



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

La Contratransferencia: instrumento o
contrarresistencia en el proceso psicoterapéutico

Opción: Tesina

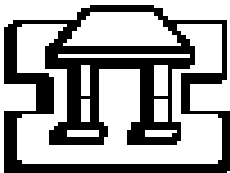
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA.

Autor: Cornejo Cárdenas Cinthya Lorena.

María Luisa González Olivares.

María Antonieta Dorantes Gómez.

María De Lourdes Jacobo Albarrán



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO.

2005



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.

AGRADECIMIENTOS

Para empezar; me gustaría agradecer a aquellas personas que no solo hicieron posible esta tesina, sino que llenan mi vida con su compañía, amor y amistad; ante todo a mi mamá, quien siempre ha estado conmigo e impulsa todos mis proyectos, a mi papá por apoyarme en todo y a mi hermano, por aguantarme desde siempre, a mis abuelitos, tíos, primos y demás familiares que siempre han estado ahí cuando los he necesitado.

A mi mejor amiga Ayesha, a mi manis Vane, a Verito, y Anita, quienes no solo han participado conmigo en este proyecto, sino me ha hecho la vida más fácil y divertida y que estoy segura me acompañaran por el resto de mi vida, A César, las todavía no tan trilladas, “gracias totales” por ser el mejor amigo que yo pudiera tener. A Francisco, por darme otra visión de mi vida. Al club Manis: Iván, y Román, quienes me hicieron light la carrera, A Ivoncita, Burrhus, Pivi, Iván, Rocío, César, Miguelito, Fide, y Alberto quienes me proporcionaron toda la diversión y esparcimiento que les fue posible. A todos mis amigos de SAPTEL, cuyas charlas y debates condimentaron este ensayo, así como a todos aquellos amigos y compañeros que de alguna u otra manera contribuyeron a que este ensayo fuera posible.

A todos mis profesores, especialmente a mis asesoras: Ma. Luisa González, Ma. De Lourdes Jacobo y Ma. Antonieta Dorantes Gómez.

¡Gracias!

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPITULO 1	
PSICOTERAPIA	14
1.1 Definición de Psicoterapia	15
1.1.1 Niveles de Psicoterapia	19
1.2 Psicoterapia Psicoanalítica	22
1.2.1 Psicoanálisis	24
1.2.2 Objetivos de la psicoterapia psicoanalítica	29
1.2.3 Técnicas de la terapia psicoanalítica	30
1.3 Proceso Psicoterapéutico	44
1.3.1 Contrato terapéutico	47
1.3.1.1 Encuadre	48
1.3.1.2 Regresión	50
1.4 Relación terapéutica	52
1.4.1 Relación real	53
1.4.2 Alianza terapéutica	54
1.5 Formación del psicoterapeuta psicoanalítico	57
CAPITULO 2	
TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA	62
2.1 Transferencia: Definición y Antecedentes	63
2.1.1 Características	69
2.2 Tipos de transferencia	71
2.2.1 Neurosis transferencial	75
2.2.2 Transferencia como resistencia	76

2.3	Manejo técnico de la transferencia	78
2.4	Contratransferencia: Definición	82
2.4.1	Antecedentes	87
2.4.2	Tipos de contratransferencia	93
2.4.3	La contratransferencia como resistencia (contrarresistencia)	99
2.5	Manejo técnico de la contratransferencia	101
2.6	Transferencia-Contratransferencia como unidad	108

CAPITULO 3

CONTRATRANSFERENCIA Y EL PROCESO

PSICOTERAPÉUTICO	112	
3.1	Reacciones contratransferenciales	113
3.1.1	Angustia contratransferencial	117
3.2	Contratransferencia y su valor en el proceso psicoterapéutico	119
3.2.1	Contratransferencia como instrumento Diagnóstico	127
3.2.2	Contratransferencia como instrumento Psicoterapéutico	129
3.3	Contratransferencia como resistencia o fuente de error	137
3.3.1	Acting out contratransferencial	147
3.4	Análisis personal	156
3.4.1	Autoanálisis	160
3.4.2	Supervisión	162

CONCLUSIONES	167
---------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	175
---------------------	-----

RESUMEN

El psicoanálisis, como método de investigación y tratamiento realiza una enorme aportación a la psicoterapia y a la Psicología como tal a través de la contratransferencia, la cual constituye uno de sus pilares. *Esta investigación tiene por objetivo primordial realizar un análisis bibliográfico respecto al concepto de contratransferencia dentro de la psicoterapia psicoanalítica, ya sea como instrumento diagnóstico y de tratamiento o como contrarresistencia u obstáculo dentro del proceso psicoterapéutico*, para lo cual se abordara el concepto de contratransferencia, sus manifestaciones clínicas y la forma en la que puede ser aprovechada por el psicoterapeuta para beneficio de la psicoterapia, el paciente y de él mismo.

La contratransferencia es un fenómeno inconsciente, por medio del cual el mundo interno del psicoterapeuta suele manifestarse dentro del encuadre psicoterapéutico; *las reacciones contratransferenciales se encuentran en un cruce entre la dinámica particular del psicoterapeuta y lo que el paciente le proyecta con su transferencia; producto de la comunicación inconsciente entre ambos; resultado de la unidad funcional transferencia-contratransferencia*, representando una doble potencia, ya sea como instrumento o resistencia. Con el reconocimiento de que la contratransferencia es un producto del inconsciente del psicoterapeuta, que si bien podría ser reflejo de un punto ciego o de un conflicto por parte de éste, también podría ser producto de lo que el paciente le hace sentir con su transferencia, se logra conceptuar que, así como la contratransferencia puede ser una resistencia al proceso psicoterapéutico, también podría ser un instrumento a su servicio, ya que no es la contratransferencia tal cual la que resulta dañina, sino el hecho de que permanezca inconsciente, sea disfrazada detrás del encuadre o que simplemente se le ignore. Por medio del análisis personal, autoanálisis y supervisión se puede transformar la contratransferencia de obstáculo a fuente de insight, siendo benéfica tanto para el paciente como para el psicoterapeuta.

INTRODUCCIÓN

La psicoterapia es uno de los campos de actividad terapéutica que más controversia suele generar, por las personas que intervienen en ella, por las técnicas empleadas, por su duración, costo, efectividad, etc., temas sobre los que han girado diversas investigaciones en los últimos años. Dentro de la presente investigación se aborda particularmente una dimensión del proceso psicoterapéutico, la que curiosamente ha recibido atención en años recientes: la relación transferencia-contratransferencia que se establece entre paciente y psicoterapeuta, por lo cual se abordará la psicoterapia psicoanalítica; ya que es a partir del psicoanálisis que las reacciones del psicoterapeuta son consideradas como un posible instrumento dentro del proceso terapéutico y es la unidad transferencia-contratransferencia una especificidad propia del psicoanálisis, por medio de la cual se intenta responder a las interrogantes en torno a la función del psicoterapeuta y las características de sus intervenciones.

Aunque muchas variedades psicoterapéuticas enfatizan la importancia de la díada psicoterapeuta/ paciente, el psicoanálisis es el único que le da cabida en un contexto psicoterapéutico, y no meramente casual o coadyuvante; siendo la relación psicoterapeuta-paciente el sustento de la cura analítica, constituyéndose ésta como una terapéutica de orden exclusivamente verbal, siendo lógico que se preste especial atención en la forma en la cual se lleva cabo dicho diálogo, ya que está sujeto a una serie de supuestos metodológicos, que se conduce en un lugar y tiempo determinado y mientras que el paciente puede hablar de cualquier cosa, el psicoterapeuta no. La psicoterapia psicoanalítica se basa en la asociación libre del paciente y en la atención flotante del psicoterapeuta; quien además debe acatar las reglas de abstinencia y neutralidad, midiendo sus intervenciones y no hablando de cualquier cosa y menos de sí mismo; debe ser consciente de que sus palabras pueden ser altamente significativas para el paciente.

Con base en estas premisas se dan ciertas especificaciones en cuanto al proceder del psicoterapeuta, y es en torno a éstas que girara esta investigación; dichas especificaciones se encuentran matizadas por una serie de supuestos casi míticos acerca de los límites y alcances de sus intervenciones; muchos de esos supuestos sitúan al psicoterapeuta como un profesional que conoce y maneja todo tipo de problemas y que por supuesto, está exento de ellos, situando al psicoterapeuta en el extremo "sano" y al paciente en un extremo opuesto "enfermo", sin embargo el psicoterapeuta no deja de ser un humano, con un aparato psíquico similar al del paciente y con una vida no exenta de conflictos; dicho reconocimiento trajo consigo tanto atribuciones como cuestionamientos acerca del rol y la participación del psicoterapeuta en el tratamiento y *es desde el psicoanálisis que se aborda dicho rol, a través de sus dimensiones personales, profesionales y éticas, por medio del análisis de la contratransferencia.*

El psicoanálisis, como método de investigación y tratamiento realiza una enorme aportación a la psicoterapia y a la Psicología como tal a través de la contratransferencia, constituyéndose uno de sus pilares; que de hecho se encuentra presente desde sus orígenes, ya que algunos autores consideran que fue una intensa contratransferencia lo que hizo que Breuer dejara el caso "Anna O" siendo la transferencia erótica que ésta movilizó sobre Breuer la que provocó que se alejara de las investigaciones realizadas junto con Freud, negando la importancia de la sexualidad en los trastornos neuróticos. El caso "Anna O," posibilitó, además, el descubrimiento de la cura por palabra o *Talking cure*, la cual concluiría con el método de la asociación libre, el atisbo de la transferencia el tratamiento y aún sin reconocerlo también el de la contratransferencia. Es por medio del estudio de la histeria que Freud logra desarrollar los fundamentos del psicoanálisis, siendo el caso "Dora" en el que culminaría su mayor atribución al mundo de la psicoterapia: *la transferencia*. La ruptura prematura del tratamiento fue atribuida por Freud a la transferencia de "Dora" sobre él, fracaso que le permitió vislumbrar a la transferencia como una piedra angular de la psicoterapia psicoanalítica, siendo un medio para conocer el pasado olvidado del paciente y el

posible origen de los síntomas actuales. La transferencia puede definirse como un fenómeno de desplazamiento que se da a lo largo del desarrollo y que por lo tanto no es exclusivo de la situación analítica, la cual no hace más que facilitar su formación y utilizarla para interpretar y reconstruir y ya que es un fenómeno natural y adaptativo, es lógico suponer que dicho fenómeno se presente en el psicoterapeuta, quien no está exento de actuar de acuerdo a sus reacciones transferenciales. Tanto la transferencia como la contratransferencia se originan en la compulsión a la repetición y en ambas se encuentran movilizadas mociones infantiles, las cuales, como productos inconscientes, afloran a la conciencia a través de desplazamientos, condensaciones, proyecciones e identificaciones, mecanismos que son representados dentro de la relación psicoterapéutica, por medio de la unidad transferencia-contratransferencia. Es en torno a dicha unidad que se desarrolla el proceso psicoterapéutico, revelándose la mayor aportación del psicoanálisis, es decir las cualidades curativas de la relación interpersonal entre paciente y psicoterapeuta por medio de una relación intensamente afectiva.

Sin embargo, en la obra de Freud se encuentra una evolución respecto al concepto de transferencia: desde captarla como un "obstáculo", como una "resistencia" que se oponía a la cura hasta considerarla como la actualización de lo esencial del conflicto infantil y por lo tanto, llegar a considerarla como *el más potente de los instrumentos terapéuticos*, mientras que la contratransferencia conserva su carácter de obstáculo por varios años más. De hecho Freud hace escasas referencias a la contratransferencia como tal, sin embargo realiza varias contribuciones donde enfatiza la importancia que tenía la influencia del analista dentro del tratamiento, al tiempo que advertía los peligros de cualquier tipo de sugestión o adoctrinamiento, lo cual a su consideración se encontraba en el extremo opuesto de las metas del psicoanálisis. En su conferencia titulada "Sobre Psicoterapia" (1905-1904), Freud afirmaba que el tratamiento psicoanalítico planteaba elevadas exigencias, tanto para el enfermo como para el médico; afirmando que la personalidad del médico ejercía una influencia psíquica dentro del tratamiento, sin embargo se debía procurar que dicha influencia fuera mínima,

por lo que se le exigió que debía permanecer neutral ante el conflicto del paciente y abstenerse de cualquier consejo o charla ajena al proceso terapéutico, postulando los principios de neutralidad y abstinencia, los cuales son ejemplificados por Freud por medio de diversas metáforas, que descansan en la idea de que el psicoterapeuta debía ser como un espejo; que solo refleja lo que le es proyectado, como un cirujano que deja de lado sus afectos o como un teléfono en donde el inconsciente del terapeuta debe funcionar como receptor, ajustándose al inconsciente emisor del paciente. Dichas recomendaciones de Freud fueron llevadas al extremo por muchos analistas y psicoterapeutas, que llegaron a considerar que debían permanecer en una lejanía emocional del paciente, respondiendo mínimamente y evitando cualquier tipo de contacto que no fuese estrictamente terapéutico; el espíritu positivista también contribuyó a que se tratara de conceptuar al psicoterapeuta como un observador experto, capaz de proveer de una terapéutica adecuada y curar al enfermo, siendo un científico riguroso y objetivo. Bajo esta perspectiva se consideraba que la contratransferencia era una respuesta emocional indeseable por parte del psicoterapeuta ante la transferencia del analizado, la cual debía ser resuelta por medio del análisis personal, sin embargo, esta postura se fue modificando; pasando a una más flexible, en la que el psicoterapeuta ha tomado vida dentro del proceso terapéutico y sin dejar de lado los conceptos de neutralidad y abstinencia, se considero que la personalidad del psicoterapeuta, su mundo interno, podría ser su instrumento básico dentro del tratamiento; para Schroeder (2000) “la faz oscura de la luna del espejo” fue incluida en la sesión.

Una forma en que esta “faz oscura”, es decir, el mundo interno del psicoterapeuta, suele manifestarse dentro del encuadre psicoterapéutico es por medio de *las reacciones contratransferenciales, las cuales se encuentran en un cruce entre la dinámica particular del psicoterapeuta y lo que el paciente le proyecta con su transferencia; producto de la comunicación inconsciente entre ambos; resultado de la unidad funcional transferencia-contratransferencia dentro de la práctica psicoanalítica*. Dicha unidad representa una doble potencia, ya sea como

instrumento o resistencia; lo cual ya había sido contemplado dentro de la transferencia, sin embargo la contratransferencia había permanecido como un obstáculo ya que podía conducir a un comportamiento impropio por parte del psicoterapeuta, a un malentendido constante, una sugestión al paciente o algún comportamiento agradable, seductor o tolerante. El cambio en su valorización trajo consigo que las reacciones contratransferenciales arrojaran luz sobre el proceso psicoterapéutico, en lo que ocurría en el paciente y en el psicoterapeuta y lo que pasaba por la mente de éste paso de ser un obstáculo a una herramienta diagnóstica y terapéutica.

Con base en lo mencionado; **el objetivo general de esta investigación será realizar un análisis bibliográfico respecto al término contratransferencia dentro de la psicoterapia psicoanalítica, ya sea como instrumento diagnóstico y de tratamiento o como contrarresistencia u obstáculo dentro del proceso psicoterapéutico**, para lo cual se abordara el concepto de contratransferencia, sus manifestaciones clínicas y la forma en la cual puede ser aprovechada por el psicoterapeuta para beneficio de la psicoterapia, el paciente y de él mismo.

Es un hecho que la contratransferencia representa uno de los tópicos sobre los que existe mayor controversia, ya que involucra uno de los mayores mitos dentro de la psicoterapia y éste es que el psicoterapeuta debía poseer un dominio total sobre su psiquismo; ajustándose de forma total a los conceptos de neutralidad y abstinencia, siendo capaz de intervenir en el psiquismo del paciente sin ninguna emoción de por medio, y mucho menos sintiendo algo por él, para Hernández de Tubert (1999), uno de los mayores mitos que existen en torno a éste, sería aquel que considera que los psicoterapeutas comprenden, conocen y resuelven todos los problemas de la vida.

Siendo la contratransferencia un concepto complejo, sinónimo de un punto ciego y englobando diferentes reacciones, es que se ha encontrado inmersa en la

confusión y es por esta imprecisión al respecto que resulta aún más difícil definirla y situarla clínicamente, utilizándose para designar fenómenos diferentes; usándose de forma genérica e incluso indiscriminada; se puede usar para referirse a cualquier reacción o sentimiento del psicoterapeuta; deseable o indeseable; a las formas habituales de comportarse con el paciente, a reacciones o evocaciones por parte del paciente, a sentimientos del terapeuta hacia determinado paciente o todos estos fenómenos juntos (Norcross, 2001). Sandoval (2002) menciona que algunos autores designan como contratransferencia todo aquello que, por la personalidad del analista, puede intervenir en la cura, mientras que otros limitan el constructo a los procesos inconscientes que la transferencia del paciente provoca en el analista, González y Rodríguez (2002) conjuntan ambas concepciones y definen la contratransferencia como un conjunto de reacciones inconscientes del psicoterapeuta hacia el paciente; que incluye tanto las reacciones nacidas ante la transferencia del paciente, como aquellas producto de su propia personalidad.

Es a partir de que se reconoce que la contratransferencia es un producto del inconsciente del psicoterapeuta, que si bien podría ser reflejo de un punto ciego o de un conflicto sin resolver por parte de éste, también podría ser producto de lo que el paciente le hace sentir con su transferencia, que se logra conceptualizar que así como la contratransferencia puede ser una resistencia, un obstáculo al proceso psicoterapéutico, también podría ser un instrumento a su servicio.

Lo antes mencionado se ha venido investigando en los últimos años, sin embargo, son planteamientos que se podrían remontar a los principios básicos del psicoanálisis, ya que no obstante que Freud consideraba que la contratransferencia era un obstáculo, también afirmó que el inconsciente del analista podía ser un instrumento de utilidad para el proceso terapéutico y es en *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* (1912b) donde sostiene que el analista debe volver su inconsciente como un órgano receptor ante el inconsciente del paciente, "... si el médico ha de estar en condiciones de servirse

así de su inconsciente como instrumento de análisis, él mismo tiene que llenar en vasta medida una condición psicológica...es lícito exigirle...que se haya sometido a una purificación psicoanalítica y tomado noticia de sus propios complejos que pudieran perturbarlo para aprehender lo que el analizado le ofrece...cualquier represión no solucionada en el médico corresponde..a un "punto ciego" en la percepción analítica..." (p.115).

Freud no fue el único que aún considerando la contratransferencia en un sentido negativo dotó de aportaciones que permitieron su eventual transformación a instrumento; si bien para Melanie Klein la contratransferencia constituía un obstáculo para el tratamiento, siendo un signo de que el analista requería retomar su análisis personal, sus aportaciones permitieron considerar la interacción paciente-psicoterapeuta en un nivel intrapsíquico. El psicoanálisis británico fue el primero que se interesó en las recíprocas e interpersonales interacciones de la psicoterapia, con connotación positiva de las reacciones del psicoterapeuta frente a las producciones verbales y no verbales del paciente, con las aportaciones del pensamiento Kleiniano, tanto de Heimann como con Racker la contratransferencia se vuelve instrumento; siendo considerada para la comprensión del paciente.

Pero, dentro del proceso psicoterapéutico; ¿cuándo es instrumento o resistencia?, Devereux (1983) expone que no es la contratransferencia tal cual lo que resulta dañina para el proceso, sino la postura que tome el psicoterapeuta frente a ella. Ya Freud había esbozado que para que el inconsciente del psicoterapeuta pueda funcionar como instrumento era necesario que se sometiera a un autoanálisis y de ser necesario se recurriera a un análisis personal, lo cual es retomado actualmente, considerándose que para que una reacción contratransferencial pueda ser un instrumento y no una resistencia el psicoterapeuta cuenta con varios recursos, su análisis personal, su autoanálisis y su proceso de supervisión, elementos que le permitirán desglosar su reacción y mudarla de una interferencia a un instrumento que le permita captar información a través de su inconsciente.

Tomando en cuenta dichos aspectos, dentro de esta investigación se partirá de la concepción de psicoterapia psicoanalítica y en el **capítulo 1** se abordará este concepto, destacando sus objetivos y técnicas, para lo cual se hace una revisión de la teoría psicoanalítica, ya que son los planteamientos de ésta los que dan lugar a las técnicas empleadas, así como a la postura de sus participantes frente al proceso psicoterapéutico. Se expondrán las características y elementos que la componen, destacando sus prescripciones técnicas y los instrumentos con los que cuenta el psicoterapeuta ya que la contratransferencia, no puede desvincularse del encuadre y de la relación contractual, ni del encuadre interno y las reglas técnicas establecidas. Un elemento central de la psicoterapia psicoanalítica lo constituye la relación terapéutica que se establece entre el paciente y el psicoterapeuta; dentro de este capítulo se abordará ésta, a través de sus diversas dimensiones, ya sea como relación real, alianza de trabajo o relación transferencial. Como punto final se insiste en la importancia que tiene la formación del psicoterapeuta para articular los elementos de la técnica y teoría psicoanalítica con la práctica clínica tal cual. Lo antes mencionado nos conduce a abordar un elemento fundamental de la relación terapéutica; *lo que sería el instrumento básico de cualquier terapeuta, guía y sustento de toda actividad: su propia personalidad*. La preparación de un psicoterapeuta psicodinámico contempla aspectos relacionados a su propia personalidad, los que tendrá que enfrentar en el futuro, ya que tanto la personalidad como la orientación teórica del analista, contribuyen al tratamiento y a la relación terapéutica.

El **capítulo 2** tiene como objetivo exponer la unidad transferencia-contratransferencia, destacando que los elementos transferenciales existen en toda relación humana; y que obviamente, se presentan en la relación psicoterapéutica. Se inicia por la definición de la transferencia, así como sus principales características; se exponen sus antecedentes y conceptualizaciones, destacando como paso de ser un obstáculo y una resistencia, a un instrumento para la cura, estableciéndose la base de la cura psicoanalítica en la resolución de

la neurosis de transferencia, la cual es descubierta por el proceso psicoanalítico y sólo a través de él puede disolverse. A pesar de constituirse instrumento de cura, no pierde la posibilidad de convertirse en resistencia, de hecho gracias a esta doble posibilidad el psicoterapeuta tiene acceso a las formas de amar y de odiar del paciente, lo cual viene a proveer una información invaluable. Después de exponer brevemente como se maneja la transferencia dentro de la psicoterapia se realiza un viraje a la contratransferencia, término sobre el cual gira el objetivo de ésta investigación. Se desenvuelven sus antecedentes y definición, ya que aunque parte del término transferencia y es la respuesta transferencial del psicoterapeuta al analizado, posee sus propias particularidades y diferencias.

Se podría señalar que desde la definición del término, existe una confusión y divergencia, se debaten que elementos la componen y que tipos de reacciones pueden considerarse como tal, posterior a la definición se enumeran los tipos de contratransferencia que existen, así como las características de las contrarresistencias, es decir, las resistencias del psicoterapeuta en el proceso, se aborda brevemente lo concerniente al manejo contratransferencial, tema que se continuara a lo largo del capítulo 3. Este capítulo cierra con la descripción de la unidad que forman la transferencia y la contratransferencia dentro del proceso psicoterapéutico, la cual constituye el fundamento del mismo, siendo actualmente fuente de varios estudios.

En el **capítulo 3** se desarrolla plenamente el objetivo de esta investigación, dicho capítulo tiene por objetivo describir las principales reacciones contratransferenciales, las cuales pueden ir de las actuaciones más notorias y patológicas, a movimientos menos perceptibles, incluso agradables o disfrazados detrás del encuadre. Se les vincula especialmente con la ansiedad del psicoterapeuta, siendo ésta un elemento constante en las reacciones contratransferenciales. En este capítulo se pretende ofrecer una visión de la contratransferencia dentro del proceso terapéutico, así como sus posibilidades, ya sea como instrumento u obstáculo, distinguiendo el acting out contratransferencial

como una de las manifestaciones contratransferenciales que pueden resultar más nocivas para el proceso psicoterapéutico. Como conclusión del capítulo y de la investigación se desarrollan los elementos técnicos que posee el psicoterapeuta para transformar reacciones contratransferenciales en instrumento diagnóstico y psicoterapéutico; esto es su análisis personal, autoanálisis y su proceso de supervisión, los cuales constituyen puntos de apoyo que le permiten identificar si su contratransferencia es un instrumento o contrarresistencia de la cura y evitar caer en actuaciones que pongan en peligro al paciente, el encuadre y al psicoterapeuta mismo.

