H. (1973) *Ensayos sobre la psicología del yo*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Heimann, P. (1950) On Countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*. No. 31, pp.81-84, citada por Coderch, 1995.
- Hernández, P. (1994) *La contratransferencia como instrumento diagnóstico en la psicoterapia psicoanalítica*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Iberoamericana, México.
- Hinshelwood, R.D. (2000) La transferencia y la contratransferencia, en Burgoyne, B.; Sullivan, M. (comps.) *Los diálogos sobre Klein-Lacan*. Editorial Paidós, 1ª edición, Buenos Aires, Argentina.
- Jarast, E. (1965) La fantasía contratransferencial como "señal de alarma". *Revista de Psicoanálisis*, Tomo 22, Asociación Psicoanalítica Argentina.
- Jones, E. (1984) *Freud*. Salvat Editores, Tomos I y II. Barcelona, España.

- Julien, P. (1981) El debate entre Freud y Ferenczi: saber cómo hacer o saber estar ahí. *Ornicar?* No. 1 Publicación periódica del Campo Freudiano. Editorial Petrel, Barcelona.
- Kernberg, O. (1979) *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Kernberg, O. (1993) Convergences and divergences in contemporary psychoanalytic technique. *International Journal of Psychoanalysis* No. 74.
- Kemper, W. (1982) La transferencia y la contratransferencia como unidad funcional, en *Problemas de Técnica Psicoanalítica*. Editorial Siglo XXI, 1ª edición. México.
- Kohut, H. (1977) *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Amorrortu Editores, 1ª edición en español. Buenos Aires, Argentina.
- Kolteniuk, M. (1997) Reflexiones sobre la contratransferencia. *El proceso psicoanalítico*, Editorial Plaza y Valdés, 1ª edición, México.
- Lacan, J. (1996) Escritos técnicos de Freud. *El Seminario*. Libro I, Editorial Paidós, 10ª reimpresión. México.
- (1978) La cosa freudiana o sentido del retorno a Freud en psicoanálisis. *Escritos I*, Editorial Siglo XXI. México.
- (1978) La dirección de la cura y los principios de su poder. *Escritos 2*. Editorial Siglo XXI. México.
- (1960-1961) La Transferencia. *El Seminario*. Libro VIII, Inédito.
- (1962-1963) La angustia. *El Seminario*. Libro X, Inédito.
- Laplanche, J.; Pontalis, J.B. (1993) *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Labor, S.A. México.
- Lartigue, T. (1998) Representaciones inconscientes de género. Su influencia en la contratransferencia. *Cuadernos de Psicoanálisis* Vol. 30, núms. 1-2, 23-39.
- Laurent, E. *Concepciones de la cura en psicoanálisis*. Ediciones Manantial, 1ª edición, 1984. Buenos Aires, Argentina.
- Lieberman, D. (1962) *La comunicación en terapéutica psicoanalítica*. Eudeba Editorial Universitaria de Buenos Aires. Argentina.
- Mandolini, R. (1994) *Historia general del psicoanálisis. De Freud a Fromm*. Ediciones Braga, S.A., 7ª edición, Buenos Aires, Argentina.
- Mannoni, O. (1982) *El análisis original*. Editorial Paidós, Biblioteca Freudiana. 1ª edición castellana, Barcelona, España.
- Menninger, K. (1960) *Teoría de la técnica psicoanalítica*. Editorial Pax, 1ª edición, México.
- Moguillansky, R. (2000). *Lugar y función del analista. Atención flotante y contratransferencia*. Red Informática FLAPAG, RIF N° 3, XI Congreso Latinoamericano de Psi-

coterapia Analítica de Grupo. Federación Latinoamericana de Psicoterapia Analítica de Grupo. Buenos Aires, Argentina. <http://psinet.com.ar/rif/rif03238.htm>

- Mora Guzmán M.C. (1979) *Transferencia y contratransferencia: una revisión bibliográfica reciente*. Tesis de licenciatura. Universidad Iberoamericana. UIA
- Perrotta, A. (1982) *Contratransferencia y método científico*. *Revista de Psicoanálisis*, Tomo 39 (2/3). Asociación Psicoanalítica Argentina.
- Perrés, J. (1988) *El nacimiento del psicoanálisis. Apuntes críticos para una delimitación epistemológica*. Editorial Plaza y Valdéz. México.
- Pierre, F. (1995) *Crisis y contra-transferencia*. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina.
- Portuondo, J. A. (1979) *Psicoterapia existencial gestáltica y psicoanalítica*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid.
- Racker, H. (1986) *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Editorial Paidós. España
- Rapaport, D; Gill, M. (1962) *Aportaciones a la teoría y técnica psicoanalítica*. Editorial Pax-México. Asociación Psicoanalítica Mexicana. A.C. 1ª edición. México.
- Reich, A. (1951) *On countertransference*. *International Journal of Psychoanalysis*, No 32, pp. 25-31, citada por González Núñez, 1989; Coderech, 1995; y Sandler, 1993.
- Rolla, E.H. (1982) *Transferencia y contratransferencia narcisistas*. *Revista de Psicoanálisis*, Tomo 39 (2/3). Asociación Psicoanalítica Argentina.
- Roudinesco, E. (1988) *La batalla de los cien años. Historia del psicoanálisis en Francia*. Tomos I y 2. Editorial Fundamentos. Madrid, España.
- Rustin, M. (2000) *Psicoterapia de niños en la tradición kleiniana*, en Burgoyne, B.; Sullivan, M. (comps.) *Los diálogos sobre Klein-Lacan*. Editorial Paidós, 1ª edición. Buenos Aires, Argentina.
- Sandler J.; Dare, Ch.; Holder, A. (1993) *El paciente y el analista. Las bases del proceso psicoanalítico*. Editorial Paidós, 2ª edición. Buenos Aires, Argentina.
- Shapiro Lerner, P. (1994) *El manejo de la contratransferencia en la psicoterapia psicoanalítica*. Tesis para licenciatura. Universidad Iberoamericana. UIA
- Sifuentes, M. (1996) *La transferencia, formulaciones y reformulaciones en la obra de Freud y Lacan*. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Silvestre, M. Et al. (1984) *Transferencia y Contratransferencia*, en *Como se analiza Hoy*. Fundación del Campo Freudiano, Editorial Manantial. Buenos Aires.
- Spanjaard, J. Et al (1968) *Historia del Psicoanálisis*. Editorial Paidós, Vol. V. 1ª edición, Buenos Aires, Argentina.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Sawicke, O. (1984) Como se analiza hoy: sobre el acting out, en *¿Cómo se analiza hoy?* Fundación del Campo Freudiano. Ediciones Manantial. Buenos Aires, Argentina.
- Thomá, H.; Káchele, H. (1989) *Teoría y práctica del psicoanálisis*. Tomo I y II. Editorial Herder, Barcelona, España.
- Tower, L. (1955) La contratransferencia, documento. *Me cayó el veinte*, revista de psicoanálisis No. 3. Primavera 2001, México.
- Pérez, G. (1998) *Dinámica de la relación médico-enfermo: transferencia y contratransferencia*. España. <http://www.intersep.org.manual/a3n3.htm>
- Velasco, F. (1997) El enfoque constructivista en la Contratransferencia. *Cuadernos de Psicoanálisis* Vol. 30:1-2,17-25. Asociación Psicoanalítica Mexicana, A.C. México.
- Veszy-Wagner, L; Wiss, E., Wahl, Ch., Zulliger, H. Y otros (1968) *Historia del Psicoanálisis*. Editorial Paidós, Vols. II, III y VII. 1a edición, Buenos Aires, Argentina.