Para lograr el objetivo planteado se revisaran las aportaciones de autores clásicos dentro de la técnica y práctica psicoanalítica como Freud, Devereux (1983), Greenson (1988), Kemper (1972), Laplanche y Pontalis (1971), entre otros, junto con autores que han realizado aportaciones recientes respecto al campo contratransferencial; describiendo situaciones clínicas en las que es posible el empleo de la contratransferencia como instrumento, entre los que se encuentran Boz y Raznoszczyk (1999), Cassorla (2000), Bonasia (2001), Gabbard (2001), Favero y Ross (2002), Gelso y Hayes (1998, 2001), Gorjon (2002), Katz y Fetter (1999), Schroeder (2000), siendo González Núñez, un autor que se destaca por su interés, investigaciones, libros, etc. acerca del papel de la contratransferencia dentro de la psicoterapia analítica (González, 1989, 1999, González y Simo, 1995, y González y Rodríguez, 2002), puntualizando algo que constantemente mencionan los autores arriba citados y eso es que, lo que el psicoterapeuta vive en el proceso terapéutico es algo que debería ser comunicado científicamente, pero que sin embargo es difícil de hacer (aún deseándolo), ya que el hacerlo sería como desnudarse frente a sí mismo y frente a los demás, lo cual no resulta sencillo, estando expuesto a ataques tanto por parte de colegas como de profesionales ajenos a la práctica psicoanalítica, motivo por el cual resulta difícil encarar la contratransferencia en el ámbito de la investigación clínica.

CAPÍTULO 1

PSICOTERAPIA

“... En el psicoanálisis reinó desde el principio una unión indisoluble entre curar e investigar, el conocimiento trajo consigo el éxito terapéutico; fue imposible tratar a un paciente sin aprender al mismo tiempo algo nuevo, ninguna nueva información pudo adquirirse sin experimentar simultáneamente sus resultados benéficos. Nuestro procedimiento analítico es el único en el cual permanece asegurada esta preciosa conjunción...”

Sigmund Freud

Actualmente la psicoterapia ocupa un lugar muy importante dentro de la Psicología clínica; es incuestionable el hecho de que constituye una de las actividades más practicadas por los profesionales de la salud mental, así como un servicio altamente demandado por la sociedad. La psicoterapia se encuentra inmersa en una serie de prácticas que tienen como finalidad contribuir al bienestar del ser humano y a su integración en la sociedad y si bien es un término que se emplea con mucha frecuencia e incluso con cotidianidad, no está claramente definido (ni en teoría ni en práctica), ni para los usuarios ni para los practicantes, por lo que constituye uno de los campos más fructíferos para la investigación. Estas investigaciones se han avocado a determinar el tipo de técnicas, los costos, tiempos e interacciones que podrían ser más efectivos en el proceso psicoterapéutico. Son varios los aspectos que se consideran para evaluar la efectividad de la psicoterapia, pero en los últimos años ha destacado uno en especial: lo relativo a la persona del psicoterapeuta y es dentro de la psicoterapia psicoanalítica que se ha desarrollado toda una teoría al respecto; por medio del análisis de la transferencia-contratransferencia, siendo ésta una unidad afectiva por medio de la cual se da la cura. En este capítulo se pretenden abordar las premisas básicas del proceso psicoterapéutico psicoanalítico, partiendo de que la psicoterapia es una interacción planificada entre psicoterapeuta y paciente; existiendo diversos niveles, de acuerdo a sus objetivos y metodología. En este

apartado se expondrán las características y elementos que la componen, destacando las técnicas empleadas y la relación que se desarrolla entre el paciente y el psicoterapeuta, ya sea en su dimensión real, de alianza de trabajo de transferencial; enfatizando la participación de éste último, no simplemente como un profesional que posee una técnica; sino como un ser humano, el cual, por medio de su formación, adquiere los elementos técnicos y personales que le permiten hacer uso de su contratransferencia frente a su práctica, constituyendo uno de los principales recursos con los que cuenta.

1.1 Definición de Psicoterapia

La palabra psicoterapia proviene del vocablo griego *psiche*, cuyo significado es espíritu, alma o ser; y de *therapeutikos* que significa asistente o aquel que cuida de otro; por lo tanto *psicoterapia* significa cuidar o asistir al espíritu, alma o ser de otra persona (Kleinke, 1995). A lo largo de la historia se han llevado a cabo una serie de prácticas con la finalidad de aliviar el sufrimiento de las personas, constituyéndose, posteriormente, los sistemas psicoterapéuticos, sustentados en una teoría y con características especiales. En su trabajo titulado "Sobre Psicoterapia" (1905(1904)), Freud explica que la psicoterapia no es un procedimiento terapéutico moderno; sino que es una de las terapias más antiguas, que por sus características ha tenido connotaciones negativas. Ávila (1994) retoma este aspecto y menciona que la psicoterapia ha arrastrado alusiones como mentalista, médica y científica. Mentalista por basarse en procesos psíquicos y conflictos intrapsíquicos; poco accesibles por medio de la observación, médica por los términos empleados y por el dominio profesional de los médicos como sus practicantes y científica por que el proceso solo puede ser descrito operacionalmente de forma parcial; tratándose de experiencias irrepetibles. Este autor nos proporciona una definición de psicoterapia en donde destaca el hecho de que ésta posee un sistema de conocimientos que permiten considerarla como una práctica científica, ejercida por personas preparadas para ello: "... psicoterapia es un conjunto de sistemas teórico-técnicos aplicados, de carácter interdisciplinar

en cuanto a sus objetivos y multiprofesional en su práctica, derivados de modelos teóricos y de investigación de diferentes ciencias, y que tienen como finalidad principal la resolución por medios psicológicos de los trastornos del comportamiento y/o la inducción de cambios estables en los diferentes niveles de expresión de la conducta en orden al logro del bienestar biopsicosocial de los individuos en sociedad..." (p. 25).

Coderch (1990) también refiere la importancia de los fundamentos teóricos y técnicos y expone una definición bastante completa de psicoterapia, en la que además destaca la trascendencia de la relación psicoterapéutica: *"...La psicoterapia es un tratamiento de naturaleza psicológica que se desarrolla entre un profesional especialista y una persona que precisa ayuda a causa de sus perturbaciones emocionales, se lleva a cabo de acuerdo con una metodología sistematizada y basada en determinados fundamentos teóricos, y tiene como finalidad eliminar o disminuir el sufrimiento y los trastornos del comportamiento derivados de tales alteraciones, a través de la relación interpersonal entre el psicoterapeuta y el paciente..."* (p. 53). González y Rodríguez (2002) enfatizan éste último aspecto al definirla como *un tratamiento transaccional y contractual por medio del cual se trata de resolver problemas de una naturaleza emocional, teniendo como objetivo un beneficio, mejoría, desarrollo o maduración.*

Actualmente la psicoterapia se considera como una forma de intervención terapéutica, que tiene la finalidad de inducir un cambio en la conducta, pensamientos o sentimientos de la persona, aliviar su sufrimiento psicológico y emocional por medio de una relación profesional que se establece entre paciente y psicoterapeuta que, capacitado, pone sus conocimientos al servicio de una reestructuración de la personalidad, ayudando así a resolver los conflictos y a adquirir un funcionamiento adecuado, posibilitando un desarrollo y crecimiento personal. Dentro de esta relación el psicoterapeuta no solo cuenta con sus conocimientos teórico-técnicos, sino que también cuenta con su personalidad total y sus reacciones contratransferenciales, las que a través de su análisis, pueden

ser puestas al servicio de la cura, lo cual implica un compromiso del psicoterapeuta, tanto con su práctica como con su persona; la relación que se establece entre él y el paciente es crucial para el desarrollo y el éxito y en ello coinciden todas las formas de psicoterapia. De hecho Gelso y Hayes (1998) sostienen que la psicoterapia está constituida por dos partes: la parte técnica y la que corresponde a la relación terapéutica, la primera incluye las técnicas usadas por los psicoterapeutas con el objetivo de producir un cambio en el paciente, así como la prescripción teórica de los roles que ambos tomarán, mientras que la segunda consiste en sentimientos y actitudes de los participantes y la conexión psicológica entre ambos, basada en esos sentimientos.

A pesar de lo mencionado, no resulta sencillo delimitar la Psicoterapia; existen múltiples definiciones y significados; coexisten tantas definiciones como perspectivas y sistemas psicológicos; es más, se podría decir que cada psicólogo tiene su propia concepción de lo que es la psicoterapia, incluso algunos autores llegan a afirmar que existen tantas psicoterapias como psicólogos que la practican, ya que dentro de la práctica, todo psicoterapeuta maneja la sesión con los preceptos teóricos que lo formaron, asumiendo el rol que esa teoría le indica; sin embargo, la aplica con su “toque personal” siendo su personalidad un factor determinante del proceso terapéutico (Gómez, 1985; Hernández de Tubert, 1999; Hayes y Gelso, 2001). Aunando a ello las modificaciones que se tienen que realizar para adecuarse a las características de los pacientes y sus patologías, la práctica tal y como se lleva a cabo es un poco diferente de lo que estipula la teoría, sumándose a ello la falta de investigaciones clínicas, así como la validez de las mismas.

Debido a estos aspectos, para Ávila (1994) resulta problemático distinguir los límites de lo que es y no es psicoterapia, ya que el término involucra intervenciones como psicoterapia de grupo, psicodrama, terapia de juego y las psicoterapias individuales que existen, siendo la naturaleza esencialmente verbal lo que la distingue de otros tipos de intervenciones; ya que a psicoterapia suele

ser un intercambio de palabras; un diálogo "... Psicoterapia es una interacción planificada, con carga emocional y de confianza, entre una persona entrenada y socialmente aprobada para curar y alguien que sufre. Durante esta interacción, quien cura busca aliviar la angustia e incapacidad de quien sufre mediante comunicaciones simbólicas que son principalmente palabras..."(Frank, 1998, p.74). Ya Freud había planteado esto en "Tratamiento psíquico" (Tratamiento del Alma, 1890); en donde afirma que las palabras constituyen el instrumento esencial del tratamiento anímico y que su influencia suele ser subestimada. El diálogo entre paciente y psicoterapeuta como medio terapéutico es el rasgo distintivo de toda psicoterapia, sin importar la perspectiva teórica que se maneje. Pero dicho diálogo no lo es todo; es importante que el paciente considere que el psicoterapeuta es capaz de ayudarlo y de esta forma colabore con las exigencias de la psicoterapia; la cual debe ser definida por su proceso y de forma esencial por el papel desempeñado por el psicoterapeuta. En este punto destaca la psicoterapia psicoanalítica; ya que fue la primera en enfatizar el impacto de la relación entre psicoterapeuta y paciente; considerando al psicoterapeuta como un integrante de la relación terapéutica que afecta y es afectado por el proceso psicoterapéutico, esto a través de proceso transferencia-contratransferencia; *dadas estas características y ya que el objetivo de la presente investigación, es realizar un análisis bibliográfico respecto al concepto de contratransferencia, ya sea como instrumento o contrarresistencia dentro del proceso terapéutico, esta revisión teórica se enmarcara dentro de la teoría psicoanalítica.*

No es sólo en lo referente a la relación transferencia-contratransferencia que el campo de la psicoterapia se ha beneficiado de los descubrimientos realizados por el psicoanálisis, y aunque varias perspectivas nieguen tener alguna influencia, la psicoterapia, tal y como la conocemos actualmente tiene sus raíces en los descubrimientos realizados por Sigmund Freud. Al desarrollarse las teorías de la personalidad, cambio la forma de ejercer la psicoterapia, ya que al cambiar la concepción del ser humano y sus conflictos, cambia el procedimiento para afrontarlos; proporcionando una metodología distinta respecto a las metas, el

proceso terapéutico, y el rol específico de los participantes. En todos estos cambios tiene mucho que ver las transformaciones sociales ya que la psicoterapia se tiene que adaptar a la concepción de conflicto, al estilo de vida de los que la solicitan e incluso al de los que la practican. Además, no todos los pacientes son aptos para la psicoterapia y aún cuando lo sean quizá se beneficien más de determinado tipo; por ello se ha propuesto clasificarlas de acuerdo a sus objetivos, por su metodología, duración, perfil de pacientes que se beneficiarían más, rol del psicoterapeuta, etc., distinguiéndose los niveles de psicoterapia.

1.1.1 Niveles de Psicoterapia

Los tipos de psicoterapias se distinguen de acuerdo a sus postulados, hipótesis, procedimientos técnicos, roles de los participantes, etc.; así como por sus objetivos. González (1999) distingue entre tres niveles de psicoterapia: Psicoterapia de apoyo, Psicoterapia reeducativa y Psicoterapia reconstructiva, los cuales serán descritos a continuación.

La **psicoterapia de apoyo** brinda apoyo rápido y concreto a los pacientes que resulta difícil proporcionarles un tratamiento prolongado y profundo; pudiendo ser aplicada por no profesionales (amigos, parientes), por profesionales no entrenados (sacerdotes, enfermeras, abogados, maestros, etc.) y por profesionales entrenados (trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras). Su objetivo es conducir al paciente a un equilibrio emocional lo más rápido posible; realizar un fortalecimiento de las defensas existentes y elaborar mejores "mecanismos de control". No se intenta realizar cambios en la estructura de la personalidad (lo cual puede suceder como consecuencia del tratamiento) sino reducir o eliminar los síntomas (González, 1999). Coderch (1990) designa psicoterapias de apoyo a aquellas que pretenden a través de uno u otro procedimiento, reforzar la represión de los conflictos perturbadores, prestar al yo del paciente la fuerza y capacidad de contención del psicoterapeuta, para que

intente manejar las tensiones internas, ofrecer alternativas de gratificación y de comportamiento, reactivar los aspectos positivos y sanos que existen en el paciente, enseñar nuevos modelos y pautas de comportamiento mental, etc. Se le considera como lo opuesto a la psicoterapia psicoanalítica, maneja problemas de los cuales el paciente está consciente e intenta cambiarlos, por ello las sesiones se ubican en el presente inmediato; siendo el número de sesiones de 1 a 100.

Esta psicoterapia resulta más benéfica para pacientes con fuerza yoica adecuada, que actualmente se encuentran en problemas debido a presiones medioambientales severas y estrés excesivo; proporciona un sostén para renovar el equilibrio que poseía; también se indica para personas con una estructura yoica débil, que no soportarían las presiones y ansiedades asociadas a la psicoterapia con insight y que no cuentan con las capacidades necesarias para un cambio real, está enfocada a habilitar al individuo para que viva con sus defensas neuróticas lo mejor que pueda. La posición paciente-psicoterapeuta es cara a cara y sus actividades dependen de la orientación psicoterapéutica. No suele ser efectiva en pacientes con problemas con la autoridad, ya que podrían entrar en competencia y conflicto con el psicoterapeuta. Resulta recomendable para motivar a los pacientes para que ingresen a una psicoterapia de insight, para mejorar y mantener los resultados. Dentro de este tipo de psicoterapias se encuentran las técnicas sugestivas, la relajación muscular, la hidroterapia, la musicoterapia, la terapia farmacológica, la catarsis, etc. (González, 1999).

En las **psicoterapias reeducativas** el objetivo es promover el conocimiento de los conflictos más conscientes del individuo; lograr un reajuste, una modificación de sus metas y estilo de vida, permitiéndole descubrir y desarrollar sus potencialidades y sus propios recursos, utilizándolos para afrontar más adecuadamente sus dificultades, enfatizando la comprensión y el abordaje del qué y cómo de sus problemas en el aquí y el ahora; el rol del psicoterapeuta es mostrarle al paciente la forma en que participa en sus conflictos emocionales; analizando sus actitudes, sus desórdenes conductuales y algunos conflictos que

los originaron; de esta forma se pueden modificar situaciones, reorganizar sus valores y conductas, establecer y consolidar defensas adaptativas y eliminar las menos adaptativas. La relación debe ser positiva, ya que promueve la mejoría del individuo. La actividad principal del psicoterapeuta es la de poner a prueba la existencia de defensas del paciente; por lo que no logra la profundidad requerida para resolver los conflictos inconscientes, su duración aproximada es de más de 100 sesiones con una frecuencia de 1 o 2 veces por semana. Entre este tipo de psicoterapias se encuentran la terapia conductual y condicionada, la terapia centrada en el cliente, la terapia directiva, terapia racional emotiva, terapia familiar, terapia gestalt, psicodrama, terapia semántica y algunas aproximaciones filosóficas como el zen budista, existencial, etc. (González, 1999).

Las **psicoterapias reconstructivas** se recomiendan para problemas resultantes de distorsiones severas en las relaciones con los padres y otras figuras significativas; incluyéndose las reacciones de ansiedad, fobias, conversiones histéricas, reacciones obsesivo-compulsivas, desórdenes de personalidad y algunas reacciones psicofisiológicas. Pretenden la mejoría terapéutica por medio del conocimiento y análisis de los conflictos inconscientes, como factores determinantes de los síntomas del paciente; enfatizando la interacción paciente-psicoterapeuta para el desarrollo de la transferencia-contratransferencia, analizando e interpretando dicha unidad. Sus objetivos son (González, 1999):

Que el paciente logre una autocrítica de sus problemas y una reorganización de su personalidad.

Descubrir o explorar el material reprimido; al ahondar en las causas de sus problemas se dan cambios en su comportamiento y una mejoría terapéutica. Trascender al alivio de los síntomas, descubriendo el origen de estos, logrando un autoconocimiento.

Suscitar un cambio profundo en la personalidad mediante el conocimiento de las motivaciones y conflictos inconscientes.

Para ingresar a este tipo de psicoterapia se requiere evaluar al paciente, para saber si cuenta con las características necesarias para ello (nivel de motivación, habilidad intelectual y verbal y las posibilidades de cubrir el costo del tratamiento, etc.). *Dentro de este tipo de psicoterapias están el psicoanálisis clásico o freudiano, la psicoterapia con orientación psicoanalítica, el análisis kleiniano, el psicoanálisis neofreudiano, el análisis existencial y la terapia analítica de grupo* (González, 1999).

Existen seis instrumentos técnicos en el proceso psicoterapéutico, los cuales presentan una graduación progresiva con relación al conocimiento y toma de conciencia del paciente respecto a su conflicto interno; esta toma de conciencia es nula en el primero y máxima en el último: estos instrumentos se denominan como: sugestión, abreacción, aconsejamiento, confrontación, clarificación e interpretación. Los tres primeros pertenecen a las técnicas de apoyo, el cuarto vendría a representar un punto de transición entre estas y la psicoterapia psicoanalítica; el quinto corresponde más de lleno a ésta, siendo el sexto exclusivo de ella (Coderch, 1990). La elección de determinada psicoterapia depende de muchos factores: El problema por el que se buscó ayuda, las circunstancias vitales del paciente, su personalidad, tipo de ayuda que busca, formación del psicoterapeuta y el tiempo disponible. En algunos casos, se emprende para resolver un problema específico o mejorar la capacidad del individuo para manejar conductas, sentimientos o pensamientos, en otros casos, el centro de atención puede estar más en la prevención. Como sea; la psicoterapia es un proceso activo y dinámico que se encuentra limitada por el tipo de problemas a los cuales se aplica y por la capacidad y habilidades de quien la practica.

1.2 Psicoterapia psicoanalítica

Freud aseguraba que el método analítico de la psicoterapia era el que tenía efectos más penetrantes; el que conseguía la modificación más amplia del enfermo; el único que le enseñaba algo acerca de la génesis y de la trama de los

fenómenos patológicos. Para él, la psicoterapia psicoanalítica se basa en la intelección de que unas representaciones inconscientes son la causa inmediata de los síntomas patológicos, cuya traducción se realiza bajo una permanente resistencia por parte del enfermo. Se puede considerar el tratamiento psicoanalítico como una posteducación para vencer las resistencias interiores (Sobre Psicoterapia, 1905 (1904)). Laplanche y Pontalis (1977) designan a la psicoterapia psicoanalítica como *una forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizarse bajo las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa*. Para Atxotegi (1994) las psicoterapias psicoanalíticas provienen del psicoanálisis estándar, pero poseen características propias, que precisan de una delimitación cuidadosa; ya que además de la complejidad de los planteamientos básicos del psicoanálisis tienen las complicaciones conceptuales propias de toda técnica derivada. La psicoterapia psicoanalítica, parte de la supuesta existencia de determinados conflictos inconscientes para el paciente, pretendiendo solucionarlos, total o parcialmente a través de la relación interpersonal paciente-psicoterapeuta, utilizando como instrumento curativo las intervenciones verbales de éste último; las cuales tienden a fortalecer el yo del paciente, permitiéndole manejar adecuadamente impulsos y emociones.

De acuerdo con González (1989) la psicoterapia psicoanalítica *es un método de tratamiento para desórdenes psíquicos o corporales, en el cual se privilegia la comunicación verbal y a través de la cual se busca un beneficio, una mejoría del estado general del paciente, disminuyendo o desapareciendo sus dolencias, tratando de que el paciente encuentre un desarrollo óptimo de acuerdo a su propia evolución y a su medio; siendo una forma de tratamiento psicológico en donde se mezclan elementos emocionales y técnicos y donde ambos juegan un papel esencial; la psicoterapia transcurre sobre las emociones y sentimientos de ambos participantes: psicoterapeuta y paciente, esto a través del análisis transferencia-contratransferencia*.

Para comprender la estructura y funcionamiento teórico y técnico de la psicoterapia psicoanalítica se revisaran los principales aspectos que la sustentan y que propiciaron su desarrollo, para lo cual se abordara brevemente la teoría psicoanalítica; así como sus principales contribuciones.

1.2.1 Psicoanálisis

El psicoanálisis constituye una de las teorías que más controversia ha generado. Los planteamientos realizados por Freud revolucionaron la noción del hombre y la concepción de las enfermedades mentales y nerviosas; así como su tratamiento. Su influencia no solo repercutió en la psiquiatría o la Psicología, sino que llegó a campos diversos de la actividad humana, sobreviviendo a diversas tendencias y épocas. El psicoanálisis, tal como Freud (1923-1922) lo señala, abarca tres áreas: Una teoría, una técnica y un método de investigación; ya que es un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías, un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas, fundado en esa indagación y una serie de intelecciones psicológicas, ganadas por ese camino, que se han fusionado en una nueva disciplina científica.

El psicoanálisis surge en el contexto médico¹, estrechamente relacionado con la práctica clínica y reformulado en función de ésta; de su contacto con el campo de las enfermedades del sistema nervioso, especialmente en los fenómenos histéricos, nota un factor sexual² adyacente a los síntomas, que regularmente incluía el recuerdo de un abuso sexual durante la infancia. Esta situación permite el surgimiento de la teoría de la seducción, en la que se establece que el abuso no era real sino que formaba parte de una fantasía del paciente. Con lo que se abre el camino al psiquismo humano como un campo de simbolizaciones y resignificaciones. Gutiérrez (1998) explica que el psiquismo se va construyendo

¹ Cabe señalar que Freud pasa de las investigaciones médicas a las enfocadas en el aspecto psíquico, dejando los aspectos médicos por los psicológicos.

² Dentro del psicoanálisis lo sexual no se refiere a lo orgánico, genital o exógeno sino como parte de la libido. Para Tallaferro (2000) el término sexual denota la función general de obtener placer.

por resignificaciones continuas y por ello una situación puede convertirse en traumática en función de una resignificación que se le de. A partir de aquí el conflicto gira en torno a los deseos inconscientes. Nace el psicoanálisis propiamente dicho, ya que se da un viraje hacia la realidad psíquica, al descubrimiento de la sexualidad infantil, la importancia de los sueños y el descubrimiento y desarrollo de uno de los pilares de la teoría y técnica psicoanalítica: el complejo de Edipo.

Como teoría, el psicoanálisis se apoya en tres hipótesis fundamentales: la compulsión a la repetición, el determinismo psíquico y la existencia de procesos mentales inconscientes. *La compulsión a la repetición* es definida por González y Rodríguez (2002) como un proceso de origen inconsciente, por medio del cual el sujeto actualiza situaciones penosas y experiencias antiguas; *repite sin poder evitarlo, repite para no recordar*, en ella se origina la transferencia y por lo tanto la contratransferencia, ya que como Guerra (2001) afirma, es una disposición del sujeto. El *determinismo psíquico* establece que la *realidad psíquica* es lo más importante, el tiempo y espacio de la realidad exterior quedan subordinados a ésta, en ella no existe la casualidad, no existe la discontinuidad; se encuentra dominada por *procesos inconscientes*, por ello algunos actos aparentemente no intencionados están determinados por motivos inconscientes, produciendo pensamientos, acciones y sueños, rigiéndose por el proceso primario y predominando el principio del placer, Freud expone como características propias del inconsciente la ausencia de contradicción, los mecanismos de condensación y desplazamiento, la intemporalidad y la falta de distinción entre realidad externa e interna; proponiendo, además, otras dos instancias en el esquema del aparato psíquico: preconscious y consciente. El preconscious se encuentra regido por el proceso secundario, que implica la presencia de la lógica, de la relación causa/efecto y la elaboración cronológica de las representaciones; las que pueden ser conscientes con un poco de esfuerzo. El sistema consciente es un filtro protector; una especie de órgano sensorial entre lo interno y lo externo; recibe,

amortigua y transmite, regula la vida psíquica y mantiene un equilibrio de la tensión energética (Tallaferro, 2000).

Gutiérrez (1998) y González y Simo (1995) destacan que otro factor a considerar es la invisibilidad del inconsciente, teniendo noticias de él a través de métodos indirectos; el terapeuta cuenta con una serie de herramientas que le permiten revelar sus trazos y transformaciones, es a través de los sentidos y con la guía de la intuición, del “sexto sentido”, de su contratransferencia, que el psicoterapeuta puede percibir dichos trazos, percepciones sensibles que despiertan y actualizan los conocimientos que éste ha almacenado en su estructura psíquica; microcomponentes, conscientes, preconscientes, y sobre todo inconscientes, que se funden en la escucha analítica.

Retomando estos aspectos, para Gutiérrez (1998) es importante señalar que el inconsciente no es la sede ni de los instintos ni de la irracionalidad animal; expone que lo inconsciente no es algo endógeno y meramente subjetivo, sino que tiene un carácter estrictamente cultural; resultado del encuentro con el inconsciente del otro, producto de una determinada relación intersubjetiva y de la metabolización intrapsíquica singular; de aquí se desprende que para su transformación, con vistas a conseguir mayor creatividad, salud o menor sufrimiento psíquico se requiera un elemento que rompa con la introspección por insuficiente y esto es el encuentro con otro; dentro de la psicoterapia, ese otro es el psicoterapeuta; *quien cuenta con la ayuda de sus conocimientos técnicos, de su propio inconsciente y de su contratransferencia para reestructurar lo que se ha constituido como traumático.*

Freud ya consideraba la importancia de las relaciones interpersonales, especialmente las del entorno parental, e idea la segunda tópica; en donde concibe la mente humana compuesta por tres instancias: *Ello, Yo y Superyo*. El Ello está conformado por pulsiones, constituye el núcleo de nuestra personalidad; sólo tiene contacto con el mundo exterior a través de otra instancia, se rige bajo el

proceso primario, es gobernado por las sensaciones placer-displacer, obedeciendo solo el principio del placer³. El Yo se desarrolla a partir del Ello para recibir los estímulos y estar en contacto con la realidad objetiva, parte de la percepción conciente y su función es regular las demandas del Ello ante las exigencias de la realidad externa, decide si la exigencia de la pulsión se satisficiera, se desplazara o tendrá que ser sofocada. Se rige por el principio de la realidad; su tarea es la autoconservación, la seguridad; tiene que defenderse contra un mundo exterior que amenaza aniquilarlo, así como un mundo interior demasiado exigente; el Ello puede dañarlo con estímulos de intensidades hipertróficas, que destruyen su organización dinámica, además, la experiencia puede haber enseñado al Yo que satisfacer una exigencia pulsional le traería peligros en el mundo exterior, por lo que combate en dos frentes, aplicando los mismos métodos defensivos, pero la defensa contra el enemigo interior es deficiente, a consecuencia de la originaria identidad; perdurando como amenazas (Freud, 1940(1938)).

A los cinco años, aproximadamente; como resultado del complejo de Edipo un fragmento del mundo es acogido en el interior del Yo por medio de la identificación, esta nueva instancia psíquica prosigue las funciones ejercidas por personas del mundo exterior; observa al Yo, le da órdenes, lo juzga y lo amenaza; suele desplegar una severidad para la que las personas reales no han dado el modelo; ya que su hiperseveridad corresponde a la intensidad de la defensa contra la tentación que despierta este complejo. No pide cuentas al Yo sólo a causa de sus acciones, sino también de sus pensamientos y propósitos incumplidos (Freud, 1940(1938)). Y no sólo ejercen influencia sus progenitores sino todas las disposiciones y costumbres sociales de su entorno, del presente y el pasado. Es vehículo de la tradición cultural, contiene normas éticas y morales,

³ La finalidad del principio del Placer es evitar el displacer, es un principio económico, ya que el displacer se encuentra ligado a un aumento de excitación y el placer a una disminución; su función primordial es la descarga o reducción de la energía. Se caracteriza por ser exigente, impulsivo, irracional, asocial y egoísta, busca solo el placer; no cambia a lo largo del tiempo porque no esta en contacto con el mundo real. Este principio no solo rige al ello, sino a todas las instancias, las cuales no lo cancelan, sino que lo modifican (González y Rodríguez, 2002).

preceptos familiares y culturales y regula las pulsiones que pondrían en peligro la estabilidad social, rigiéndose por el principio del deber (González y Rodríguez, 2002).

Dentro de estos sistemas psíquicos, circula la energía pulsional; Freud, distingue pulsiones de vida y pulsiones de muerte (Eros y destrucción), ambas siguen una evolución determinada por las necesidades corporales. Ambos impulsos llegan a fusionarse, neutralizarse o alternarse y tiene una secuencia que se puede dividir en las fases oral, anal, fálica-edípica, latencia y genital; estas fases se distinguen de acuerdo a la parte del cuerpo en donde se da la excitación sexual, caracterizándose por la primacía de la zona erógena y por un modo específico de relación de objeto (González y Rodríguez, 2002, Tallaferro, 2000). Las pulsiones tenderán a la satisfacción inmediata, sin embargo esta satisfacción traería varios conflictos con el mundo exterior; y si las vías por las cuales se realiza esta satisfacción no están disponibles o son inhibidas se recurre a acciones inadecuadas, de las cuales se pueden derivar síntomas neuróticos. Se supone que la persona encuentra formas más maduras de enfrentarse a la frustración, la postergación, la realidad y a expresar sus emociones; pero algunos aspectos suelen detenerse en su desarrollo y no evolucionar al mismo nivel: se quedan *fijados* en etapas anteriores por carencia, frustración o por exceso de satisfacción. La *regresión* es un proceso estrechamente relacionado con la fijación; en la que una parte de la personalidad pierde el grado de desarrollo que tenía y regresa a uno de la etapa anterior, que durante ese periodo le servía y era adaptativo.

Estos conceptos serán de vital importancia durante el proceso psicoterapéutico, ya que el propósito del trabajo analítico es que el paciente cancele las represiones de su desarrollo temprano y las sustituya por unas reacciones adecuadas para su estado de madurez psíquica. Para ello es necesario que recuerde ciertas vivencias y el afecto por ellas provocado, ya que los síntomas e inhibiciones son consecuencia de esas represiones, sustituyen lo olvidado. Por medio de los sueños, las asociaciones libres, actos fallidos (dentro y fuera de la situación

analítica) y la relación transferencial, se trata de conformar una imagen del pasado olvidado. Siendo la transferencia una producción del mundo interno, se pretende abordar, elaborar y resolver los conflictos psíquicos a través de la “neurosis transferencial” y del análisis transferencia-contratransferencia, mediante interpretaciones. Para Devereux (1983) lo más novedoso dentro del psicoanálisis es esa postura metodológica, destacando la identidad/reciprocidad que existe entre el sujeto y objeto de la ciencia del comportamiento, aprovechando la subjetividad del observador y del hecho de reconocer que su presencia influye, no como fuente de perturbación, sino como fuente importante e indispensable de datos complementarios, que de otro modo se perderían; *el psicoanálisis fue pionero en reconocer la importancia que tenía el científico en la ciencia del comportamiento, aceptando que influye y es influido por los fenómenos que estudia; el psicoterapeuta psicoanalítico, por medio de su inconsciente disciplinado puede atender sus reacciones contratransferenciales en beneficio de la psicoterapia.*

1.2.2 Objetivos de la psicoterapia psicoanalítica

El psicoanálisis es la técnica madre; supone un elevado costo en tiempo y dinero, limita la movilidad geográfica y requiere una estricta selección de los pacientes. Las psicoterapias psicoanalíticas tienen objetivos más parciales y un número inferior de sesiones semanales. Para Coderch (1990), la psicoterapia psicoanalítica es un tratamiento de orientación psicoanalítica que no trata de resolver sistemáticamente los conflictos inconscientes, sino que intenta solucionar algunas resistencias y reforzar otras, con la subsiguiente integración parcial, por parte del yo, de las pulsiones reprimidas. González (1999) define los siguientes objetivos de la psicoterapia psicoanalítica:

- Que el paciente logre una autocrítica de sus problemas y una reorganización de su personalidad

- Descubrir o explorar el material reprimido, ya que al ahondar en éste se dan cambios en su comportamiento, propiciando una mejoría significativa.
- Trascender al alivio de los síntomas, descubriendo su origen, logrando un autoconocimiento
- Suscitar un cambio profundo en la personalidad mediante el conocimiento de las motivaciones y conflictos inconscientes.

La psicoterapia psicoanalítica es una terapia causal; su objetivo es resolver los conflictos neuróticos por medio de asociaciones libres, sueños, lapsus y actuaciones del paciente. *Se considera como objetivo y eje psicoterapéutico la activación de las funciones yoicas, mediante las cuales sea posible elaborar de modo focalizado la problemática, con la guía, el estímulo y realizaciones simbólicas del vínculo vivido en la relación de trabajo, transferencia-contratransferencia, activando las funciones yoicas del paciente en la transferencia y del psicoterapeuta en la contratransferencia; lo que permitirá ejercer una influencia sobre su Superyó y buscar un nuevo equilibrio en sus funciones yoicas, logrando un mayor control de impulsos (González, 1989).*

Para lograr estos objetivos, el psicoterapeuta cuenta con una serie de elementos técnicos; que van desde elementos temporales y espaciales, hasta elementos contractuales y de carácter subjetivo. La técnica psicoanalítica reconoce que uno de los elementos con los que cuenta el psicoterapeuta es su propia personalidad, la que afinada por medio de su análisis personal, su formación, su autoanálisis y supervisión es el sustento de sus intervenciones, de tal manera que el encuadre psicoanalítico siempre entrelazara al psicoterapeuta con su técnica y su práctica.

1.2. 3 Técnicas de la psicoterapia psicoanalítica

El psicoanálisis no nació al margen de otras prácticas terapéuticas, simultáneas y anteriores a su época; sus fuentes inmediatas fueron la hipnosis y el método catártico. Junto con Breuer, Freud utiliza el método hipnótico con una variante:

era un método de diagnóstico que permitía al enfermo relatar aspectos que no mencionaba durante el estado de vigilia. Junto con este procedimiento utilizaba también el método catártico, el que consiste en la eliminación o expulsión de recuerdos que perturban la conciencia del paciente. En estos procedimientos se descubrió por la exploración biográfica de la paciente, que ésta padecía por la influencia de un *trauma* psíquico. Freud sustituye el estado hipnótico por el de concentración y apremio; en el cual el paciente se concentraba mientras él colocaba su mano sobre su frente y realizaba una leve presión, pidiéndole que comunicara todo aquello que acudiera a su mente. No se tiene conocimiento preciso de cuando Freud abandono estos procedimientos y de hecho, en la situación psicoanalítica, tal y como la conocemos actualmente, existen sus vestigios.

Freud (1888-92) reconoció que gracias a la técnica hipnótica, se pudieron crear las condiciones propicias para la cura analítica. Una experiencia terapéutica decisiva fue el tratamiento realizado por Breuer de “Anna O.”; quien comentó que se sentía aliviada al relatar la primera aparición de un síntoma, observando que posteriormente el síntoma desaparecía. La paciente continuo relatando un síntoma tras otro; la posibilidad catártica de hablar y recordar fue denominada por “Anna O.” como *talking cure*, también conocido como “cura de conversación” o “limpieza de chimenea”. En ese tiempo la técnica estaba compuesta por el encuadre (el paciente tendido en un diván, analista situado detrás de él, el encuentro clínico diario por cincuenta minutos; sin plazo previsto para la terminación del tratamiento), las reglas técnicas (asociación libre, atención flotante, neutralidad y abstinencia) y los instrumentos de trabajo (reconstrucción, interpretación y traslaboración), todo ello en el marco de la transferencia, teniendo como fin inmediato la toma de conciencia (insight) del significado de los deseos inconscientes (Sánchez Barranco, 1994). La técnica psicoanalítica ha sufrido varias transformaciones desde sus inicios, sin embargo no ha perdido sus cualidades esenciales para la cura.

Para González (1999) la *psicoterapia psicoanalítica es el proceso en el que los sentimientos, pensamientos y necesidades inconscientes se hacen conscientes a través de las diversas técnicas empleadas por el psicoterapeuta sobre el comportamiento del paciente, siendo las estrategias básicas de la psicoterapia psicoanalítica la asociación libre, la interpretación de los sueños y el análisis de la transferencia; así como el uso de la interpretación de las resistencias y de las relaciones con el psicoterapeuta, teniendo éste una influencia particular sobre el paciente*. Las técnicas empleadas son muy importantes dentro del proceso terapéutico, pero esa importancia deriva del *cómo* el psicoterapeuta las aplica; de la relación que establezca con el paciente dependerá el resultado de la psicoterapia; a continuación se explicara brevemente en que consisten esas técnicas, así como lo relativo a la postura del psicoterapeuta.

Interpretación: Ésta constituye la piedra angular de casi cualquier forma de psicoterapia dinámica y lo que la distingue de las demás terapias. Es el procedimiento analítico más importante; todos los demás procesos contribuyen a una o hacen efectiva alguna, es el instrumento último y decisivo, reduce tanto las resistencias internas como los motivos para defenderse contra ciertas pulsiones. Es definida como “...deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento del sujeto...saca a la luz modalidades del conflicto defensivo... con miras a hacerle accesible este sentido latente...” (González y Rodríguez, p. 208, 2002) Las intervenciones del analista sirven para desestabilizar el equilibrio de las fuerzas en conflicto dentro de la mente del paciente (Smith, 2002).

La interpretación analítica se ocupa de aquellos contenidos deformados, alterados y mutilados a través de los cuales el sujeto se engaña; su meta principal es conseguir que el analizado llegue a la autocomprensión afectiva (insight⁴). No

⁴ La palabra *insight* es un termino que aunque no es mencionado por Freud se encuentra presente a lo largo de su obra. Según Etchegoyen (1986, citado en Bachs y Nbtó, 1994), Freud hubiera podido decir que la finalidad del psicoanálisis es hacer consciente lo inconsciente y denominar a esa toma de conciencia insight, siendo un proceso por medio del cual alcanzamos una visión

basta que el psicoterapeuta proponga un significado del acto o contenido mental y que el analizado lo acepte intelectualmente, sino que es imprescindible que superando las barreras de las defensas y resistencias experimente la comprensión de los contenidos antes inaccesibles (Sánchez Barranco, 1996a). Esta comprensión debe ser tanto emocional como intelectual, la interpretación se debe ofrecer cuando este muy cerca de la conciencia del paciente y en un punto que no genere mucha ansiedad, ya que éste podría rechazarla. La interpretación implica transmitir al paciente, hacer conscientes sus contenidos emocionales inconscientes, para que pueda así comprender su realidad psíquica, "...en las psicoterapias orientadas psicodinámicamente, el medio principal por el cual el paciente es expuesto a experiencias previamente evitadas es la interpretación. Habitualmente se habla de las interpretaciones en términos de significados clarificadores o transmisores de percepción empática...pero..las interpretaciones sirven también para hacer al paciente tomar contacto con experiencias que ha evitado temerosamente y capacitarle para reencontrarlas en un contexto seguro y controlado. Estas experiencias rechazadas son, en gran medida, experiencias "internas"...los propios pensamientos, deseos, sentimientos del paciente a cuya evitación ha dedicado muchas de sus energías..." (Watchel, 1996, p.57-58).

El estar en análisis implica cuatro procedimientos: confrontación, aclaración, interpretación y traslaboración. En la confrontación el fenómeno en cuestión tiene que hacerse evidente; resultar explícito para el yo consciente del paciente. La aclaración se refiere a las actividades que enfocan los fenómenos que se están analizando. La interpretación significa hacer consciente un fenómeno inconsciente; ya sea su significado o causa. *El analista utiliza su propio inconsciente, su empatía y su intuición, así como sus conocimientos teóricos y técnicos para llegar a una interpretación* (Greenson, 1988). Al interpretar se va más allá de lo observable y atribuyendo causalidad y significado. La traslaboración es una serie de procedimientos y procesos que se producen después de presentarse un insight,

nueva de nosotros mismos, es un conocimiento "conceptualmente intransferible": yo solo puedo tener insight de mí mismo.

esta función es realizada fuera de la consulta; es el elemento que más tiempo se lleva durante la terapia. Todos estos pasos son necesarios, y la mayoría de las veces se presentan juntos, algunos surgen espontáneamente y no siempre siguen el orden descrito, siendo elementos básicos en la labor del analista.

Asociación libre: es la regla fundamental del psicoanálisis; González y Rodríguez (2002) la definen como aquel método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vengan a la mente, ya sea a partir de algún elemento dado o espontáneamente; asociando libremente ideas, sueños y sucesos cotidianos o de su pasado durante la sesión. Este método tiene prioridad sobre otros medios de producir material. Freud identificó que de esta forma, además de acceder a recuerdos más o menos olvidados, lograba romper mejor las resistencias ya que permite que pensamientos involuntarios afloren en el tratamiento, en estado de vigilia, sin estar sometidos a ninguna influencia, requiriendo que el paciente deje de censurar o seleccionar los pensamientos que son ridículos, agresivos o avergonzantes y comunique todo aquello que venga su mente, ya sea que le cause alivio, sea desagradable, importante o que parezca sin sentido. A partir de estas asociaciones; psicoterapeuta y paciente pueden llegar a descubrir las bases ocultas de sus problemas; el material proporcionado permite conocer lo sucedido en su pasado y que olvido, así como lo que sucede en su interior y no comprende (Freud, (1940(1938)).

La asociación libre se basa en el deseo del analista de que sea el paciente quien escoja el tema de la sesión, no imponiendo sus intereses; con frecuencia el paciente no encuentra que decir, su valor procede de esa imposibilidad de decir todo, ya que la ausencia de asociaciones también indica lo que trata de evitar. El tema elegido se encuentra frecuentemente determinado por lo que trata de evitar y por la forma en que lo hace, y no obstante que se le denomina asociación libre, no es del todo libre, ya que en el fondo es guiada por el inconsciente, se denomina libre porque debe estar libre de las objeciones de la conciencia, aunque como

menciona Gutiérrez (1998) en realidad nunca está libre de las objeciones provenientes de los mecanismos de defensa.

Análisis de los sueños: Durante el sueño no se encuentran presentes los intereses adaptativos del Yo, la dueña de la situación es la libido; los recuerdos preconcientes o restos diurnos (impresiones del día que han dejado su huella y que se encuentran a disposición del sujeto aunque no sean concientes) son liberados, puestos a disposición; se actúan sin ningún riesgo, ya que es una actuación alucinatoria y no conductual del deseo inconsciente, utilizando simbolizaciones, las que sirven para escapar a la censura⁵. Esta transición se denomina trabajo del sueño o elaboración onírica y consiste en la traslación de los restos diurnos preconcientes al inconsciente, la elaboración del sueño en el inconsciente y su aparición en la conciencia en forma de imagen (Gutiérrez, 1998). El sueño se analiza en función de las asociaciones que el paciente realiza de él; no solo las que siguen a su relato, sino las que le preceden; él paciente habla del sueño porque se vincula de alguna manera con el material de la sesión; el sueño se debe analizar desde el sentido particular de cada sujeto y su historia particular. La técnica fracciona el sueño, el contenido manifiesto⁶ da lugar a un material más amplio: el contenido latente. Para Freud era esencial que el paciente realizara las asociaciones de su sueño, esto con la finalidad de disminuir la posibilidad de que el analista proyectara su propio mundo sobre el sueño del paciente.

Actualmente se considera que no solo los sueños del paciente podrían ser fuente de análisis, los sueños de los psicoterapeutas respecto al paciente también constituyen una fuente de insight, solo que éstos no se discuten en la sesión, con el paciente, sino que son retomados en el autoanálisis, supervisión o análisis personal del psicoterapeuta y pueden ayudar a esclarecer elementos ya sea transferenciales o contratransferenciales dentro del proceso psicoterapéutico.

⁵ La censura es una expresión represora al servicio del Superyó.

⁶ El contenido manifiesto se refiere a lo que ocurre de hecho en el sueño, mientras que el contenido latente se refiere al significado simbólico.

Parapraxias: son errores o accidentes; sucesos de la vida normal que tienen bases causales específicas: olvidos, equivocaciones orales, accidentes, errores en la lectura y la escritura, etc., los cuales surgen por deseos inconscientes inicialmente ocultos a la conciencia y se revelan involuntariamente, determinadas por una incapacidad temporal del Yo para dominar una intención inconsciente, delatando o traicionando un conflicto íntimo (González y Rodríguez, 2002).

Resistencia: Las resistencias surgen en el curso de la terapia y son un impedimento para la resolución de conflictos neuróticos. Existen numerosas formas de resistencia: hablar menos, hacer pausas más largas o informar que tienen la mente en blanco, hablar repetidamente de un tema o repetir el mismo material, omitir o censurar cierta información, intensificación de los síntomas, cura repentina, acting out, intelectualización, frialdad e indiferencia, retraso e inasistencia en los pagos, fijación en el tiempo y resistencias de transferencia, entre otras. La “reacción paradójica” es un aspecto de la resistencia, en la cual el paciente al oponerse al análisis, parece sufrir simultáneamente el anhelo de aliviarse y la compulsión por defenderse de cualquier cambio; entorpeciendo el proceso.

La resistencia es una forma en que el paciente no acata la regla fundamental, siendo un obstáculo para el esclarecimiento de los síntomas y para el avance del tratamiento. Freud (1926-1925) distingue entre cinco tipos de resistencia, tres de ellas conectadas con el Yo (represión, la transferencia y el beneficio secundario de la enfermedad), las otras dos son las resistencias del Ello y el Superyó, la primera se debe a que las pulsiones no aceptan cambios fácilmente, lo cual se expresa en la compulsión a la repetición, por otro lado la resistencia de Superyó se da por la culpabilidad inconsciente y la necesidad de castigo. Dentro del tratamiento; cualquier conducta del paciente puede desempeñar la función de resistencia. “...La resistencia acompaña todos los pasos del tratamiento; cada ocurrencia singular, cada acto del paciente... se constituye como un compromiso entre las fuerzas

cuya meta es la salud y aquellas, ya mencionadas, que las contrarían...” (Freud, 1912a, p. 101). Así como las resistencias del paciente pueden obstaculizar el curso del proceso terapéutico, las contrarresistencias, es decir, las resistencias del psicoterapeuta, también pueden influir en el tratamiento, por lo que le corresponde estar atento a sus reacciones y dinámica personal, para que de ese modo afecte lo menos posible el tratamiento. Este punto pone en relieve la importancia que tiene la dinámica personal del psicoterapeuta en el tratamiento y será abordado en los próximos capítulos con mayor profundidad.

Transferencia: Ésta es uno de los elementos de la relación terapéutica; es un tipo especial de relación, una distorsión, un desplazamiento de personas importantes del pasado del paciente hacia el psicoterapeuta: “...la transferencia es sentir impulsos, actitudes, fantasías y defensas respecto de una persona en la actualidad que no son apropiados para tal persona y son una repetición, un desplazamiento de reacciones nacidas en relación con personas que tuvieron importancia en la primera infancia. La susceptibilidad de un paciente a reacciones transferenciales se debe al estado de insatisfacción de sus instintos y la consiguiente necesidad de oportunidades de descarga...” (Freud, 1912, citado en Greenson, 1988, p.48). En un inicio Freud no había considerado el significado de la transferencia; por lo que las curas no eran consistentes. A través del caso “Dora” (Freud, 1905 [1901]), reconoció la importancia de estos eventos y determinó que solo tras el desarrollo y análisis de lo que denominó *neurosis transferencial* podía alcanzarse la cura. Kemper (1972) sugiere que tanto el sueño como la transferencia poseen el mismo dinamismo; los dos son alimentados por aspiraciones tempranas todavía abiertas (deseos infantiles) y son movilizadas por algo actual correspondiente, además, en ambas, la realidad se interpreta en función de dichos deseos; para el autor, la analogía va más allá; se sabe que en efecto, lo más importante del sueño no es su contenido manifiesto, sino el contenido escondido detrás de él, dicha ley es igualmente aplicable al material transferencial.

La transferencia puede constituir una herramienta o ser una fuente de resistencia, esto de acuerdo con el tipo de sentimientos que sean desplazados hacia el psicoterapeuta y por el manejo técnico que éste les dé. Por lo regular es una relación ambivalente; su importancia radica en que el paciente no recuerda, sino que actúa su pasado frente al psicoterapeuta, además de que al transferir sentimientos de personas importantes en su infancia también concede cierto poder sobre su Superyó, pudiendo realizar algunas modificaciones en sus procesos psíquicos. Por su importancia en el proceso terapéutico y dentro de esta investigación; este será un tema que se abordara con mayor amplitud en el próximo capítulo.

Atención flotante: *La atención flotante es la contrapartida de la asociación libre en el proceso terapéutico, ambas constituyen las reglas básicas de la psicoterapia psicoanalítica.* El psicoterapeuta debe escuchar desprejuiciadamente, sin privilegiar algún elemento del discurso del paciente. Esta atención flotante es la única herramienta objetiva para desenmascarar el discurso del paciente, se debe escuchar con atención flotante y no realizar ningún esfuerzo consciente por recordar (se recomienda que el analista no realice notas o apuntes⁷) se recordaran los datos importantes si se pone atención y si el paciente no agita las propias reacciones transferenciales del analista. La atención no selectiva ni dirigida tenderá a excluir las propias deformaciones tendenciosas y permitirá que el analista siga al paciente. Desde esta posición, el analista puede oscilar y realizar fusiones entre sus asociaciones libres, su empatía, intuición, introspección, conocimiento teórico, etc. La atención flotante se relaciona con la posibilidad de establecer una zona de contacto; de comunicación de inconsciente a inconsciente (Siquier, 2001), ya que el inconsciente disciplinado del psicoterapeuta puede funcionar como una caja de resonancia para el inconsciente del paciente.

⁷ Freud expone que el tomar notas durante la sesión despertara la desconfianza del enfermo y perturbaría la recepción del material (Fragmento de análisis de un caso de histeria, (1905[1901])).

Para Greenson (1988) el modo en que el analista debe escuchar es tan singular y complejo como la asociación libre del paciente; el analista escucha con tres objetivos en mente: 1) trasladar los sentimientos, pensamientos, fantasías, comportamientos e impulsos hasta llegar a su origen inconsciente, 2) sintetizar los elementos inconscientes en insights, relacionando elementos del pasado, del presente, conscientes e inconscientes, para dar una continuidad y coherencia, 3) los insights así obtenidos deben ser comunicables al paciente, para que éste lo utilice constructivamente; todo aquello que estorbe la capacidad de realizar estas actividades debe ser evitado.

Botella (Smith 2002) propone que la escucha analítica, es, en primera instancia universal a todos los sistemas teóricos; siendo el escuchar lo latente en oposición al contenido manifiesto: la escucha solo llega a ser analítica cuando puede producir algún cambio en el funcionamiento psíquico del paciente; de tal modo que se deje gobernar por el proceso secundario y éste se enganche de las fuerzas del proceso primario y surja la tendencia a asociar libremente. El psicoterapeuta debe ser capaz de escuchar y obtener información de otra persona tal y como es presentada por ésta; sin reaccionar de acuerdo a sus propias experiencias. Siquier (2001) puntualiza que el analista deberá evitar su interés focalizado, así como el ejercicio activo de su memoria; esta prescripción se relaciona con la contratransferencia, para esta autora la atención flotante es una norma técnica del método, mientras que la contratransferencia es una de las teorías que explican las oscilaciones en la posibilidad de la norma. La atención flotante tiene que ver con las reacciones que se pueden dar desde la contratransferencia; esta atención es producto del propio análisis del psicoterapeuta, (Guerra, 2001).

Para González y Simo (1995) la escucha “flotante” es una escucha atenta y altamente especializada, flota en un espacio entre conscientes e inconscientes, entre atención y ensoñación, y es la única que puede revelar lo que el lenguaje del paciente calla mientras habla, revela mensajes detrás de los silencios, el gesto

y el síntoma, conduciendo finalmente a la interpretación. Bianchedi et. cols (citado en Siquier, 2001) determina como características de la atención flotante, la tolerancia a la incertidumbre, la capacidad de dejarse sorprender, la capacidad de espera y un sentimiento de peculiar empatía.

Neutralidad: Para Miró y Anguera (1996) la actitud de neutralidad constituye un elemento central del setting terapéutico e implica que el psicoterapeuta, a pesar de estar activamente envuelto en la relación no puede manifestar sus sentimientos ni opiniones, ni nada que transmita algo de su vida personal. Anna Freud (citado en Hernández de Tubert, 1999) define la neutralidad técnica como la ubicación del analista en un punto equidistante entre el Yo, el Ello y el Superyó del paciente, no tomando partido ante el conflicto del analizado. Cuando el psicoterapeuta habla no escucha y hablando deja de ser neutral, al escuchar puede lograr la neutralidad, al hablar nunca. Sin la neutralidad no se podría establecer la relación transferencia-contratransferencia. El psicoterapeuta no solo debe lograr la neutralidad técnica sino que también debe ser un objeto neutro que permita al paciente proyectar en él la fantasía, "...cuanto menos relevancia tenga el psicoterapeuta, más se podrá observar del paciente. Lo que no le es dado (al paciente) es imaginado...en situación analítica exploramos los contenidos inconscientes a través de las fantasías inconscientes. En ellas se articula lo consciente y lo inconsciente ... se proyecta el conflicto y así entramos a la transferencia (...)El retrato o atributos que el paciente otorga al psicoterapeuta son un constructo imaginario en la medida en que no le hayamos facilitado los datos reales...la actitud de *neutralidad* comporta una disciplina especial para el psicoterapeuta no queda al margen ni es insensible a los impactos emocionales a los que está sometido dentro de la relación terapéutica pero estas reacciones no pueden manifestarse como ocurriría en una situación relacional espontánea..." (Mitjavila, 1994, p. 285). Por medio de la neutralidad es posible demostrar al paciente lo poco realista que son sus reacciones transferenciales.

Baker (Smith, 2002) sostiene que la atención del analista se dirige a un continuo reestablecimiento de lo que llama una “posición neutral”, admitiendo que la neutralidad absoluta es imposible y que de hecho, el analista nunca se encuentra en una posición neutral. Sin embargo se tiende a considerar que cierto grado de ésta si lo es y que se relaciona con efectos positivos (Kemper, 1972). Le Guen (1988) plantea que la insistencia en la neutralidad del analista se debe a que constituye una defensa frente a la tentación de la manipulación, nada de lo que el analista dice será indiferente o no tendrá consecuencias; aunque no se puede sugerir nada que no esté implícito en el preconscious o inconsciente del paciente se corre el peligro de pasar de una sugestión (implícita e inevitable, pero controlable y tal vez benéfica) a una sujeción (constrictiva, deformante, y nociva). El analista debe mantenerse neutro, pero al mismo tiempo debe intervenir para cambiar algo en el paciente; siempre existe un riesgo doble, la ineficacia por exceso de neutralidad o el condicionamiento por abuso de intervención. Para Smith, (2002) es necesaria una redefinición de la neutralidad, como un fenómeno cercano y dentro de los límites de la contratransferencia.

Abstinencia: Al reconocer la influencia de la transferencia en el tratamiento, Freud⁸ insta la regla de la abstinencia y el concepto del analista como espejo. La primera establece que el paciente debería conocer lo menos posible del psicoterapeuta, siendo una de las medidas terapéuticas que provocan frustración en el paciente, para que de ese modo el paciente estructure su transferencia de acuerdo a sus propias disposiciones, además la frustración prolongada induce al paciente a la regresión, de modo que su neurosis se revive en la neurosis de transferencia. La idea del espejo se refiere a que el analista debe ser “impenetrable” para el paciente; mostrar solo lo que le es mostrado y no tratar de imponer sus normas y valores, lo cual no quiere decir que el analista deba ser inanimado, frío e impassible y aunque la regla de abstinencia alude a la importancia de no satisfacer los deseos infantiles y neuróticos del paciente, no significa que se

⁸ En Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica (1919-1918) Freud aborda el tema de la abstinencia y las condiciones en las que debía darse la cura, estableciendo que en la medida de lo posible, la cura analítica debía ejecutarse en un estado de privación-abstinencia.

frustren todos los deseos de éste (Greenson, 1988). Freud (1912b) sostenía que el analista debía ser como la luna de un espejo⁹; mostrar solo lo que le es mostrado, es sobre este analista-espejo que se proyectara la transferencia del paciente. Para Fenichel (1941 citado en Watchel, 1996) no existe error posible respecto a la regla de abstinencia, ya que un síntoma es sustituto de algo reprimido y si la sesión es en sí misma satisfactoria, el paciente se aferrara a esta pequeña satisfacción y no ira más allá; por lo que él analista no debe proporcionar al paciente ninguna *satisfacción de la transferencia*. El dar satisfacciones sustitutivas a los síntomas (dentro o fuera de la situación analítica) priva al paciente de su sufrimiento neurótico y de la motivación de continuar en su tratamiento, se trata de evitar que el paciente “huya hacia la salud” por medio de la cura de transferencia; esta norma implica no satisfacer las demandas del paciente o corresponder a los papeles que éste trata de imponerle.

El permanecer anónimo y ambiguo tiene dos consecuencias positivas: aumenta la probabilidad de que el paciente revele sus predisposiciones inconscientes y que reconozca que ha estado bajo el dominio de procesos inconscientes distorsionadores (ya que el analista no ha hecho nada para merecer la atención del paciente, éste se convencerá de que su percepción proviene de fuerzas y memorias de su interior, más de lo que pasa realmente). Tradicionalmente los analistas evitan responder a las preguntas de los clientes, dar consejos, además existe el temor de transgredir la regla de abstinencia y por ende el desarrollo de la transferencia, y que por indulgencia con los deseos del paciente, complazca o traumatice a éste (Watchel, 1996). Para facilitar el proceso de insight, el analista debe “abstenerse “ de todo aquello que no sea interpretar, teniendo solo las mínimas reglas de cortesía entre dos personas, la ética profesional que demanda el psicoanálisis solo es posible a través del principio de abstinencia, sin embargo, para que el psicoterapeuta se ajuste a este principio se requiere un trabajo sobre

⁹ Momigliano (citado en Bonasia, 2001) dirige la atención hacia la técnica descrita por Freud y su práctica clínica; la cual estaba caracterizada positivamente por una simpatía y calidez, para el autor, esta dicotomía sugiere que las recomendaciones técnicas fueron dirigidas, en gran medida,

sus conflictos, su inconsciente, trabajando sus reacciones contratransferenciales por medio de su autoanálisis y de ser necesario su supervisión y su análisis personal. Para Schroeder (2000) los aspectos relativos a la abstinencia y neutralidad y las metáforas relacionadas con éstas, son referencias implícitas a la contratransferencia, que como tal no es frecuente en la obra de Freud.

Hernández de Tubert (1999) afirma que la neutralidad y la abstinencia conducen a muchos analistas a preservar sus características personales, opiniones y creencias, actuando de forma austera, distante y autoritaria para resguardar la situación analítica de sus influencias; muchas de las investigaciones clínicas, presentaciones y viñetas se centran en el acontecer del paciente, excluyendo del proceso terapéutico lo referente al analista o su entorno; siendo éstos datos importantes, ya que el campo de acción psicoterapéutico es bipersonal; además, para esta autora ambos conceptos conducen a que los analistas pretendan permanecer misteriosos y anónimos para el paciente y que éste no observe nada referente a su persona, sin embargo los pacientes perciben pensamientos, creencias y sentimientos, al igual que perciben esa prohibición a hablar de ello a manera de “secretos de familia” que todos conocen pero fingen ignorar; esto trae como consecuencia que ciertos aspectos de la transferencia se queden sin analizar, restringiendo también el conocimiento del mundo interno del analista, perdiendo de vista que la herramienta fundamental con la que se cuenta en el proceso terapéutico es su personalidad total.

Devereux (1983) ya había advertido estas consideraciones en su obra, en donde afirma que a pesar de la neutralidad y abstinencia, el paciente siempre sacara conclusiones (tanto realistas como transferenciales) respecto al psicoterapeuta; ya sea por el aspecto del consultorio, su lugar de residencia, honorarios, e incluso de aquellos intentos por ocultarse, ya que la naturaleza de la “ocultación” revela lo ocultado; este autor concluye que el conocimiento del mundo interno del

a sus brillantes, pero indisciplinados pupilos, quienes tendían a perder el control de sí mismos ante los pacientes.

psicoterapeuta, de sus puntos ciegos, la conciencia de su propia humanidad y subjetividad, así como el reconocimiento de que su presencia influye en el tratamiento, le permiten situarse en una posición única y apreciar debidamente las reacciones transferenciales, previendo la neutralidad suficiente el setting terapéutico y escuchando con atención libre flotante.

Lo estipulado por Freud y sus discípulos respecto al rol del analista dentro del tratamiento fue evolucionando; pero no perdió sus cualidades centrales, también hay que subrayar que el ejercicio de estas reglas no solo obedece a un fin teórico, para Siquier (2001) la regla de abstinencia contiene, además, un contenido ético, cuya meta es respetar la autonomía del paciente, Barugel (citado en Siquier, 2001) ve en la regla de abstinencia un acto de renuncia de los aspectos infantiles-narcisistas del analista, ya que por la seducción, la suplica o la duda, el analista puede abandonar la abstinencia por una actitud de omnipresencia, perjudicando el proceso terapéutico. Dentro de las prescripciones de abstinencia y neutralidad se encuentra implícita la contratransferencia, siendo ésta una reacción que de acuerdo con las prescripciones no debiera existir y de hacerlo, estaría destinada a desaparecer. Sin embargo, actualmente se considera que la contratransferencia, sin contradecir los preceptos de neutralidad y abstinencia, puede situarse como un instrumento dentro del proceso terapéutico.

1.3 Proceso Psicoterapéutico

La palabra proceso se usa para designar cierta evolución o desarrollo; así como la forma en que se llega a él; por lo que toda definición de éste implica un método y es en este punto donde los problemas se multiplican (Smith, 2002). El proceso psicoterapéutico es la conjunción espacio-temporal de diversas influencias y acontecimientos que conducen al cambio y se dan en el contexto de una relación terapéutica; inicia con el contrato terapéutico y concluye cuando se han logrado las metas especificadas y se divide en tres fases, una apertura, una parte media y un fin (Poch y Maestre 1994, Smith, 2002). Para Botella (Smith, 2002), el análisis

es un proceso actual, el cual, como el sueño no tiene principio ni fin, excepto cuando es relatado.

FASE INICIAL: Se caracteriza por delimitar las áreas problemáticas en la vida del paciente, los objetivos del tratamiento y la consolidación de una alianza de trabajo que posibilite el proceso psicoterapéutico; se explica el tipo de ayuda que se puede prestar y la secuencia que podría llevar el tratamiento.

FASE MEDIA: es el tratamiento propiamente dicho; el psicoterapeuta se enfoca en la aplicación de los recursos técnicos indicados. Suele ser el período más extenso; en él se abordan los objetivos del tratamiento, las resistencias, las ansiedades y defensas que presente el paciente.

FASE FINAL: Se da a partir de la estimación de los objetivos terapéuticos. Se evalúa la situación actual y el desarrollo del proceso. Las separaciones van a vivirse en toda su magnitud, sin que esto conduzca a un estado mental de desesperación, gracias a que el paciente ha sido capaz de construir un espacio mental poblado de nuevas relaciones con un nuevo valor simbólico, que perduran a pesar de las ausencias físicas. Freud ya había abordado esta fase en Análisis terminable e interminable (1937a), en donde explica que el fin del tratamiento obedece a un fin práctico, su meta no debe ser que el paciente no registre conflictos internos de ninguna índole (ya que la dinámica pulsional entraña un conflicto permanente) ni limitar sus peculiaridades humanas a favor de una "normalidad"; simplemente debe procurar que existan condiciones más favorables para las funciones del yo; que el paciente ya no padezca a causa de sus síntomas y que el analista juzgue haber hecho consciente en el enfermo lo reprimido y eliminado la resistencia, de tal modo que no parezca factible que se repitan los procesos patológicos. En caso de que esto no se logre, se hablara de análisis imperfecto y no de uno no terminado. También se terminara el análisis si el influjo sobre el paciente a llegado a un punto en el que la continuación del análisis no promete ninguna alteración.

Freud ya había distinguido estos tres momentos significativos de todo análisis; pero no se planteó el problema metodológico en los términos en los que hoy se hace. El trabajo presentado por Smith (2002) del 42 congreso de la *International Psychoanalytical Association* acerca del proceso psicoanalítico brinda una opción para explorar ciertas cuestiones; el debate inicia desde la definición de proceso, que implica un desarrollo, lo cual traería un cambio, pero ¿qué tipo de cambio?. Esta cuestión puede ir desde el alivio de síntomas hasta un cambio intrapsíquico. Son muchos los aspectos que se consideran como esenciales dentro del proceso psicoanalítico, sin embargo no existe un acuerdo generalizado entre los analistas respecto a ellos. Hay que destacar que está constituido por acontecimientos específicos que tienen lugar en el curso de la psicoterapia; apoyándose en la experiencia individual; es una actividad de autoinvestigación, que se dirige a articular, comprender y descubrir, por lo que es un proceso mental e intrapsíquico. La psicoterapia psicoanalítica proporciona al paciente una relación, única y peculiar, una experiencia intrasubjetiva que no le es ofrecida por ninguna clase de relación y que constituye el proceso terapéutico (Coderch, 1990). Meyers (Smith, 2002) parece estar de acuerdo con este punto y expone que el proceso es creado como una interacción, en la que contribuyen ambos participantes.

El proceso terapéutico constituye uno de los aspectos con más relevancia dentro de la investigación clínica (Ávila, 1996, Smith, 2002), la cual procura identificar los factores curativos específicos, destacando entre éstos la posición del psicoterapeuta, sus habilidades para desarrollar y mantener una relación que permita al paciente comprender sus conflictos y solucionarlos, esto mediante la alianza de trabajo y la transferencia, ya que dentro del proceso terapéutico siempre coexistirán elementos de realidad y transferenciales. Las investigaciones demuestran la importancia de identificar y abordar la transferencia, así como la contratransferencia, ya que su manejo en el momento adecuado está relacionado con resultados positivos (González, 1989, Poch, 1996, Smith, 2002, Hayes y Gelso, 2001).

1.3.1 Contrato terapéutico

Como todo tratamiento, la psicoterapia psicoanalítica es transaccional y contractual, una persona que sufre acude en busca de ayuda con el psicoterapeuta; asumiendo las obligaciones de paciente, se compromete a colaborar con el psicoterapeuta de la manera en que ambas partes acordaron, este pacto es vital en el proceso terapéutico y se denomina contrato terapéutico (González y Rodríguez, 2002). *Este contrato puede ser definido como los arreglos necesarios para iniciar el tratamiento*: su frecuencia, los días, horarios, políticas de cancelación, vacaciones, entrevistas, llamadas telefónicas al psicoterapeuta, etc.; son las normas que proporcionan el setting. Psicoterapeuta y paciente deben estar de acuerdo en la forma en que van a trabajar, comprender y aceptar sus papeles y responsabilidades; el psicoterapeuta debe destinar tiempo y esfuerzo para explicar el proceso terapéutico, de tal forma que el cliente lo pueda entender. Para que se desarrolle una relación de confianza es necesario explicar al paciente las variables fundamentales del proceso terapéutico, Guerra (2001) afirma que esto permite despejar las fantasías mágicas del paciente respecto al tratamiento, ya que en algunos casos puede tener expectativas muy idealizadas respecto al trabajo del psicoterapeuta.

El contrato entre paciente y el psicoterapeuta esta pagado un beneficio intangible; la mejoría o maduración y su terminación depende del paciente y psicoterapeuta, cuando ambos deciden si se han logrado las metas deseadas. Además durante el proceso se pueden hacer algunas modificaciones. González y Rodríguez (2002) subrayan que un buen contrato beneficia y protege tanto al paciente como al psicoterapeuta, si éste respeta el contrato se protegerá contra las confusiones de las transferencias neuróticas y psicóticas del paciente, también protege los procesos y los sucesos inherentes a la psicoterapia. El paciente obtiene una mejoría; desaparición de los síntomas, entendimiento de sus procesos psicopatológicos, madurez, crecimiento, etc. mientras que el psicoterapeuta obtiene remuneración económica, prestigio, satisfacción personal, experiencia,

crecimiento emocional, etc. Toda falta o incumplimiento al contrato puede ser una forma de resistencia o contrarresistencia y por ello debe ser analizada y utilizada como fuente de insight para ambos. Para que dicho contrato exista se requieren ciertas condiciones espaciales y temporales que lo posibiliten, es decir se requiere de un encuadre.

1.3.1.1 Encuadre

El encuadre (contexto o setting) *son las condiciones formales donde se va a desarrollar el proceso terapéutico*. Guerra (2001) lo define como el conjunto de variables temporales y físicas propuestas por el psicoterapeuta y aceptadas por el paciente, Kemper (1972) afirma que el setting analítico, al margen del ambiente físico, incluye los roles y la participación del sujeto y objeto. No existe paciente, psicoterapeuta ni proceso terapéutico sin encuadre y todos los modelos terapéuticos poseen los suyos. El encuadre posibilita la regresión, que unida a la intensa relación paciente-analista, da lugar a una poderosa activación de la función de apoyo de la relación afectiva, lo cual es una enorme herramienta en el cambio psicológico (Atxotegi, 1994), tal como Schroeder (2000) lo menciona, el encuadre permite el empuje emocional. Lo primero que percibe el paciente en su trato con el psicoterapeuta es el encuadre, la actitud del psicoterapeuta es el encuadre interno; Mitjavila (1994) define los elementos que lo componen, así como sus características:

-Espacio: se refiere al espacio físico en que se conduce la psicoterapia: el consultorio. Es recomendable que no delate nada de la intimidad del psicoterapeuta, sea referente a su familia, o a sus adscripciones políticas, religiosas, etc. Condición que concuerda con la actitud de neutralidad; este espacio físico simboliza el espacio interno mental del psicoterapeuta, la expresión externa de su capacidad de contención y así es vivido por el paciente, por lo que puede favorecer o entorpecer el proceso terapéutico.

-Tiempo: el tiempo se aborda a través de tres variables; la frecuencia y duración de las sesiones y el tiempo entre éstas. Se deben de mantener con rigurosidad, evitando cambios e improvisaciones. La frecuencia de las sesiones puede oscilar de 1 a 2 sesiones semanales, con una duración de 45 min., aproximadamente. Las interrupciones y reencuentros permitirán observar y comprender como el paciente experimenta la separación, al igual que los mecanismos de defensa que moviliza. Se debe establecer la fecha de inicio; mientras que la probable finalización se determina de acuerdo con la evolución del paciente.

-Diván: su uso es opcional; entre sus ventajas se encuentra la facilitación de la asociación libre, así como de un discurso más regresivo, visual e imaginativo, principalmente porque pierde el acceso visual sobre el psicoterapeuta. Facilita la emergencia de lo interno y de la fantasía y permite una mayor tolerancia al silencio. Con el paciente recostado se evocan las condiciones del dormir y del sueño favoreciendo el objetivo de hacer consciente lo inconsciente (Schroeder, 2000). Durante las entrevistas iniciales o con determinados pacientes se puede permanecer sentados cara a cara ya que en esta posición ambos sujetos se visualizan dando una apariencia más real a las percepciones y supuestos que cada uno se forma del otro, analizando las expresiones, lo cual orienta los mensajes emitidos y resulta más tranquilizadora, estimulando el diálogo convencional, pudiendo ser también una forma de preparar al paciente al uso del diván.

-Acuerdo económico: éste marca la diferencia entre una relación amistosa y una profesional. El paciente debe pagar la sesión aunque falte a ella; establecer esta condición desde el inicio, como norma, evita el riesgo de manipulaciones futuras. "...En su vertiente profesional, podemos definir la psicoterapia como una relación profesional en la que un experto ofrece un servicio a una persona que lo necesita, de la cual recibe en contraprestación unos honorarios o un salario de la entidad

que lo emplea y ofrece los servicios...” (Ávila,1994, p.6), este acuerdo también incluye las reglas en cuanto a la forma de pago.

La estabilidad, el rigor del encuadre y el proceder del psicoterapeuta puede sentirse por el paciente de forma ambivalente: por un lado le proporciona seguridad y por el otro, le despierta oposición y conflicto. Las normas establecidas pueden chocar con las expectativas del paciente; produciéndose una confrontación entre dos encuadres: el del paciente y el del psicoterapeuta; ambos tienen que articularse, someterse o coexistir (Mitjavila, 1994). Boz y Raznoszczyk (1999) comentan que con algunos pacientes se puede modificar el encuadre y los elementos establecidos por éste pueden ser adquiridos progresivamente. *El encuadre analítico con la frecuencia de las citas, la larga duración del tratamiento, el empleo del diván, el silencio, etc. favorece la regresión, la transferencia y la alianza de trabajo, pero también se puede convertir en resistencia si esta atmósfera es percibida como irreal* (Greenson, 1988).

1.3.1.2 Regresión

En el contexto psicoanalítico, la regresión es un fenómeno psíquico que se caracteriza por el uso de modalidades de funcionamiento psíquico (tipo de relaciones objetales, formas de organización del yo, tipos de satisfacción libidinal, etc.) que no pertenecen al momento evolutivo en que se encuentre el paciente; por el desequilibrio de la estructura de la personalidad y por el paso de un nivel de expresión y comportamiento a un nivel inferior (Poch y Maestre, 1994). La regresión se refiere a la vuelta a una forma anterior, a puntos de fijación en tiempos anteriores; la fijación y regresión forman una serie complementaria, son interdependientes. Se debe considerar que la fijación es una tendencia del desarrollo y la regresión es un concepto defensivo, motivada por la huida del dolor y el peligro. Las características del encuadre propician la tendencia regresiva, que implica fluctuaciones y variaciones en la autoestima, la autoimagen e ideal del Yo. El analista contribuye al proceso regresivo con su constante atención y su falta de

reacción. Poch y Maestre (1994) explican que es un fenómeno propio de la relación asistencial que se establece en el encuadre y en el proceso psicoterapéutico: cualquier persona encarada a una situación de demanda de ayuda va a manifestar ciertos fenómenos regresivos, que expresan su necesidad de dependencia, su indefensión y desesperanza; este tipo de regresión será útil para el tratamiento en la medida en que el paciente consiga (con la ayuda del psicoterapeuta) elaborar las dificultades personales que le movieron a hacer una demanda de ayuda; es una oportunidad para que el paciente pueda restaurar la natural tendencia hacia el desarrollo y crecimiento.

Para González y Rodríguez (2002) existen cuatro aspectos dentro de la regresión: 1) la naturaleza de lo que se desea del psicoterapeuta, 2) las técnicas que utiliza el paciente para conseguir lo que desea, 3) la fuente u objeto indirecto de los esfuerzos del paciente y 4) la índole y el carácter del mismo paciente.

La regresión no debe fomentarse de forma indiscriminada, se debe procurar que se sitúe siempre dentro de niveles óptimos; el riesgo que se presente de forma masiva, intensa y permanente representa un obstáculo; el paciente pierde los aspectos sanos y maduros de su Yo que le permiten mantener la alianza de trabajo (Poch y Maestre, 1994). Una diferencia básica entre el psicoanálisis y otras terapias es el uso instrumental de la regresión; teniendo el analista una función muy importante: modular la regresión, de la misma forma en que modula la ansiedad, el psicoterapeuta debe controlar la frustración al paciente. Le Guen (1988) comenta que preparar la regresión del paciente en la cura es un medio y condición necesaria para la eficacia de ésta; pero lo que es imperativo es que el analista controle esta regresión y es este control la condición misma del respeto a la neutralidad del analista, ya que permite observar la regla fundamental y la regla de abstinencia. La situación analítica induce a la regresión, la cual se da en un marco de introspección y comprensión por parte del psicoterapeuta, lo que posibilita la regresión al servicio del Yo, que implica un crecimiento posterior a la

regresión temporal, esto es, que después de la relativa desorganización el paciente resuelve algo (González y Simo, 1995).

La regresión no es un fenómeno que solo se presente en el paciente, el psicoterapeuta también presenta pequeñas regresiones a lo largo del proceso psicoterapéutico; Beatriz de León, (Citado en Schroeder, 2000) señala la regresión tanto del paciente como del analista en la sesión, como una pérdida momentánea de la asimetría en donde se daría un entramado de afectos (incluyendo vivencias corporales) imágenes y palabras; creándose representaciones intersubjetivas que incluyen aspectos conscientes, preconscientes e inconscientes. Kemper (1972) considera que el analista, para poder percibir, comprender y elaborar las manifestaciones del paciente provenientes de la profunda fase de regresión, debe ser capaz de una “regresión pasajera, controlada por el Yo” (p.44) que acompañe al paciente, cuya incidencia en el proceso psicoterapéutico, a juicio de Schroeder (2000), debe ser investigada.

1.4 Relación Terapéutica

La noción del inconsciente y las vicisitudes de la relación terapéutica son dos aspectos que, aparte de constituirse en los ejes de la teoría psicoanalítica son contribuciones psicoanalíticas fundamentales a la psicoterapia; la enseñanza de Freud respecto a la relación interpersonal entre psicoterapeuta y paciente y los afectos en ella implícitos fundamentan hoy su práctica. Para que la psicoterapia alcance sus objetivos, es preciso que a partir de la nueva experiencia relacional el paciente pueda modificar sus relaciones consigo mismo e insertarse en el mundo de forma más sana y creativa.

Para Kleinke (1995) un punto esencial y común en toda psicoterapia es que el factor curativo es la relación entre psicoterapeuta y paciente; y para que ésta defina un proceso terapéutico es necesario que se sujete a una serie de postulados teóricos y técnicos; si el paciente puede vivir al psicoterapeuta como

alguien importante, cuyos sentimientos, actitudes y valores pueden ser incorporados, podrá hacer correcciones en sus experiencias tempranas con las figuras relevantes.

La psicoterapia psicoanalítica es ante todo una terapéutica relacional; se intentan comprender y modificar los contenidos del paciente dentro de la relación directa entre él y el psicoterapeuta, siendo ésta premisa, medio y fin del tratamiento. Premisa porque es necesaria para el establecimiento de la alianza terapéutica y para que se inicie el proceso del tratamiento; el medio porque la comprensión de la transferencia que con ella se produce, favorece el progreso del tratamiento y el fin porque si la terapia ha sido efectiva el paciente podrá vincularse de forma diferente a como lo hacía antes (Talarn y Maestre, 1994). Para Gelso y Hayes (1998) todas las relaciones terapéuticas se encuentran constituidas por la alianza de trabajo, la configuración transferencial (que incluye la contratransferencia) y lo que sería la relación real (de hecho afirman que toda psicoterapia, independientemente de su orientación teórica posee estos tres componentes). La psicoterapia constituye un encuentro entre dos (o más) seres humanos, en el que los aportes del que solicita ayuda (transferencia), se combinan con los del que la brinda (contratransferencia y técnica) y en base a un acuerdo entre ambos (alianza de trabajo), se produce un resultado que, se espera sea beneficioso para ambos (Talarn y Maestre, 1994).

1.4.1 Relación Real

Como se ha mencionado, independientemente de la relación transferencial y de la alianza de trabajo, siempre existe una relación real entre psicoterapeuta y paciente. La relación real es definida por Gelso y Hayes (1998) como la dimensión de toda relación que es esencialmente no transferencial; relativamente independiente de toda transferencia. Se entiende por relación real entre el paciente y analista aquella relación genuina y realista entre ambos; lo real en la

relación que existe entre ambos, ya que aún las reacciones de transferencia (impropias e irreales) son genuinas y sentidas como reales tanto por el analista como por el paciente¹⁰; e incluso la alianza de trabajo, real y adecuada no deja de ser un artificio de la situación analítica, pero tanto en ella como en la transferencia existe la relación real (Greenson, 1988); no obstante, esta relación se ha abordado poco dentro de la investigación clínica.

1.4. 2 Alianza Terapéutica

Siendo tan importante para la psicoterapia el establecimiento de una relación donde se compartan e intercambien información, sentimientos y actitudes, es lógico que se establezca una alianza; ésta es el componente fundamental de la relación terapéutica y las investigaciones así lo demuestran; una psicoterapia sin ella resulta casi imposible de llevarse a cabo.

Freud ya había conceptualizado una relación consciente que favorecía el proceso terapéutico, en la que el psicoterapeuta se manifestaba como persona real, comprometida e interesada por el paciente, surgiendo entre ambos un pacto, un acuerdo sobre lo que quieren hacer "...El médico analista y el Yo debilitado del enfermo, apuntalados en el mundo exterior objetivo (real) deben formar un bando contra los enemigos, las exigencias pulsionales del Ello y las exigencias de conciencia moral del Superyó. Celebramos un pacto. El Yo enfermo nos promete la más cabal sinceridad, o sea, la disposición sobre todo el material que su percepción de sí mismo le brinde, y nosotros le aseguramos la más estricta discreción y le ponemos a su servicio nuestra experiencia en la interpretación del material influido por lo inconsciente. Nuestro saber debe remediar su no saber, debe devolver al Yo del paciente el imperio sobre jurisdicciones pérdidas de la vida anímica. En este pacto consiste la situación analítica..." (Freud, p. 174, 1940(1938)). Freud aclara las condiciones y objetivos de dicha alianza y menciona

¹⁰ Dentro del psicoanálisis, la realidad psíquica del paciente es considerada como "real", por ello toda relación, aún la transferencial, es considerada real, la distinción que se realiza es con fines prácticos.

que“...la situación analítica consiste en aliarnos nosotros con el Yo de la persona objeto a fin de someter sectores no gobernados de su Ello, o sea, de integrarlos en la síntesis del Yo... para que podamos concertar con él un pacto así, tiene que ser un Yo normal...”(Freud, 1937a, p.237).

Existen varios nombres y definiciones respecto a este tipo de relación entre psicoterapeuta y paciente; Zetzel utiliza el término de *alianza terapéutica*, Fenichel *transferencia racional*, Stone *transferencia madura*, Lubrosky de *Alianza de ayuda*, y Greenson *alianza de trabajo*; la definición proporcionada por éste enfatiza la capacidad del paciente de laborar con un fin determinado en la situación del tratamiento; aún estando dentro de una intensa neurosis de transferencia, ya que su núcleo está constituido por la motivación, disposición consciente y racional por cooperar y capacidad de seguir instrucciones e insights y constituye el punto de partida para muchos autores: “...la alianza de trabajo es la relación racional y relativamente no neurótica entre paciente y analista que hace posible la cooperación decidida del paciente en la situación analítica(...)las manifestaciones clínicas de esta alianza de trabajo son la disposición del paciente a realizar los diversos procedimientos del psicoanálisis y su capacidad para trabajar analíticamente con los insights dolorosos y regresivos que provoca. La alianza se forma entre el Yo razonable del paciente y el Yo analítico del analista (...) el paciente, el analista y el encuadre contribuyen a la formación de esta alianza (...)la capacidad que el paciente tiene de formar una relación relativamente racional, desexualizada y exenta de agresividad con el analista se debe a su capacidad de haber formado relaciones neutralizadas semejantes en su vida pasada... las funciones del Yo del paciente desempeñan un papel decisivo, ya que la capacidad de establecer una relación múltiple con el analista solo es posible teniendo un Yo flexible...” (Greenson, 1988, p.59-60,).

Toda definición de Alianza terapéutica se basa en el concepto psicoanalítico de la división del Yo en una parte que experimenta y una parte que observa, la primera permite a la persona percibir y experimentar, mientras que la segunda le permite

retroceder a la experiencia; observar, razonar y entender. Ambas partes son necesarias para una terapia efectiva; cada participante necesita tanto de la experiencia afectiva como de retroceder a dicha experiencia y observarla razonablemente (Gelso y Hayes, 1998). Para Guerra (2001) dicha alianza es un concepto técnico que tiene como fin el establecimiento de bases seguras para el trabajo terapéutico desde las partes más adaptadas del paciente, cuestión que debe ser estimulada por el psicoterapeuta. Las técnicas, actitudes y el empleo de la contratransferencia son importantes en el desarrollo de la alianza; cuyo establecimiento es misión del analista, que por medio de su actitud, sus intervenciones y su método le transmite al paciente algo, Favero y Ross (2002) asumen que es imposible separar el mundo interno del analista de la negociación terapéutica, éste debe conducir su mente subconsciente para sostener la del paciente.

Sterba (citado en Talarn y Maestre, 1994) sugiere que una parte del paciente, se identifica con el papel del psicoterapeuta, observa y critica su funcionamiento, a pesar de que otra parte esté ansiosa e incluso se oponga al proceso psicoterapéutico, existiendo casos en los cuales la alianza terapéutica sufre alteraciones, ya que algunos pacientes o psicoterapeutas se escudan detrás de ella ante los aspectos regresivos de la neurosis de transferencia; al formar una relación racional no se permiten sentir nada irracional, ya sea sexual o agresivo. La alianza de trabajo y la neurosis transferencial suelen invadirse mutuamente; uno suele emplearse para esconder al otro, además, surgen en momentos diferentes y cada una cobra su importancia en determinada fase.

González y Rodríguez (2002) hablan de un pacto psicoterapéutico el cual es visto como un vínculo profesional que está formado por el paciente, el psicoterapeuta y el encuadre y el cual permite la revivencia de sentimientos y actitudes dentro del marco de la terapia; por medio de este pacto el paciente es capaz de trabajar analíticamente a pesar de lo doloroso que pudiera resultar el tratamiento. Y al igual que la alianza de trabajo; este pacto descansa en la disociación terapéutica

del Yo; en la que una parte del Yo del enfermo se identifica con el psicoterapeuta; existiendo una aceptación de la necesidad de tratar los problemas internos y trabajar la resistencia. Este pacto se basa en un sentimiento de confianza; produce en el paciente seguridad y bienestar; lo motiva a continuar, fortalece las funciones yoicas, atenúa los rigores superyoicos y disminuye la intensidad de las descargas pulsionales; este pacto queda englobado en los conceptos de transferencia y contratransferencia.

Lo antes planteado pone en claro que en el encuentro psicoterapéutico se da una interacción de dos estructuras psíquicas complejas, en donde a pesar de estar implicados en una relación afectiva e intensa, se retrocede a una reflexión, en donde no se espera que el psicoterapeuta sea un ser perfecto, sino un profesional capaz de deslindar entre el paciente y él; esto lleva una cuestión que es abordada por González y Simo (1995) **¿Qué es lo que como seres humanos y analistas por añadidura, se puede llegar a conocer y a comprender de la experiencia de otro?** , ya que si el conocimiento de uno mismo presenta dificultades en ocasiones insuperables, el conocimiento de otro, presenta dificultades aún mayores, dificultades que sin embargo, son consideradas dentro de la formación del psicoterapeuta, la cual lo debe dotar de los elementos suficientes (personales y académicos) para hacer frente a su práctica. La variable más importante dentro de la psicoterapia va más allá de las técnicas específicas de ésta; siendo el instrumento humano a través del cual se aplica, es decir, el psicoterapeuta, lo que la hace funcionar.

1.5 Formación del psicoterapeuta psicoanalítico

Las puntualizaciones realizadas en cuanto a la técnica nos confirman la activa participación del psicoterapeuta dentro del proceso psicoterapéutico; es la formación de éste básica para el tratamiento, dicha formación contempla tanto los aspectos técnicos y teóricos del psicoanálisis como aspectos relacionados con el manejo de su propia dinámica psíquica; la preparación de un psicoterapeuta

psicoanalítico se destaca por ese vínculo, que se presenta tanto en la preparación como en la praxis misma. El psicoterapeuta tiene una responsabilidad profesional; sus intervenciones deben ayudar al paciente al esclarecimiento de su vida psíquica; Berstein y Nietzel (1980, citados en Ávila, 1994) definen al psicoterapeuta como alguien quien a través de entrenamiento y experiencia especializados tiene una preparación para ayudar al paciente a superar la molestia que ha motivado que asista a tratamiento.

La formación de un psicoterapeuta deberá incluir; cursos de formación teórica, supervisión de material clínico y tratamiento personal. Sin embargo, dicha formación, independientemente de la perspectiva, sigue siendo poco sistemática; resulta difícil determinar la destreza y competencia en el desarrollo de las técnicas, lo cual debe ser considerado por los diversos programas de formación, ya que la utilidad práctica suele imponerse a la comprensión del proceso terapéutico. Sandoval (2002) sugiere que el futuro psicoterapeuta concibe su formación como la adquisición de habilidades para ayudar a sus pacientes, y deja en segundo término los procesos internos que pueden ponerse en juego durante el ejercicio profesional; pero afortunadamente, la mayoría de las instituciones de formación tienen como prioridad la necesidad de un proceso de psicoterapia para el candidato a psicoterapeuta.

La enseñanza del psicoanálisis es una tarea difícil, porque tienen que atenderse tanto aspectos académicos como personales, ya que en ninguna otra labor es tan relevante la estructura yoica, superyoica, los mecanismos defensivos y el manejo de los impulsos del **psicoterapeuta, quien es su propio instrumento de trabajo**, por ello, el candidato a psicoterapeuta debe ser supervisado en su trabajo práctico a nivel grupal, y de forma individual ininterrumpidamente, cubriendo aproximadamente 275 horas con dos supervisores (González y Simo, 1995).

Actualmente no se exige un máximo de normalidad de los candidatos ni tampoco se exige que sean inmunes al contacto con su paciente. Según Kemper (1972), el

candidato debe poseer una estabilidad psíquica, la cual debe ser flexible para que el interesado pueda entregarse en el curso de su trabajo a cierto grado de regresiones, también debe poseer una sensibilidad de alto grado; frente a esas características pesan poco las limitaciones neuróticas que puedan subsistir aún terminado el análisis didáctico. Los cambios en los criterios de selección de futuros analistas son una prueba de la influencia de los conocimientos adquiridos en cuanto a la contratransferencia, ya que la exigencia al psicoterapeuta de pasar por su propio tratamiento, con una duración igual a la del entrenamiento, además de un tiempo de supervisión, pretende capacitar al psicoterapeuta para resolver los problemas contratransferenciales (González y Rodríguez, 2002), así como a mantenerse alerta ante su aparición, a la vez que se mantiene a la vanguardia en cuanto a avances teóricos y técnicos que puedan surgir, ya que no solo basta que el psicoterapeuta se forme bajo determinada vertiente teórica y que durante dicha formación asista a congresos y seminarios; la práctica clínica va cambiando y dichas actualizaciones son discutidas dentro de congresos, foros, etc.; la investigación proporciona innovaciones, las que se hacen públicas en los congresos, donde cada quien puede juzgar aquello que le interesa o le parece útil; las asociaciones juegan un papel fundamental, ya que ponen al psicoterapeuta en contacto con los avances teóricos y técnicos, los foros de discusión están al servicio del análisis; permiten conocer lo que sucede en la clínica, como es que funciona la contratransferencia y como ayuda u obstaculiza el proceso.

De hecho Hernández de Tubert (1999) considera que el psicoanalista vive dentro de una subcultura profesional muy característica, la cual tiene como trasfondo el mito social de que el psicoterapeuta debe comprender y resolver todos los problemas existentes, siendo inmune a la influencia del paciente, dejando al margen el hecho de que el psicoterapeuta es ante todo un ser humano; para González (1989) "...el psicoterapeuta es una persona que llegó a una determinada evolución de su personalidad y voluntariamente decidió su profesión, logrando en esta forma darle a su personalidad un sentido vocacional y ocupacional... se esforzó en disciplinar su personalidad a través de su propia psicoterapia por lo que

se capacito y entreno por un periodo suficientemente largo para lograr desarrollar su aptitud ...podría haber tenido dotes naturales o que el estilo de vida de la infancia y la adolescencia le facilitaran ser psicoterapeuta o que las habilidades las desarrollara a partir de su propio tratamiento y capacitación. Más no hay que olvidar que sigue siendo una persona (sujeto-objeto) que dentro del marco psicoterapéutico está expuesto a los embates de su propia psique y a los de su objeto de trabajo que es el paciente..." (p. 110).

Los cursos teóricos, el análisis didáctico y la supervisión son elementos que van entrelazados; el análisis didáctico facilita el desarrollo de la capacidad de autoanalizarse, además de que constituye la experiencia fundamental del aprendizaje psicoanalítico, ya que provee a los analistas en formación de las herramientas que va a necesitar para poder seguir explorando con éxito su aparato psíquico (González y Simo, 1995). Los sentimientos que le evoca el paciente están en función tanto de su historia personal como de su disposición a acercarse al paciente y a la actividad terapéutica; lo cual depende de su conceptualización de las dificultades psicológicas y del proceso terapéutico (Watchel, 1996).

Braun (Reunión Científica en APU, 2000) y Le Guen (1988) coinciden en que la manera de relacionarse con el material del paciente depende de la teoría que se maneja y aunque en la práctica tal cual se utilicen recursos que bien podrían ser ajenos a la teoría, es ésta la que delimita los alcances y la participación del terapeuta. Para Streaun (1993) es bueno que los practicantes reflexionen cuidadosamente su afinidad a una perspectiva teórica particular o a un modelo terapéutico, así como su aversión a determinada teoría o método. Gómez (1985) indica que la técnica puede incorporarse al ser, a través del propio proceso de desarrollo del psicoterapeuta, quien se debe esforzar por mejorar su propio estilo y que éste sea compatible con su personalidad. Cuando el psicoterapeuta se siente competente, sabe que decir; y es probable que perciba al paciente de forma más agradable y que le sea más fácil empatizar con cualquier emoción que manifieste.

Por otro lado resulta difícil que una teoría sea diferente de lo que uno es; los mismos factores de personalidad y experiencias vitales sobre los que se basan las reacciones contratransferenciales son los que determinan la elección de determinada teoría. Hay tantas teorías que ofrecen formas de concebir y ejercer la actividad terapéutica; así como los problemas psicológicos que poseen los pacientes, que aquella elegida se acopla, en parte, con nuestra personalidad (Watchel, 1996). Mitjavila (1996, 1994) concuerda con lo mencionado y afirma que el estudiante elige aquella perspectiva que le agrada, la que tiene preceptos que el considera correctos y que le es estimulante y que por ello, *cuando se le cuestiona la adscripción intelectual o profesional, se cuestiona también algo de su propia identidad y esto resulta doloroso; no solo cuestionan una teoría o práctica, sino que cuestionan una parte de nosotros mismos; una parte que se identifica con los planteamientos y discurso de determinado sistema.*

CAPÍTULO 2

TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

“...transferencia y contratransferencia no solo se complementan, sino que se convierten recíprocamente en constelación, esto es, los dos juntos representan una sola unidad funcional...”

Werner Kemper

La transferencia constituye un elemento central dentro de la psicoterapia analítica; siendo a partir del caso “Dora” (1905), en el cual Freud no interpretó a tiempo la transferencia, que se pudo observar la cualidad de este fenómeno, ya sea como resistencia o como instrumento terapéutico, ya que mediante ella el paciente puede resistirse al recuerdo y a la cura, pero también proporciona al psicoterapeuta material inconsciente del paciente, que de otro modo le sería inaccesible. Es importante conocer las características y particularidades de la transferencia dentro del proceso terapéutico, dado que su contraparte en el psicoterapeuta, es decir la contratransferencia, es el tema central de esta investigación, destacándose en los últimos años su cualidad como instrumento.

El objetivo de este capítulo es exponer la unidad transferencia-contratransferencia, así como las diferentes conceptualizaciones que existen respecto a una y otra, destacando sus similitudes y diferencias, del mismo modo, se describirán brevemente las diversas manifestaciones, que surgen en el proceso terapéutico, así como la forma en que se pueden manejar. Se cerrará el capítulo con una síntesis de la transferencia-contratransferencia como unidad funcional dentro del proceso terapéutico, dado que ambas constituyen el fundamento de la psicoterapia psicoanalítica, siendo actualmente objeto de múltiples estudios, reconociendo su importancia e influencia ya que todo terapeuta tiene que enfrentarse dentro de la práctica con los problemas relacionados tanto con la transferencia como con la contratransferencia, ya que ambas pueden ser

instrumento o resistencia dentro del proceso terapéutico, esto de acuerdo con el manejo que se les de, siendo de vital importancia el conocimiento del psicoterapeuta, tanto de sí mismo como de la teoría que sustenta su práctica. A lo largo de este capítulo se destacaran los aportes realizados por autores como Freud, Greenson (1988), Kemper (1972), González y Rodríguez (2002), Bonasia (2001), Gorjón (2002), Norcross (2001), Schroeder (2000) y Guerra (2001), entre otros.

2.1 Transferencia: Definición y Antecedentes

La palabra transferencia deriva del latín; compuesta por la partícula “trans” y el verbo “ferre” que significa llevar; “Transferre” significa trasladar, transmitir, llevar de un sitio a otro; así, la palabra transferencia hace referencia al acto de transferir: pasar o llevar una cosa de un lugar a otro. No es una palabra de uso exclusivo en psicoanálisis, se emplea en otros campos del saber humano; dentro del psicoanálisis; se entiende traslado en el sentido inconsciente: la actividad de la transferencia estriba en trasladar ciertas emociones, vivencias, reacciones, etc. de un lugar a otro, del pasado al presente. Cuando se produce una transferencia una persona se sitúa en su presente mediatizado por su pasado; deduciendo que es imposible vivir sin el influjo constante de la propia historia en la vida actual, en la que siempre se produce una sutil, pero activa combinación de elementos “reales” y pasados. Esta combinación personal es lo que da como resultado el sentido de “objetividad” de cada cual frente a la realidad externa en la que nos desarrollamos y vivimos; siendo un proceso espontáneo que supone un enlace falso (Miro, Anguera, 1996, Talarn y Maestre, 1994). Un enlace falso que sin embargo es universal, normal y que existe en todo tipo de relación humana, Gelso y Hayes (1998) establecen que la transferencia es una actividad organizadora inconsciente, mientras que Guerra (2001) la considera como un fenómeno antropológico universal entre los miembros de nuestra especie y para Kemper (1972), es una función normal del comportamiento y la adaptación, enumerando como características que la sustentan el que:

- a) Con cada repetición (transferencia) se intenta avanzar en el dominio del mundo; es un proceso de aprendizaje.

- b) Esta al servicio de la economía psíquica, ahorra fuerzas, ya que el repetir requiere menos gasto de energía que un nuevo planeamiento, también trata de elaborar tensiones traumáticas excesivas mediante la dosificación, conduce las aspiraciones no satisfechas y sus intentos de controlarlas a nuevos objetos y situaciones que parecen más apropiados para satisfacerlas.

Devereux (1983) ejemplifica estas definiciones mencionando que en la vida corriente los fenómenos transferenciales se dan en formas tales como aversiones o preferencias, que a primera vista resultan inexplicables. Considerando que la transferencia es un fenómeno universal y un proceso al servicio del desarrollo humano, se le podría enmarcar dentro del rubro de las relaciones interpersonales, sin embargo; interesa conocer a la transferencia dentro de la psicoterapia analítica; ya que es en el contexto psicoterapéutico donde se desarrolla y utiliza con fines terapéuticos.

Freud fue el pionero en usar este término¹ dentro dicho contexto; en un inicio él la considero un proceso exclusivo de los neuróticos, el cual se formaba en el vínculo que éstos establecían con el médico, posteriormente reconoce que no constituyen un patrimonio exclusivo de los neuróticos y que la situación de la cura no crea los procesos transferenciales, sino que los descubre. Freud apunta esto respecto al caso "Dora" (1905[1901]), cuando señala que dentro del psicoanálisis son despertadas todas las mociones, aún las hostiles, dándose una transferencia, siendo definida en esta obra como: "... reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que

¹ Freud mencionó por primera vez la noción de transferencia en su contribución técnica a *Estudios sobre la Histeria (1905-1901)*, retomándola en el caso Dora, pero es en sus trabajos sobre la técnica donde ahonda más en ella, tanto a nivel teórico como a nivel técnico.

despertarse y hacerse conscientes, pero lo característico de todo género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico...toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico...” (Freud, 1905[1901], p. 101). En su conferencia sobre *La Transferencia*, amplía lo dicho y expone lo siguiente: “...llamamos transferencia a este nuevo hecho que tan a regañadientes admitimos. Creemos que se trata de una transferencia de sentimientos sobre la persona del médico, pues no nos parece que la situación de la cura avale el nacimiento de estos últimos...conjeturamos que toda esa proclividad de afecto viene de otra parte, estaba ya preparada en la enferma y con la oportunidad del tratamiento analítico se transfirió sobre la persona del médico...puede presentarse como un tormentoso reclamo de amor o en formas más atenuadas...” (Freud, 1917 [1916-17], p.402).

En *Sobre la dinámica de la transferencia* (1912), Freud determina que la actualización de los conflictos pulsionales en la persona del médico es un mecanismo al servicio de la resistencia, y por ello; un obstáculo terapéutico. Pero en 1915, en *Observaciones sobre el amor de transferencia*, sostiene que ha de ser puesta al servicio de la cura; constituyéndose en uno de sus ejes fundamentales. Freud constató que el mecanismo de la transferencia sobre el médico se desencadenaba en el momento en que estaban por develarse algunos contenidos reprimidos importantes; apareciendo como una forma de resistencia, señalando la proximidad del conflicto inconsciente. **En un sentido es “resistencia de transferencia”, en otro sentido, instrumento para la cura, en la medida en que constituye tanto para el sujeto como para el analista un modo privilegiado de captar los elementos del conflicto infantil dentro de una actualidad el paciente, ya que éste se ve confrontado a la existencia, a la permanencia, a la fuerza de sus deseos y fantasmas inconscientes** (Sánchez Pardo, 1996). Es un elemento de gran valor para el tratamiento, ya que al ser una repetición de los conflictos inconscientes en la persona del terapeuta, permite comprender el drama infantil que ha conducido al desarrollo de los síntomas.

Para explicar la transferencia Freud se apoya en la secuencia del desarrollo libidinal; señalando dos vertientes de éste: una que ha podido evolucionar, madurar, llegar a la conciencia y formar parte de la experiencia del sujeto y otra parte que detenida en su desarrollo, inmóvil, será el motor de la transferencia “...Solo un sector de esas mociones determinantes de la vida amorosa ha recorrido el pleno desarrollo psíquico; ese sector está vuelto hacia la realidad objetiva, disponible para la personalidad consciente, y constituye una pieza de ésta última. Otra parte de esas mociones libidinosas ha sido demorada en el desarrollo... y solo tuvo permitido desplegarse en la fantasía o bien ha permanecido por entero en lo inconsciente... y si la necesidad de amor de alguien no está satisfecha de manera exhaustiva por la realidad, él se verá precisado a volcarse con representaciones-expectativa libidinosas hacia cada nueva persona que aparezca...” (Freud, 1912a, p. 98).

Greenson (1988) retoma lo mencionado por Freud y argumenta que la transferencia es un tipo característico de relación de objeto²; es tener pulsiones, sentimientos, actitudes, fantasías y defensas hacia una persona actual que no le corresponden, ya que son una repetición de reacciones formadas en relación con personas importantes de la infancia y que son desplazadas inconscientemente a personas actuales, siendo reedición de una relación objetal antigua. Para Gelso y Hayes, (1998) la existencia de la transferencia se apoya en la compulsión a la repetición, constituyendo una forma de obtener satisfacción de lo que se fue privado, una manera de no recordar y de revivir el pasado reprimido, o mejor dicho, el pasado rechazado, ya que el paciente busca que el terapeuta sea la figura que quiso y nunca tuvo; cabe señalar que las satisfacciones de transferencia nunca son enteramente satisfactorias porque solo son sustitutos de la satisfacción verdadera, derivados regresivos y formaciones de transacción.

²La relación de objeto designa el modo de relación del sujeto con su mundo; resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión más o menos fantaseada de los objetos y de determinados tipos de defensa; las relaciones que el individuo

Dado que una de las características de la transferencia es el usar la repetición de un acontecimiento psíquico para lograr un dominio tardío sobre de él, Greenson (1988) propone que un Yo que originalmente fue pasivo reproduce activamente el acontecimiento en el momento en que escoge, en circunstancias favorables; dicha repetición no debe tomarse en sentido realista, lo que se transfiere es la realidad psíquica, el deseo inconsciente y las fantasías con él relacionadas; cuando Freud habla de repetición³, de las experiencias del pasado, no se refiere a repeticiones literales; sino a equivalentes simbólicos, lo que interesa al analista va más allá de acceder a la reconstrucción histórica objetiva, siendo la realidad subjetiva (tanto la del pasado personal como la del presente analítico) la que más llama su atención (Sánchez Pardo, 1996, Greenson, 1988, Sánchez Zago, 1995, Sánchez Barranco, 1996 (b)). No es posible considerar que la persona de quien habla el paciente corresponde detalle por detalle con la persona real, las personas interactúan con los otros no solo de acuerdo con características reales de éstos, sino por la “representación mental” que tienen de ellos. En todas las relaciones humanas siempre existe una mezcla de reacciones realistas y de transferencia, por ello, el psicoterapeuta no solo se interesa por la interacción real que se establece con el paciente. Para Katz y Fetter (1999) el concepto de transferencia, siendo un vínculo entre unos y otros siguiendo un esquema primitivo, destruyó la fe en las relaciones personales situándolas como una especie de predestinación que sostiene cada nueva unión que se forma, incluyendo la relación terapéutica.

González y Rodríguez (2002) retoman lo contemplado por Greenson; considerando la transferencia como un tipo especial de interacción con el psicoterapeuta; que se diferencia de otras relaciones, en que los sentimientos que se tiene hacia el analista no le corresponden y casi siempre se refieren a una figura del pasado siendo una repetición, una reedición de una relación

establezca en la edad adulta se establecen tal y como se establecieron con sus primeros objetos (González y Rodríguez, 2002).

³ La repetición constituye una resistencia en la función de la memoria, pero en esta repetición el paciente facilita que el pasado entre en la situación del tratamiento.

interpersonal antigua, un error inconsciente que implica un error cronológico y un desplazamiento; se siente aquí y en el ahora, con el psicoterapeuta, lo que se sintió, en el ayer y entonces hacia otra persona significativa. El paciente no considera al analista a través de la realidad objetiva, si no que ve en él un retorno de una persona significativa de la infancia, por lo que transfiere sobre él sentimientos y reacciones que se refieren a ese arquetipo (Freud, 1940(1938)). Ésta situación es facilitada por el carácter exclusivo y la intimidad de la situación analítica, así como la actitud de espejo, la neutralidad y la regla de abstinencia, que hacen resurgir en el paciente impulsos infantiles, siendo el analista el único objeto presente (como lo era la madre) y gracias a que centra su transferencia en el analista le es imposible continuar con el juego que se encontraba al servicio de la defensa; pasado, presente y futuro coinciden en la situación analítica. De ese modo las interpretaciones del material del paciente en *aquí y ahora* de la transferencia comprenden la totalidad espacio-temporal del paciente (Kemper, 1972).

Devereux (1983) afirma que la transferencia, al igual que el Superyo, se manifiesta con mayor claridad en situaciones de estrés, en donde las presiones exteriores o los conflictos internos agitan un material inconsciente. Glover (1937, citado en Sánchez, 1995) supone que la transferencia refleja la totalidad del desarrollo del individuo; ya que el paciente desplaza hacia el analista no solo sus afectos e ideas, sino todo lo que aprendió u olvido a través de su desarrollo. Laplanche y Pontalis (1977) mencionan que la transferencia es el proceso en virtud del cual, deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos; se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un sentimiento de actualidad. La transferencia debe considerarse como el ir haciendo realidad lo inconsciente, realidad de la que no se sabe; pero de la que algo se infiere, al incluir al psicoterapeuta en el desplazamiento del deseo; precisamente por ello la transferencia puede ser un obstáculo para la cura (en el bloquearse) o convertirse en su auxiliar más poderoso (en el fluir de las ocurrencias).

La técnica psicoanalítica debe mucho al descubrimiento de la transferencia y a su naturaleza, el reconocimiento de su doble poder (como instrumento y fuente de resistencia), ofrece al psicoterapeuta una ocasión inestimable de explorar el pasado inaccesible e inconsciente. El psicoanálisis se distingue de otros tratamientos por la manera en que fomenta la formación y el análisis de las reacciones de transferencia. Freud afirmó que en la transferencia se encontraba una de las más poderosas herramientas para la cura psicoanalítica y es precisamente a través de las diferentes perspectivas que existen, tales como la Psicología del Yo, la teoría de las relaciones objetales, la Psicología del Self, entre otras; que se da un desarrollo del término, actualmente, otras perspectivas no psicoanalíticas también le están prestando atención, dada su influencia e importancia en el proceso terapéutico.

2.1.1 Características

Autores como González y Rodríguez (2002) y Gelso y Hayes (1998) concuerdan con los elementos propuestos por Greenson (1988), quien consideraba como características fundamentales de la transferencia la impropiedad, la intensidad, la ambivalencia, los caprichos, y la tenacidad; elementos, por medio de los cuales el psicoterapeuta puede distinguir que reacciones del paciente son transferenciales y cuales no.

-Impropiedad: La impropiedad de una reacción a una situación actual es la señal principal, rasgo distintivo de que la persona que la desencadena no es el objeto decisivo o verdadero sino que tiene que ver con un objeto del pasado⁴. La transferencia es siempre inapropiada; por lo que respecta a su cantidad, calidad o duración.

-Intensidad: las reacciones intensas ante el analista son un indicio seguro de reacción de transferencia y en caso de ausencia de reacciones, se considera

⁴ Cabe señalar que es impropia dentro de su contexto actual pero fue apropiada en el pasado.

como una resistencia de transferencia. El psicoterapeuta es una persona importante en la vida del analizado (o al menos eso se espera) como para estar ausente de sus pensamientos y sentimientos por un período considerable de tiempo. Si el psicoterapeuta no es verdaderamente importante, entonces el paciente no está en la psicoterapia.

-*Ambivalencia*: las reacciones de transferencia se caracterizan por la coexistencia de sentimientos contrapuestos y su cambio inesperado.

- *Caprichos*: Los sentimientos de transferencia suelen ser *erráticos, inconstantes* y caprichosos.

-*Tenacidad*: Son reacciones rígidas; no espontáneas, no ceden fácilmente a la interpretación.

Las reacciones de transferencia suelen ser inconscientes, aunque determinado aspecto de ellas suele ser consciente, ya que la persona puede tener conocimiento de que actúa extraño e incluso intelectualmente puede conocer el origen de la reacción, pero sin conciencia del fin emocional. Ya mencionados los rasgos distintivos de una reacción de transferencia, cabe señalar sus componentes. Greenson (1988) explica que en una reacción de transferencia intervienen tres personas: *un sujeto, un objeto del pasado y un objeto actual*⁵. Por parte del sujeto se encuentran sus datos constitucionales, sus experiencias anteriores, su estado emocional actual y su orientación en el mundo, el objeto debe presentar rasgos que afecten específicamente, en el sentido positivo o negativo al sujeto; Kemper, (1972) considera que dentro de la situación analítica se le suman otros elementos, el sujeto- paciente es un elemento desorientado e indefenso, con actitudes conscientes e inconscientes de esperanza frente a un objeto que se espera poderoso: el terapeuta, superior, que aunque posee pericia

⁵ El paciente, alguna persona significativa del pasado y el analista.

técnica, consciente de sus propias limitaciones y su función, hace uso de su poder de forma indirecta, preestablecida y limitada.

Con lo expuesto, se establece que en toda relación terapéutica se da cierta asimetría en cuanto a los roles de los participantes; situando a un interlocutor en el rol de quien posee el poder y al otro, en un rol de necesidad o sufrimiento, lo cual tiende a estimular el surgimiento de roles paterno-filiales. En esta relación asimétrica el terapeuta es percibido (y en parte así es) como aquel que va ayudarlo y que tiene la solución a sus males "...estas expectativas pueden ser presentadas por el paciente en términos de razonable viabilidad o en términos de absoluta idealización o imposibilidad...el terapeuta puede ser percibido por el paciente como alguien omnipotente que tiene poder absoluto para resolver su problema (ahí observamos al paciente identificándose con el niño delante de sus padres); o el terapeuta puede ser invalidado, de entrada, por la desesperanza del paciente "nadie podrá ayudarme" (ahí vemos como el paciente confunde al terapeuta con su propia invalidez). Las atribuciones dirigidas al terapeuta pueden tener todos los matices posibles, pero sobre todo es importante ver en ellos la expresión del propio paciente, de sus carencias, necesidades y deseos..." (Mitjavila, 1994, p. 266-267). Mitjavila enfatiza un aspecto central de esta investigación, y esto es, la posible confusión que puede darse respecto al límite entre el psiquismo del paciente y del psicoterapeuta, quien debe estar atento a su contratransferencia y a su acontecer psíquico y de esa manera, tramitar la demanda del paciente y no la suya.

2.2 Tipos de transferencia

Para Freud, estaba claro que todo fenómeno transferencial era de naturaleza ambivalente; en el caso "Dora" (1905-1901) distingue entre transferencia positiva y negativa, la primera fue subdividida en una porción consciente o fácil de llegar serlo, compuesta de sentimientos tiernos y amistosos y otra parte inconsciente, de

naturaleza sexual, origen de importantes resistencias, mientras que la negativa, igualmente inconsciente, esta compuesta de actitudes hostiles, siendo también motivo de resistencias. Ésta suele ser la clasificación clásica, sin embargo no existe un modo universal de clasificar los fenómenos de transferencia; diversos autores proponen formas o reacciones transferenciales específicas, sin embargo cualquier intento clasificatorio resulta insatisfactorio o incompleto; para González y Rodríguez (2002) las transferencias pueden ser positivas, negativas, neuróticas, psicóticas, erotizadas y agresivizadas, clasificación que suele ser aceptada por varios autores.

- Positiva: Se designa como *transferencia positiva* aquellas reacciones transferenciales compuestas por el amor en cualquiera de sus formas o derivados; cuando el paciente siente por su psicoterapeuta amor, esperanza, confianza, gusto, interés, devoción, admiración, pasión, ansia, anhelo, agrado o respeto. La idealización es otra de sus formas y constituye un intento de preservar al analista de impulsos destructores. Una de sus manifestaciones más comunes es cuando el paciente se enamora del analista; en este caso es muy fácil que este amor se convierta en resistencia; el psicoterapeuta regularmente se avergüenza ante las intenciones del paciente y en la situación analítica no queda otra que rechazarlo, lo que da la pauta para que pase de la transferencia positiva a la negativa. El terapeuta debe cuidar que ambas emociones no caigan en los extremos; en esas condiciones el paciente olvida los preceptos básicos del tratamiento, faltando al pacto inicial de comunicar todo aquello que le venga a la mente (Freud, 1940(1938)). Para Bleichmar (1984, citado en Sánchez, 1995) existe una graduación en las formas de amor de transferencia, la cual depende de la estructura psicopatológica; lo que se traduce en diversos problemas técnicos y teóricos.
- Negativa: La transferencia negativa se relaciona con agresión y odio en cualquiera de sus formas: enojo, hostilidad, desconfianza, aborrecimiento, aversión, repugnancia, resentimiento, desamor, amargura, envidia, disgusto,

desdén, fastidio, etc. Este tipo de transferencia suele emplearse con fines defensivos, como resistencia contra la transferencia positiva (Greenson, 1988, González y Rodríguez, 2002). Siempre aparece dentro del tratamiento, pero resulta más difícil de identificar, no solo los pacientes se resisten a su reconocimiento, sino que el propio psicoterapeuta puede hacerlo. Si la transferencia negativa aparece antes de establecer una alianza de trabajo da al paciente la tentación de actuar y suspender al análisis, una vez establecida la alianza de trabajo, su aparición puede ser signo de progreso; su ausencia o inconstancia señalan que el análisis no está completo. Kemper (1972) sostiene que es contraproducente evitar este tipo de transferencia; ya que no siempre es resistencia, se puede valorar positivamente, denotando que el análisis ha tocado un problema doloroso para el paciente, que empieza a despertar una defensa automática inconsciente; además que los intentos del terapeuta por evitarla son percibidos por el paciente, despertando su desconfianza.

- **Neuróticas:** en este tipo de reacciones el paciente entiende explícitamente lo que siente hacia el analista como impropio e imaginario.
- **Psicóticas:** en estas reacciones, el paciente vive lo que siente como real y propio; junto con la transferencia erótica constituyen las reacciones más difíciles de manejar, puesto que sus manifestaciones comprometen la capacidad de pensar del terapeuta y regularmente indican serias dificultades en el contacto con la realidad por parte del paciente.
- **Erotizadas:** Los componentes sexuales de la transferencia merecen una mención especial ya que suelen ser el origen de las resistencias más intensas (Greenson, 1988, Sánchez, 1995, González y Rodríguez, 2002). Blum (1973 citado en Gorjón, 2002) utiliza el término de transferencia erotizada para referirse a aquellos tipos de amor de transferencia particularmente intensos y persistentes, difíciles de encauzar en el trabajo analítico (propios de los pacientes con organización fronteriza), ya que suelen

manifestar enormes deseos de ser amados, con demandas eróticas acompañadas de esfuerzos por controlar al psicoterapeuta. Ante la dificultad de reconocerla y trabajarla, la transferencia erótica se convierte en transferencia negativa. Etchegoyen (citado en Sánchez, 1995) diferencia entre amor de transferencia y transferencia erótica; la primera correspondería al fenómeno neurótico mientras que la segunda correspondería al fenómeno psicótico.

- Agresivizada: en este caso el paciente utiliza al psicoterapeuta como un objeto de agresión.

Dada la ambivalencia de todas las reacciones de transferencia, suelen aparecer sentimientos positivos y hostiles de forma subsecuente; por lo general primero aparece la transferencia positiva; apareciendo posteriormente los sentimientos agresivos y hostiles. Las manifestaciones de la transferencia derivan su dinamismo de la infancia; los recuerdos reales tempranos en los que se apoyan, se revelan como deseos o temores acuñados por fantasías de la primera infancia, por lo que poseen el valor de deseos encubiertos; estos recuerdos, elaborados y transferidos al analista se refieren a la situación edípica y las fases preedípicas que la preceden (Kemper, 1972). Otro método para designar los distintos tipos de transferencia es atendiendo a la relación de objeto de la infancia a la cual debe su origen, hablando de transferencia paterna, materna, fraternal, etc. También se les categoriza en relación con las fases libidinales del desarrollo; de acuerdo a las zonas y objetivos instintuales, así como de las angustias y actitudes que los caracterizan. Algunas reacciones transferenciales se describen mejor desde el punto de vista estructural; en donde el analista se puede convertir en la representación del Superyó, Ello o el Yo del paciente (Greenson, 1988). Freud (1905 [1901]) también diferenciaba entre aquellas reacciones transferenciales que no se diferenciaba de sus modelos, siendo simples reediciones sin cambios y otras, que han experimentado una moderación de su contenido e incluso pueden devenir conscientes, apuntalándose en alguna característica real del médico.

Referente a este punto, Kemper (1972) asegura que el paciente nunca proyecta en el vacío; siempre existe un núcleo real. Desde el primer encuentro y aún antes, existen fantasías en el paciente respecto al terapeuta y al tratamiento, pero es probable que no lo mencione hasta que avance el proceso. Ortiz (citado en Guerra, 2001) denomina a tales fantasías como *paratransferencias*, las cuales serían las actitudes que toma el paciente respecto al terapeuta a través de la opinión de conductos extraanalíticos, como rumores acerca de éste, del análisis que realiza cuando lo observa, cuando llama por teléfono, etc.

2.2.1 Neurosis transferencial

Se denomina neurosis de transferencia a aquella enfermedad ocasionada artificialmente por la psicoterapia; esta nueva neurosis sustituye a la original, pero en este caso el analista juega un papel central. Para Freud la “enfermedad artificial” pone en manifiesto la presencia de la resistencia del analizado ante la cura. La neurosis de transferencia es tanto la causa de éxito como de fracasos terapéuticos; es un instrumento de la situación analítica y solo puede ser anulada por ella. El anonimato, la regla de abstinencia y el comportamiento de “espejo” del analista tiene el propósito de mantener incontaminado el campo para el desarrollo de la neurosis de transferencia, la cual puede ser curada por el trabajo terapéutico. “... el hombre que en la relación con el médico ha pasado a ser normal y libre del efecto de unas mociones pulsionales reprimidas, sigue siéndolo en su vida propia cuando el médico ya se ha hecho a un lado...” (Freud 1937b, p. 215-216).

Dada la importancia de la transferencia dentro de la cura de las histerias, la neurosis de angustia y las neurosis obsesivas, se les denomina neurosis de transferencia; los que padecen neurosis narcisistas no tienen la capacidad de transferencia o ésta resulta insuficiente, ya que son indiferentes a los empeños del médico y por ello no puede curarles (Freud, (1917 [1916-17])). Sin embargo, debido a las innovaciones técnicas y prácticas; especialmente en lo referente a la utilidad

de las reacciones contratransferenciales; el espectro de pacientes sensibles a la cura analítica a aumentado, incluyendo trastornos narcisistas y borderline.

2.2.2 Transferencia como resistencia

Para Freud (1912a) la transferencia solo puede ser entendida dentro de la cura analítica si se le vincula con la resistencia; en “Resistencia y Represión” (1917 [1916-17]) afirma que en la transferencia, en lugar de recordar, el paciente repite actitudes y mociones afectivas de su vida que pueden emplearse para resistirse al médico y a la cura; las resistencias de este tipo tienen el material más importante del pasado del enfermo, por lo que se pueden convertir en los mejores soportes del análisis, siempre y cuando se utilice correctamente la técnica. Dentro de la cura analítica, la transferencia se aparece en un primer momento como el arma más poderosa de la resistencia; ello por que en primera instancia es difícil de confesar una moción de deseo ante la misma persona sobre quien esa moción recae, sin embargo, existe cierta ganancia, ya que ante un vínculo tierno y devoto, el paciente puede contar todo (Freud, 1912a).

El término de resistencia de transferencia designa la íntima relación que existe entre los fenómenos de transferencia y las funciones de resistencia; la concentración de la libido del paciente en su relación con el analista se debe a la resistencia como forma de defensa a un sentimiento de angustia que el análisis le provoca y por un deseo de encontrar en el analista la satisfacción que no encontró en sus objetos reales; la renuncia a hablar sobre el analista en la transferencia señala la resistencia a querer conocer lo que se ha reprimido (Sánchez-Pardo, 1996). Además de que algunas reacciones de transferencia provocan resistencia porque contienen impulsos libidinales, agresivos, dolorosos o vergonzosos para el paciente. Freud (1912a) explica que la transferencia sólo resulta resistencia cuando es negativa o cuando es positiva de mociones eróticas reprimidas y dado que la transferencia es ambivalente, contiene tanto actitudes tiernas y positivas como negativas y hostiles; en el primer caso, el paciente se muestra cooperativo

hacia las propuestas del terapeuta, abandona la regla básica de decir todo y la sustituye por tratar de agradar al terapeuta, esta tendencia impulsa al paciente y el Yo débil empieza a adquirir fuerza; los síntomas empiezan a desaparecer y aparentemente empieza a sanar; todo por amor a su analista (Freud, 1940(1938)). Esta situación es considerada como una forma de resistencia, ya que la cura no es real; bajo el influjo del amor de transferencia el paciente pierde interés en el tratamiento; la resistencia utiliza el amor para inhibir el avance de la cura, apartar el interés del trabajo terapéutico y sume al analista en el desconcierto, la resistencia intenta, a través del amor, poner a prueba la voluntad del analista, no es lícito que éste corresponda a los ofrecimientos de amor; sin embargo no se debe exigir al paciente (una vez que confeso su amor) a sofocarlo, exhortar a la renuncia y a la sublimación sería absurdo; se habría llegado a lo reprimido para reprimirlo de nuevo y para las mociones resultan inútiles los discursos; el paciente solo sentirá el rechazo y se vengará.

La técnica analítica impone negar la satisfacción del amor; como se ha mencionado, *la cura tiene que llevarse a cabo en un ambiente de abstinencia*; si el amor se correspondiera sería una derrota para el analista, la cura y el paciente. El analista no debe corresponder a este amor⁶, pero tampoco debe ahuyentarlo; debe retener la transferencia pero no tratarla como algo real, sino como una situación que debe ser reorientada hacia sus orígenes inconscientes; vehículo para llevar a la conciencia el material de la vida amorosa del paciente, sus fantasías, añoranzas y los fundamentos infantiles de su amor. La resistencia no crea el amor de transferencia, sino que lo utiliza y de hecho este amor no es muy diferente al amor normal, pero se muestra menos flexible y modificable, caracterizándose por: a) ser provocado por la situación analítica, b) ser empujado hacia arriba por la resistencia y c) carecer en alto grado del miramiento de la realidad objetiva (Freud, 1915 [1914]).

⁶Para algunos autores, corresponder al amor del paciente constituye un acting out contratransferencial; expresión de un conflicto por parte de psicoterapeuta.

El analizar las resistencias de transferencia absorbe más tiempo que cualquier otro aspecto de la labor terapéutica; su análisis insuficiente conduce al estancamiento o a la interrupción del tratamiento, mientras que su análisis efectivo hace el proceso terapéutico más fructífero. Las resistencias de transferencia incluyen diversas manifestaciones clínicas; incluso cambian en el paciente en el curso del análisis, además de que pueden operar simultáneamente varias resistencias de transferencia, lo que conduce a un problema técnico: seleccionar la constelación de resistencia de transferencia para la labor terapéutica. Greenson (1988) enumera las siguientes resistencias de transferencia: búsqueda de gratificación transferencial, reacciones de transferencia defensivas, reacciones de transferencia generalizadas y actuación de reacciones de transferencia. Otra fuente de resistencia que se considera es la contaminación de la transferencia por parte del analista.

2.3 Manejo técnico de la transferencia

La Transferencia es un proceso universal, presente tanto en las relaciones duales como de grupo; tanto en situaciones normales como en un contexto psicoterapéutico, ya sea como auxiliar o como fuente de error. Freud ya había realizado algunas puntualizaciones acerca de la implicación de éste fenómeno dentro del proceso terapéutico; pero es a partir del Caso "Dora" (1905[1901]) que Freud inicia una serie de escritos respecto a ella; desarrollando el valor técnico de este fenómeno, destacando que *la transferencia, de ser el máximo escollo para la cura, se convierte en su auxiliar más poderoso, cuando se colige y se traduce al paciente.*

"... Es la transferencia una de las más valiosas fuentes de material para el análisis y una de las más importantes motivaciones, así como el mayor obstáculo para el éxito...el paciente tiende a repetir su pasado, en términos de relaciones humanas, para obtener satisfacciones que no tuvo o para dominar tardíamente alguna ansiedad o algún sentimiento de culpa. La transferencia es volver a vivir el

pasado y no entender el presente por querer entenderlo en función del pasado...*si las reacciones transferenciales se manejan debidamente, el paciente sentirá en la situación del tratamiento y en relación con el psicoanalista todas las relaciones humanas importantes de su pasado que no son conscientemente accesibles a él...*" (Greenson, 1988, p. 42). Gutiérrez (1998) sugiere que el trabajo psicoanalítico no solo consiste en recuperar la historia a través del relato del paciente, sino en recuperarla a través de su repetición, en cuanto vivencia presente, en la transferencia; analizando el presente de la relación con el psicoterapeuta, reconstruyendo el pasado y resignificándolo.

Para Miró y Anguera (1996) la intensidad de la relación transferencial depende del conflicto, entre más perturbación, más se transfiere, más se confunde y más se distorsiona el presente por el pasado. La relación terapéutica y la actitud del psicoterapeuta facilitan un espacio para que surja la transferencia, trabajar con ella y elaborarla. Es el análisis de la transferencia lo que permite al paciente soportar las variedades e intensidad de ésta, constituyendo una de las tareas más difíciles, siendo su análisis (observación, comprensión e interpretación) el mejor vehículo para el estudio del funcionamiento psíquico del paciente (Talarñ y Maestre, 1994). La interpretación de una reacción de transferencia es el último paso técnico en el tratamiento de los fenómenos transferenciales, para Freud (1905 [1901]) representa la parte más difícil del trabajo psicoanalítico, ya que a diferencia de la interpretación de los sueños o la asociación libre se tiene que deducir por cuenta del terapeuta, contando con mínimos puntos de apoyo. No se puede eludir, solo al resolverla se pueden corregir nexos destruidos; Freud (citado en Greenson, 1988) describió una técnica para manejar esa situación:

1. Había que hacerla consciente.
2. Había que hacer ver cómo era un obstáculo.
3. Había que tratar de descubrir su origen en la sesión.

Para muchos autores la transferencia se debe analizar cuando exista un Yo razonable, una alianza de trabajo y posea una intensidad óptima que la haga innegable, ya que intensidades bajas conducen a la negación, aislamiento e intelectualización; mientras que las altas intensidades conducen a estados traumáticos, reacciones de pánico, regresiones, etc., la intensidad óptima lleva al paciente a reconocer que sus reacciones de transferencia son reales y significativas, por lo que puede laborar analíticamente (Greenson, 1988).

Las transferencias se pueden analizar; a través de sus derivados inconscientes como: actos fallidos, sueños, fantasías diurnas, los actos pulsionales y la conducta concreta del paciente con el psicoterapeuta, todo lo cual permite que el tratamiento evolucione, se estanque o fracase. El tema de la transferencia no se debe abordar mientras las comunicaciones fluyan; Freud (1912a) afirmó que cuando las asociaciones libres dejan de fluir, se puede asegurar que el paciente tiene ocurrencias respecto al médico y que si esto se comunicaba al paciente era posible que las ocurrencias volvieran a fluir, Devereux (1983) concuerda con ello y apunta que las interpretaciones de transferencia proporcionadas sin cesar constituyen un mecanismo inadmisibles del verdadero análisis de transferencia.

Esto explica el *cuándo* se debe intervenir, pero un aspecto muy importante dentro de la técnica analítica es el *cómo* analizar la transferencia; el primer paso lo constituye la presentación de ésta, es decir que el paciente tenga conciencia de sus reacciones de transferencia y en caso de que él las ignore se le deben señalar, por medio de silencios, confrontación o poniéndolas en evidencia. Una vez que esto ha sucedido, la transferencia debe ser clarificada, se debe mostrar al analizado lo inadecuado y fuera de la realidad de su comportamiento; es imposible ceder a las exigencias del paciente y sería absurdo reaccionar de modo grosero; la transferencia se supera mostrando al paciente que sus sentimientos no se originaron en la situación actual y que no se refieren al psicoterapeuta, sino que son una repetición, se ayuda al paciente a transformar la repetición en recuerdo,

siendo importante que el analista tome en cuenta que el enamoramiento se debe a la situación analítica y no a sus encantos personales (Freud, 1917 [1916-17]).

En la situación analítica no se permite que suceda nada en la relación con el paciente; es una situación de renuncia; ambos compañeros deben “superar el principio del placer” en pro de un objetivo más elevado; pero como afirman Katz y Fetter (1999) eso es más fácil de decir que de hacer, la transferencia constituye una tentación de la situación analítica a la que se encuentra expuesto el analista; no siempre es fácil para él mantenerse en los límites preescritos por la ética y la técnica. Ambos autores exponen en su investigación una relación entre la correspondencia al amor de transferencia y el fracaso terapéutico; apoyándose en un caso clínico demuestran como la transgresión sexual con un paciente trae - tanto para el paciente como para el analista- perjuicios, siendo un tema tabú dentro de los círculos psicoanalíticos; concluyen que la implicación amorosa del analista con el paciente, más que traer la marginación y crítica, debería abrir nuevas perspectivas de investigación, ya sea para evitar que episodios como estos se den, para reconocerlos y/o para salir de ellos; afirman que todo practicante, al menos en cierta forma se encuentra expuesto a este riesgo; que puede ser evitado a través de un constante escrutinio de la contratransferencia.

Bonasia (2001) comenta que el trabajar con transferencia sexual vincula con respuestas contratransferenciales del mismo tipo o defensivas (evitar responder, respuestas contrafóbicas o respuestas atenuadas), estando en relación con los aspectos concretos de la fantasía sexual. El manejo de la transferencia no solo implica el tener presente la edad, sexo, raza y posición social del paciente, sino que lo primordial consiste en estar atento de las reacciones contratransferenciales y no participar en el juego transferencial.

2.4 Contratransferencia: Definición

Una vez expuestas las características y funciones de la transferencia se iniciará un análisis similar de la contratransferencia, ya que como se ha venido mencionando; el objetivo de este trabajo es analizar el concepto de contratransferencia dentro del proceso terapéutico, ya sea como instrumento o contraresistencia. Siendo la contratransferencia un constructo complejo, que involucra la historia personal del psicoterapeuta, las características propias de su persona, sus complejos sin resolver, su preparación teórica y técnica, etc.; incluyendo también su respuesta ante determinadas patologías del paciente y a la transferencia de éste, pudiendo tener una función útil dentro del proceso. Por el hecho de involucrar directamente la subjetividad del psicoterapeuta conduce a que sea un tema controversial dentro de los círculos psicoterapéuticos. Dentro de la psicoterapia psicoanalítica la transferencia dio un giro, de instrumento a resistencia, sin embargo, en el caso de la contratransferencia, el giro tardó más y es solo en años recientes que se reformuló el término, de forma que no solo se lo considero como un punto ciego del analista sino como un instrumento de diagnóstico y tratamiento dentro del proceso psicoterapéutico. En lo que resta de este capítulo se tratará de definir el concepto, así como enumerar sus principales características, desarrollándose con mayor amplitud su funcionalidad en el próximo capítulo.

Definir el concepto de contratransferencia no es una tarea fácil; la dificultad en su conceptualización parte de la traducción del término, Schroeder (2000) realiza un esbozo respecto al origen de la palabra *contratransferencia* partiendo del término alemán *die Gegenübertragung* (la contratransferencia), el cual se puede separar en tres partes: 1) *Gegen*, cuya traducción literal es “contra”, pero también quiere decir “hacia, alrededor”, 2) *über*, que significa “sobre”, “encima de...”, 3) *tragung*, que proviene del verbo *tragen* “cargar”, “llevar”, “acarrear”; la acepción *gegen* también se da en el sentido de “en relación con...”; el *contra* separa, enfrenta, evoca lo que surge en reacción contra algo, pero también podría evocar aquello

que “está enfrente, del otro lado”, puede usarse para referirse a análogo, duplicado, en el sentido de contraparte, en relación con ello Schroeder concluye un triple carácter del término contratransferencia:

1. De reacción a algo.
2. De indisoluble unión.
3. De algo que esta enfrente.

De tal forma que se podría concluir que la contratransferencia se asumiría como la reacción del psicoterapeuta hacia algo, la contraparte de la transferencia del analizado o el complemento de ésta, y al igual que la transferencia; en el corazón de la contratransferencia se encuentra el concepto de distorsión, dicha distorsión es inconsciente y consiste en que se atribuye a la persona del paciente sentimientos que en realidad fueron dirigidos hacia otras personas y ahora son desplazados hacia él; Hayes y Gelso (2001) exponen que la contratransferencia implica un error en la percepción de los pacientes. Dicha distorsión no se presenta en todo el material expuesto por el paciente ni tampoco con todos los pacientes; Devereux (1983) puntualiza que la distorsión opera sobre el material que suscita ansiedad, y que para tratar de protegerse de dicha ansiedad es que se le pone sordina, no se le aprovecha, se le entiende mal, se describe de forma ambigua, exagerada o reordenada.

La concepción de distorsión dentro de la contratransferencia se encuentra presente desde sus orígenes. Freud consideraba que la contratransferencia era efecto de las comunicaciones verbales y no verbales del paciente sobre el inconsciente del analista, pero en sí no proporciona una definición clara de lo que es la contratransferencia; haciendo referencia a ella por primera vez en una carta enviada a Jung el 7 de junio de 1909, cuando menciona el analista debe soportar y superar los deseos transferenciales del paciente; sin quedar implicado en ellos, mencionando que él había escapado solo por poco, “... se denomina la “contratransferencia” en la que queda uno cada vez implicado y se aprende a

desplazar las propias emociones y a situarlas convenientemente...” (citado en Bonasia, 2001 p.250), posteriormente, en 1910a; en la obra titulada “Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica”; Freud menciona la contratransferencia en relación con las innovaciones técnicas relacionadas con la persona del médico; afirmando que la contra transferencia se instala en el médico por el influjo del paciente, siendo un factor de perturbación para el proceso terapéutico; “...nos hemos visto llevados a prestar atención a la *contratransferencia* que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine...” (Freud, 1910a, p. 136). Las definiciones proporcionadas por Freud enfatizan el hecho de que la contratransferencia es una reacción impropia del analista hacia la transferencia del paciente, la cual constituye un obstáculo para el proceso de cura y por lo tanto debe ser anulada, ya sea por medio del autoanálisis o el análisis personal.

Esta es la perspectiva que domino por mucho tiempo las concepciones acerca de la contratransferencia y a través de éste ensayo se irá describiendo su evolución. Devereux (1983) define a la contratransferencia como “...la suma total de aquellas distorsiones en la percepción que el analista tiene de su paciente, y la reacción ante él que le hace responder como si fuera una imagen temprana y obrar en la situación analítica en función de sus necesidades inconscientes, deseos y fantasías por lo general infantiles...” (p. 69-70), González y Rodríguez (2002) coinciden con lo mencionado y la definen como una distorsión inconsciente que se caracteriza por ser una relación de objeto específica, en la que se proyecta sobre el paciente sentimientos que no le corresponden, que en realidad corresponden a otras personas del pasado y ahora son transferidos hacia el paciente, es un anacronismo, un error cronológico; son reacciones del psicoterapeuta nacidas de su propia personalidad. Dicha definición resulta análoga a lo ya expuesto por estos autores respecto a la transferencia, sin embargo destacan algunas características propias de la contratransferencia, considerándola como un

conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado, especialmente, frente a la transferencia de éste.

Eskelinen (1981, citado en Talarn y Maestre, 1994) denomina contratransferencia al conjunto de respuestas emocionales del psicoterapeuta ante las comunicaciones del paciente, mientras que Gabbard (2001) menciona que la contratransferencia es un fenómeno creado por contribuciones tanto del paciente como del analista y comenta que Kleinianos contemporáneos aceptan la noción de que la contratransferencia podría reflejar un intento del paciente por evocar en el psicoterapeuta lo que él no puede tolerar en sí mismo. Brown y Miller (2002) comentan que muchas de las reflexiones actuales se dirigen a las intrincadas y sutiles formas en que las experiencias subjetivas del paciente y analista codeterminan las manifestaciones transferencia-contratransferencia. Katz y Fetter(1999) sugieren que esta codeterminación podría ser una idea básica del concepto; ya que un factor común a varias definiciones de contratransferencia es el hecho de que el paciente evoca estructuras latentes o reprimidas dentro del analista, que pueden o no tener resonancia con lo que es proyectado por el paciente, Boyer (1992) comenta al respecto que se suele dar por sentado que las contratransferencias están determinadas en gran medida por la introyección que hace el analista de las cualidades del paciente que se ponen en contacto con los conflictos no resueltos de aquél. Para Kemper, (1972) lo que el analista percibe, experimenta o actúa frente a su paciente suele ser una mezcla de tres elementos distintivos:

- su reacción a la transferencia del paciente, entremezclada con
- reacciones sobre la base de una relación adecuada con el paciente, y con
- reacciones con base en su propia transferencia inconsciente, ya sea al paciente como persona, a determinados rasgos de éste o a la situación analítica como tal.

Guerra (2001) la define como un conjunto de elementos propios del terapeuta, tanto afectivos (incluyendo los de la propia personalidad) como los del saber (teóricos), que se conjugan y han de ser controlados flexiblemente y dentro de un marco psicoterapéutico de forma natural; a decir de este autor, los conceptos teóricos y técnicos que el terapeuta maneje conformarían una especie de pseudocontratransferencia que implicaría menos elementos emocionales. Guerra no es el único autor que hace referencia a los aspectos teóricos dentro de la contratransferencia; Bernardi (Reunión científica en APU, 2000) señala que es de vital importancia la coherencia entre teoría y práctica, mientras que De los Santos (Reunión científica en APU, 2000) afirma que ello juega un importante papel, junto con las ideologías, prejuicios y pensamientos del analista. Para Hayes y Gelso (2001) los orígenes de la contratransferencia podrían clasificarse en: atributos del cliente, contenido de la terapia y proceso terapéutico, implicando las tres categorías, en algún grado la subjetividad del terapeuta.

A través de lo expuesto se puede advertir como el término involucra varios elementos; muchos de los cuales parecen contradictorios; tal como señala Norcross (2001), el término suele emplearse indiscriminadamente para referirse a cualquier reacción o sentimiento del terapeuta, deseable o indeseable, la forma de costumbre en que se comporta con los pacientes, reacciones recíprocas del terapeuta a reacciones habituales del paciente, sentimientos únicos dirigidos a determinados pacientes e incluso todos estos fenómenos, Schkolnik (2001) sugiere que todas las concepciones de contratransferencia tienen sus ventajas e inconvenientes y ninguna de ellas deja de tener un impacto en la práctica clínica; dichas concepciones se podrían ubicar en dos extremos; en uno se ubican aquellas que consideran la contratransferencia como el resultado del conjunto de reacciones inconscientes del analista a la transferencia del analizado, mientras que en el otro se encuentran las que incluyen todo el funcionamiento mental del analista durante la sesión, tomando en cuenta no solo los niveles inconscientes sino también aspectos preconcientes y manifestaciones que el analista percibe en él mismo y considera relevantes para comprender las reacciones del paciente.

González (1989) propone una definición que parece contemplar los aspectos mencionados, enfatizando que *la contratransferencia es una reacción emocional del psicoterapeuta, es lo que siente hacia sus pacientes dentro de la psicoterapia psicoanalítica, producto de su historia, cultura, complejos, aparato psíquico, etc. y también de lo que el paciente le hace sentir objetivamente con su personalidad y su transferencia.*

Se ha intentado definir el concepto de contratransferencia, así como las formas en que suele aparecer dentro de la psicoterapia; a continuación se expondrán brevemente las diversas connotaciones que ha tenido, así como su desarrollo dentro de la teoría psicoanalítica, ya que como González (1989) apunta, es un proceso técnico relativamente nuevo, que a partir de su reestructuración se reconoce que sí puede constituir un obstáculo, pero también puede ser instrumento diagnóstico y nódulo de la investigación y la cura dentro del proceso psicoanalítico.

2.4.1 Antecedentes

La perspectiva de Freud respecto a la contratransferencia era que siendo una distorsión inconsciente por parte del analista, debía ser evitada y eliminada, estableciendo un obstáculo al proceso psicoanalítico, siendo esta la concepción perturbadora de la contratransferencia, la cual se denomina corriente clásica. En “Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico” (1912b) Freud menciona la contratransferencia y la necesidad que tiene el psicoanalista de “purificación psicoanalítica”; presentando también la idea del analista como “espejo”, el cual era impenetrable para el paciente, carente de toda reacción; en 1915-1914, Freud hace alusión en dos ocasiones a la contratransferencia en *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis)*. Estas alusiones tienen un matiz negativo, ya que la considera como una interferencia en la labor analítica, aparece como una resistencia del analista, por lo

que constituye un obstáculo a remover, aquello que debe discernir dentro de sí y dominar. Las referencias de Freud a este fenómeno son escasas; su renuencia a abordar la contratransferencia⁷ como parte de la terapia podría provenir de la experiencia de Breuer⁸ con la histeria; éste necesitaba protegerse a sí mismo de las incertidumbres de su contratransferencia hacia “Anna O.” lo cual es notorio en sus contribuciones a *Estudios sobre la histeria*. El tratar de “crear un campo estéril en el cual operar” en psicoterapia probablemente pospuso la aceptación de la contratransferencia como parte de la terapia (Katz y Fetter, 1999, Favero y Ross, 2002, Gorjón, 2002).

Schroeder (2000) justifica que aunque Freud no mencionara abiertamente la contratransferencia, no quiere decir que no la considerara; una prueba de su preocupación por este tema, lo constituye la serie de postulados o metáforas con las que Freud da a conocer el proceder del analista dentro del proceso terapéutico, entre éstas metáforas encontramos *la metáfora del espejo*, *la metáfora del cirujano*, y *la metáfora del teléfono*, Schroeder afirma que éstas son referencias explícitas a la contratransferencia, configurando un “universo contratransferencial”. Sánchez Barranco (1994) concuerda con lo expuesto y afirma que las aportaciones de Freud a la contratransferencia son sus advertencias respecto a la necesidad de seguir las reglas de neutralidad y abstinencia por parte del analista. A partir de lo expuesto por Freud; diversos autores han ido enriqueciendo el campo de la contratransferencia con sus contribuciones, destacándola ya sea como un instrumento o como un obstáculo. A continuación se detallan dichas posturas:

⁷ Strachey (citado en Sandoval, 2002) afirma que la restricción respecto a la contratransferencia en la obra de Freud tenía como objetivo el evitar que futuros pacientes o legos estuvieran empapados de la técnica psicoanalítica, de hecho era partidario de que los trabajos dedicados a ésta circularan entre un número limitado de psicoanalistas, basándose en la dificultad para comprenderla. Bonasia (2001) comenta que Freud sugirió a Jung realizar un artículo de la contratransferencia, el cual circularía de forma privada entre algunos miembros del grupo, pero dicho artículo nunca fue escrito.

⁸ Algunos autores van más lejos y afirman que el nacimiento del psicoanálisis se debe al descubrimiento de la contratransferencia, ya que debido a que Breuer no fue capaz de discernir sus reacciones contratransferenciales con “Anna O,” Freud se encargó del caso, iniciando la cura psicoanalítica.

Como ya se mencionó; la **visión clásica** de la contratransferencia es la expuesta por Freud, y en ella **la contratransferencia tiene su origen en los conflictos neuróticos inconscientes del analista, reactivados por la transferencia del paciente; bajo esta perspectiva la contratransferencia es un error del psicoterapeuta**; por lo tanto era un obstáculo para la labor terapéutica; su presencia era sinónimo de conflicto y si bien no tenía como destino su eliminación total, por lo menos se esperaba su reducción. La visión clásica de contratransferencia la define como inconsciente, neurótica y adversa, por lo que el terapeuta debía evitarla y superarla a toda costa, se le consideraba como una reacción de transferencia del analista al paciente, paralela y equivalente a la transferencia del paciente (Gelso y Hayes, 1998, Schkolnik, 2001, Norcross, 2001). Ésta se constituía por reacciones defensivas e inconscientes, en un sentido más restringido se le consideraba como un punto ciego del analista, que opera como resistencia y perturba el tratamiento, a no ser que sea sometido a un trabajo de autoanálisis o de análisis didáctico. Kernberg (1979, citado en González, 1989) la describe como la reacción inconsciente del psicoterapeuta ante la transferencia del paciente. Dicha concepción de la contratransferencia a juicio de Gabbard (2001) y González (1989) resulta limitante, ya que expresa carencias y complejos inconscientes, negándole utilidad dentro del trabajo terapéutico⁹.

Ferenczi fue de los pioneros en intentar transformar la práctica clínica; desarrollando la técnica activa, que entre sus innovaciones postulaba un control de la cualidad contratransferencial; el analista debía tener un control riguroso de su contratransferencia y sus contrarresistencias. Ferenczi aborda este tema en su ensayo titulado “La técnica psicoanalítica”, en donde menciona que el terapeuta es un ser humano con típicas cualidades, lo cual lo obliga a realizar una doble función, por un lado tiene que tomar el mando de su comportamiento con el paciente, controlar su contratransferencia (considerándose ésta en un sentido

⁹ cabe señalar que la postura indicada continua siendo utilizada por algunos psicoterapeutas y analistas

freudiano) y por el otro, la observación y examen de la actividad del paciente, para el análisis de su estructura inconsciente desde la intuición contratransferencial (Guerra, 2001). Reich (1987, citado en González y Rodríguez, 2002) postuló que la mejor forma de captar el material del analizado es a través de la intuición ofrecida por el inconsciente, considerando que el analista debe atender a los conocimientos promovidos por su propio inconsciente. Fue a partir del cuestionamiento del modelo Freudiano del espejo en los 40's y 50's¹⁰, en donde progresivamente se defendió y atacó el uso de la subjetividad y la contratransferencia, que se inicia una auténtica teoría de la contratransferencia; con los aportes de Paula Heimann y Henri Racker (Boyer, 1992, Katz y Fetter, 1999, Schroeder, 2000, Siquier, 2001, Guerra, 2001, Sandoval, 2002, Favero y Ross, 2002).

Al cambiar la teoría, también cambio el ámbito clínico y se empezó a considerar a la contratransferencia como fuente de insight para el paciente. Melanie Klein fue una autora decisiva para este cambio; a pesar de que ella misma hace pocas referencias a ésta, y cuando lo hace es en sentido negativo, sin embargo sus innovaciones en la teoría y técnica psicoanalítica permitieron los subsecuentes desarrollos, ya que fueron autores de la corriente kleiniana quienes promovieron el uso de la contratransferencia como instrumento al servicio de la cura.

Para Hayes y Gelso (2001) del otro lado del espectro de la definición "clásica" se encuentra la **visión totalista**; la cual considera a la contratransferencia como todos los sentimientos, actitudes y conductas del analista hacia el paciente. Heimann representa este punto de vista; el cual ubica la fuente de la contratransferencia en el paciente; siendo un resultado de las proyecciones que se dan en el analista, que se hace depositario de las fantasías inconscientes del paciente (Schkolnik, 2001, Schroeder, 2000); ella consideraba que la contratransferencia permitía que el inconsciente del terapeuta entendiera al del

¹⁰ Principalmente por parte de la escuela inglesa, fue ésta la primera en interesarse por el proceso que trascurría en el analista durante el proceso terapéutico y como éste podía afectar dicho proceso.

paciente, por lo que poseía cualidades diagnósticas y benéficas para el tratamiento, mientras que la “transferencia del analista” hacia el paciente hacía referencia a aquellos puntos ciegos del terapeuta que resultan obstáculos para el proceso. Guerra (2001) presenta un resumen de lo que es la contratransferencia para Heimann:

- Parte de la personalidad del paciente, es una creación de éste.
- Instrumento de interés para el análisis de los procesos inconscientes que forman parte del paciente y son expuestos en el proceso.
- Elemento que se origina desde la identificación proyectiva del paciente, no formando parte de ningún conflicto del analista.
- Esencial en el tratamiento y diagnóstico del caso.

La concepción totalista es considerada como la situación psicoterapéutica de interacción entre paciente y terapeuta, en la que pasado y presente de los participantes, así como las reacciones de ambos ante su pasado y su presente, se hacen una sola unidad que los fusiona en una situación emocional que es igualmente válida para ambos (González, 1989). La contratransferencia, en un sentido “global” incluye todas las reacciones del analista ante el paciente, cualquiera que sea su origen, denominándose contratransferencia todas las reacciones del analista hacia el analizado, a Gelso y Hayes (1998) esto les parece una exageración, ya que si bien, todas las reacciones emocionales del terapeuta son importantes, no se puede considerar a todas ellas como contratransferencia; cabría diferenciar aquellas reacciones basadas en conflictos no resueltos y aquellas que son respuestas naturales y realistas ante el paciente. Sea como sea, esta concepción dio paso a que la contratransferencia se pudiera considerar como instrumento dentro del proceso psicoterapéutico.

A juicio de González y Rodríguez (2002) fue Raker, otro autor kleiniano, quien logró unificar el concepto de contratransferencia con el de intuición de Reich,

señalando que la intuición no se puede separar de la contratransferencia; siendo la actividad intuitiva e intelectual inseparables. Para él la contratransferencia opera de tres modos: como obstáculo, al constituirse los puntos ciegos, como instrumento para detectar qué es lo que pasa en el paciente y como campo en que él analizado puede, en realidad adquirir una experiencia viva y distinta de la que tuvo originariamente (Sandoval, 2002). Racker da un uso amplio al término, entendiendo por contratransferencia la totalidad de la respuesta del analista frente al analizado. Menciona, además que el analista debe tomar en cuenta los elementos neuróticos de su personalidad que puedan entrar en juego en el proceso, ya que es objeto y sujeto de trabajo.

Bion es uno de los autores más innovadores en cuanto a la técnica psicoanalítica, aunque, apenas y utiliza el término de contratransferencia, siendo utilizado por él de forma peyorativa; él habla de la *función continente*, la cual no sólo consistirá en que el terapeuta contenga las ansiedades y conflictos del paciente, sino que puede conducir a éste a realizar una devolución de todos esos factores que suscitan problemáticas referentes a las proyecciones que el paciente hace. Cercana a la función de continente, se encuentra el concepto de “*reverie*” (ensoñación); la cual es una de las capacidades de la madre para poder transformar aquellos elementos experienciales (elementos beta) que no pueden ser representados ni pensados (función alfa), por otro lado, en relación con la técnica contratransferencial, Winnicott plantea el término de sostén (Holding); el cual es proporcionado por la madre en las etapas iniciales de la vida, este sostén se puede trasladar al encuadre, recayendo en el terapeuta la capacidad de sostén terapéutico, dicho sostenimiento se basa en apoyo contratransferencial del analista, teniendo éste una función simbólica de madre sostenedora desde su contratransferencia, Winnicott afirma que si el psicoterapeuta emite respuestas que no son acordes con la problemática del paciente sino con la propia, se estará en una contratransferencia anormal, que retrasara el progreso del paciente (Guerra, 2001).

Kemper (1972) menciona que tuvieron que pasar casi cuatro décadas para que el término saliera de la oscuridad y se transformara en lo que González y Rodríguez (2002) denominan un **nuevo órgano de percepción que da al analista más fortaleza y más confianza al permitirle transformar una pulsión en una sublimación y una debilidad en una fortaleza**. Cada perspectiva psicoanalítica tiene su propia visión de lo que es la contratransferencia y su impacto en el tratamiento; pero todas convergen en que la contratransferencia es siempre una creación conjunta; que involucra contribuciones tanto del paciente como del analista; el énfasis dado a cada contribución es lo que varía de teoría en teoría. Gabbard (2001) menciona que en los últimos años se ha considerado que la contratransferencia esta parcialmente determinada por el mundo interno preexistente del terapeuta e influenciada por los sentimientos inducidos por el paciente, postura que es compartida por Bonasia (2001), quien la considera como una producción combinada, creada en parte por el analista y en parte por el paciente. Por lo mencionado, se infiere que actualmente la contratransferencia puede ser conveniente, iluminando procesos interpersonales repetitivos y maladaptativos y además provee material útil para el terapeuta. Se pueden considerar dos vertientes para la contratransferencia, como un fenómeno útil para entender al paciente y como un obstáculo para el trabajo terapéutico, ambos constructos forman una doble hélice, para Norcross (2001) esto podría ser un avance o la creación de la torre de Babel; en ambos casos practicantes y alumnos se encuentran confundidos, ya que el término suele usarse de forma genérica e indiscriminada, resultando una pobre integración entre la teoría y la clínica.

2.4.2 Tipos de contratransferencia

Tal y como la literatura clínica y teórica apuntan; es útil distinguir entre diversos tipos de contratransferencia, los cuales han sido enunciados por diversos autores para describir los diferentes matices que pueden tomar las reacciones contratransferenciales a través del proceso psicoterapéutico y el impacto que

pueden generar en éste. Al igual que pasa con la transferencia, no existe una clasificación unánime o satisfactoria al respecto, agrupándola de acuerdo con las mociones que la impulsan, los afectos que se manifiestan, las instancias que involucran, el grado de regresión que presentan o respecto a los puntos de fijación que refieren, entre otras.

González y Rodríguez (2002) consideran que tanto la transferencia como la contratransferencia se pueden clasificar en **normal, neurótica, psicótica, erotizada y agresivizada**, la normal es cuando en alguno de los niveles estructurales se reconoce que se ponen sentimientos del pasado en el otro, pero se acepta el sentimiento y al otro como real, la neurótica es cuando la persona identifica que sus sentimientos van dirigidos a otros “como si fueran” personas de su pasado, la psicótica es cuando no hay reconocimiento de la realidad y el otro no es “como si”, sino que es su padre, hermanos, etc., la erotizada es cuando se toma como objeto de su sexualidad al otro, siendo que esto corresponde a una figura del pasado, y la agresivizada es cuando se toma como objeto de agresión al paciente.

Gorjón (2002) manifiesta que la contratransferencia erótica es considerada como una violación amorosa al contrato terapéutico; coincidiendo con lo expuesto por Katz y Fetter (1999)¹¹ respecto a que el amor de transferencia puede derivar en una contratransferencia erótica, lo cual constituye un tema tabú dentro de la práctica psicoanalítica, ya que el enamoramiento tanto transferencial como contratransferencial hace difícil que el analista se comunique con su Yo razonable, además que puede provocar la tentación de corresponder a ese amor, sin embargo, no se puede permitir ningún tipo de satisfacción, esto no implica tratar la situación de forma insensible y dura; se debe ser considerado y pensar en la condición del paciente y proceder al análisis, la labor analítica no debe ser contrarrestada por los anhelos de satisfacción o castigo. Bonasia (2001) distingue

¹¹ Katz y Fetter (1999) hablan de las desastrosas consecuencias que tiene tanto para el analista como para el analizado el que la relación transferencial alcance el éxito, es decir, que se establezca una relación amorosa entre ambos.

entre tres tipos de contratransferencia sexual e identifica la contratransferencia **erótica**, **erotizada** y **perversa**, este autor enfatiza el hecho de que se ha prestado muy poca atención a la contratransferencia sexual del psicoterapeuta, siendo la respuesta sexual de éste, así como sus fantasías respecto al paciente un tema escasamente abordado por la teoría psicoanalítica, lo cual atribuye en gran medida, a la turbación del SuperYo, así como al temor de la censura de la comunidad psicoanalítica, para Bonasia la contratransferencia erótica es normal; parte integral de la sexualidad, la erotización esta vinculada con mecanismos de defensa, en los que el elemento sexual confronta el dolor por pérdida y separación y la perversión es una defensa sexualizada contra el odio y la destructividad; en donde la sexualidad y el deseo de dañar están íntimamente ligados.

La contratransferencia puede ser **positiva o negativa**; nunca será puramente positiva o puramente negativa, ya que aunque predomine alguna, la otra siempre estará solapada y el posicionarse en algún polo no es aconsejable. La contratransferencia positiva viene a ser un motor que impulsa al psicoterapeuta a encontrar una forma sublimada de ejercer su labor profesional (González, 1989). González y Simo (1995) afirman que en ocasiones el psicoterapeuta matiza parcial o totalmente al paciente con elementos buenos o idealizados, lo cual determina la aparición de una contratransferencia positiva en el tratamiento, independientemente de la transferencia del paciente.

La contratransferencia también puede poseer aspectos **conscientes** o **inconscientes** y puede ser respuesta a la transferencia o a otros fenómenos; Hayes y Gelso (2001) consideran que los orígenes de la contratransferencia pueden ser conflictos intrapsíquicos sin resolver del terapeuta (conflictos con su familia, roles sexuales, autoconcepto profesional, necesidades desconocidas, fobias, y responsabilidades, entre otros) y que cualquier área de conflicto sin resolver podría servir de base para la contratransferencia. González (1989) afirma que por definición la contratransferencia es inconsciente; sin embargo existe un tipo de contratransferencia consciente, que nace de la historia, complejos,

fantasías, tendencias del psicoterapeuta , pudiendo ser producida por el paciente. Siquier (2001) describe la contratransferencia consciente como las emociones u ocurrencias que se destacan sobre un trasfondo más o menos uniforme del estado de atención flotante y el analista, puede o no, dependiendo de la capacidad y posibilidad de esa elaboración volcarse en una interpretación, mientras que la contratransferencia inconsciente es por definición omnipresente e inaccesible en forma directa y estaría compuesta por tres elementos : 1) la transferencia recíproca del analista en el analizado, 2) la conraidentificación proyectiva y 3) la función de continente del analista, constituida por una disposición receptiva. La autora menciona que los dos primeros componentes se detectan en formas de contraactuación o contrarresistencia y que sin importar si se trata de una contratransferencia consciente o inconsciente, ésta debe ser sometida a un riguroso trabajo de elaboración y articulación con el discurso del paciente.

Winnicott (citado en González, 1989 y Sánchez Zago, 1995) clasifica la contratransferencia en tres clases:

- a. Sentimientos contratransferenciales **patológicos**, que muestran al psicoterapeuta la necesidad de análisis. La anormalidad de dichos sentimientos e identificaciones fijas se encuentran bajo regresión en el analista.
- b. Los sentimientos contratransferenciales **normales** se refieren y tienen que ver con la personalidad del psicoterapeuta, cuyas identificaciones, tendencias y desarrollo personal, aportan un marco positivo para la labor terapéutica, y que hacen que la índole de su trabajo difiera de la de cualquier otro analista.
- c. La contratransferencia verdaderamente **objetiva** del analista; el amor y odio del analista como respuesta a la personalidad real y al comportamiento del paciente y que se basan en la observación objetiva.

La contratransferencia puede ser **específica (aguda)** o **crónica**, las reacciones contratransferenciales específicas son irregulares y no características de los terapeutas, ocurren esporádicamente, mientras que las reacciones contratransferenciales crónicas son típicas y comunes para él, son frecuentes e indiscriminadas, se dan con varios pacientes; virtualmente cualquier disparador podría estimular una reacción crónica, la cual está estrechamente vinculada con la compulsión a la repetición del terapeuta (Hayes y Gelso, 2001). González (1989) define las reacciones crónicas o permanentes como consecuencia de un problema caracterológico del terapeuta, siendo las reacciones agudas resultado de los efectos de las diferentes manifestaciones de la transferencia del paciente. La contratransferencia crónica, se compone de las características peculiares del clínico y la contratransferencia aguda se manifiesta bajo aspectos específicos del paciente (Gelso y Hayes, 1998). Sandoval (2002) hace una distinción similar, solo que él las nombra como reacciones contratransferenciales **pasajeras** y **duraderas**, las primeras pueden ser útiles; demostrando un conflicto del paciente que se encuentre lejos de la conciencia, siendo de ayuda si se relacionan con el material del paciente, mientras que las más duraderas suelen provocar enojo, angustia o preocupación, pudiendo estar relacionada con algún rasgo neurótico del analista. Se debe identificar entre estos tipos de reacciones y las reacciones caracterológicas propias del psicoterapeuta, las cuales no son específicas de la relación psicoterapéutica, por lo que no deben incluirse como reacciones contratransferenciales.

La contratransferencia se denomina **total** cuando el paciente en su totalidad se convierte en un objeto transferencial para el analista, para Gitelson (citado en Sandoval, 2002) este tipo de reacción no se podría denominar como contratransferencia, sino que más bien constituyen reacciones transferenciales iniciales del terapeuta que pueden llegar a interrumpir y evitar el proceso terapéutico, ya que el paciente se convierte en protagonista de los conflictos inconscientes no resueltos del terapeuta; mientras que la contratransferencia **parcial** es a lo que propiamente se le debería de llamar contratransferencia,

consiste en reacciones que aparecen cuando el proceso terapéutico ya está establecido y surgen como reacciones a la transferencia del paciente, a su actitud o al material que expone (Sandoval, 2002).

Se habla de contratransferencia **directa** cuando el objeto que la moviliza es el paciente, e **indirecta** cuando el motivo es otro; consiste en cualquier respuesta emocional del psicoterapeuta sentida ante terceros que de alguna manera poseen cierta influencia sobre el tratamiento de determinado paciente; por ejemplo, cuando el analizado se vuelve importante por que el supervisor del psicoterapeuta muestra algún interés en él (González, 1989, Sánchez Zago, 1995, Sandoval, 2002).

Racker se refiere a la contratransferencia **concordante** y a la **complementaria**; para él, la contratransferencia poseía dos facetas: como obstáculo (en el caso de la identificación complementaria) y como instrumento (en la identificación concordante), estando ambas en estrecha interdependencia; en el caso de identificaciones concordantes, el terapeuta se identifica con las instancias del paciente, el proceso se realiza en virtud de una dinámica introyectiva-proyectiva, en la medida en que el analista se identifica a nivel de su Yo, SuperYo o Ello con su paciente. Las identificaciones complementarias se refieren a las identificaciones del Yo del analista con los objetos internos de su paciente, Deutsch (citado en Favero y Ross, 2002) se refiere a la contratransferencia complementaria cuando el terapeuta se identifica con los objetos infantiles del paciente; esta identificación debe mantenerse bajo control para evitar la neurosis contratransferencial y la contraidentificación.

Para Racker las identificaciones concordantes constituyen la empatía y es aquí donde se gesta una contratransferencia positiva y sublimada por parte del que analiza, es a partir de esta empatía que distingue la ocurrencia contratransferencial y la posición contratransferencial. La primera está relacionada con las asociaciones libres o pensamientos espontáneos que el analista tiene en

relación con algunas actitudes fantaseadas fugazmente sobre lo que el analizado puede hacer. La posición contratransferencial indicaría un sentimiento concreto del terapeuta con su paciente; la cantidad de participación yoica (casi nula en la ocurrencia) es lo que permite diferenciar entre una ocurrencia y una posición (Guerra, 2001). Sandoval (2002) señala que en el caso de fenómenos contratransferenciales concordantes y complementarios, existiría, en el primer caso una mayor empatía, y en el segundo una fuente de conflicto. Para Etchegoyen (citado en Sánchez Zago, 1995) la comprensión o empatía del analista no dependen de que éste se identifique de manera concordante o complementaria, sino del grado de conciencia que se tenga del proceso, de las identificaciones y de la naturaleza objetal del vínculo, Sandoval (2002) converge con lo planteado y establece que lo más importante no es el tipo de contratransferencia que predomina, sino la claridad con la que el analista puede identificar y analizar todos estos procesos.

2.4.3 La contratransferencia como resistencia (Contrarresistencia)

Las resistencias del paciente han recibido una considerable atención por parte de la literatura psicoanalítica; se ha abordado el como, cuando, porque se resiste el paciente; sin embargo, es relativamente escaso el material que existe en relación con las resistencias que pueden presentarse por parte del terapeuta; no se han considerado las defensas, fantasías, prohibiciones del Superyó, ideas, síntomas neuróticos, entre otros factores, los cuales pueden contribuir al proceso terapéutico y afectarlo negativamente, dichas contrarresistencias, al igual que las del paciente pueden parecer ajenas al Yo o egosintónicas; Strean (1993) denomina contrarresistencia al hecho de que *el terapeuta cese el examen de su propia conducta en relación con sus clientes y/o demuestre actitudes o conductas que impiden el proceso terapéutico*, para González y Rodríguez (2002) la *contrarresistencia* es el rechazo subjetivo del analista; una resistencia que se opone a la interpretación, el analista se identifica con las resistencias del analizado: es *la resistencia del psicoterapeuta a interpretar la resistencia del*

paciente. Se debe encontrar la causa de resistencia en el analizado que hizo eco en la contrarresistencia del analista. Carpy (citado en Sánchez Zago, 1995) considera que lo descrito por Freud como contratransferencia en 1910 es la resistencia inconsciente del analista a ayudar libremente al paciente a enfrentar las áreas que en su psicopatología, él mismo encontraba difíciles de enfrentar.

Strean (1993) considera que la contrarresistencia del terapeuta es muy similar en la frecuencia e intensidad, a la presentada por el paciente; el terapeuta, suele implicar la contrarresistencia a través de su “interpretación objetiva”, también afirma que la resolución de las resistencias del paciente depende en muchas formas de la resolución de las contrarresistencias del terapeuta; cuando éste es capaz de aceptar sus propios errores como ser humano, puede ayudar a su paciente a hacer lo mismo. Las formas habituales de contrarresistencia son aquellas que suelen presentarse en el paciente y las cuales son clasificadas como: represión y otras defensas, contrarresistencia de contratransferencia, ganancia secundaria de la enfermedad, resistencias de Superyó y resistencias del ello.

- Represión y otras defensas: Cuando el terapeuta se siente ansioso, recurre a mecanismos como represión, regresión, formación reactiva, aislamiento, proyección, introyección, vuelta a uno mismo, reparación y negación. Dichos mecanismos suelen aparecer en el terapeuta a lo largo de la sesión en diversas formas: aburrimiento, enojo, prohibición respecto a las fantasías sexuales, tranquilizar excesivamente al paciente, entre otras (Strean, 1993).
- La contrarresistencia de contratransferencia: tanto las reacciones de transferencia como las de contratransferencia son rastreables a la infancia; los clínicos podrían tener “fantasías compensatorias” con sus pacientes, lo que los podría conducir a enamorarse de ellos o a odiarlos.
- Ganancia secundaria de la enfermedad: dicha ganancia deriva de la gratificación inconsciente y de la proyección de síntomas neuróticos, el terapeuta podría entorpecer el adelanto del paciente como forma de gratificar determinadas demandas inconscientes. Entre las ganancias

secundarias que el terapeuta podría encontrar en su trabajo terapéutico se podrían descubrir las siguientes: el terapeuta como un voyeurista, apoyo excesivo al paciente (de esta manera el paciente es forzado a idealizar al terapeuta, negándole la posibilidad de disentir con él), la reacción terapéutica negativa, hostilidad hacia el paciente, entre otras (Strean, 1993).

- Resistencias de Superyó: cuando los practicantes de la psicoterapia poseen un superyó punitivo, no se permiten, ni permiten a sus pacientes obtener mucho placer, ya sea en su vida o en el tratamiento. El Superyó del clínico puede influir mediante prohibiciones y castigos, que condenan deseos humanos, critican e imponen presión. Una de las contrarresistencias más comunes es cuando el psicoterapeuta condena determinada actitud o conducta del paciente con su juicio personal, otra área conflictiva es lo referente a los honorarios, ya que algunos terapeutas temen explotar o ser explotados; intentan cambiar de estilo de vida por medio de sus honorarios, etc., este tipo de resistencias suelen ser muy difíciles de resolver, ya que suelen parecer justificadas, morales, por lo que son racionalizadas. Bonasia (2001) menciona que las resistencias más poderosas provienen no solo del Superyó personal del psicoterapeuta, sino del Superyó de la comunidad psicoanalítica; ejemplo de ello es que dicha comunidad es la que, casi por unanimidad, condenan los intensos sentimientos de amor en el setting.
- Resistencias de Ello: este tipo de resistencias suele aparecer en las intervenciones del terapeuta, las cuales pueden ser seductoras, sádicas, masoquistas, defensivas o de cualquier tipo que resulte gratificante para el terapeuta (Strean, 1993).

2.5 Manejo técnico de la contratransferencia

Freud consideró, en un inicio, que la contratransferencia era un impedimento a la terapia, algo que se debía superar y evitar, desarrollando una piel impasiva para evitar que aspectos de la personalidad del terapeuta afectaran al paciente,

prescripciones que más tarde se reflejaron en las reglas de neutralidad y abstinencia, así como en la necesidad de un autoanálisis y de un análisis del candidato por parte de un experto, a través de los que debía poseer las técnicas para superar su contratransferencia y adquirir la “piel gruesa”. Sin embargo, actualmente se emplean estos sentimientos y reacciones hacia el cliente como una fuente de información, no obstante, las consideraciones de la contratransferencia y su expresión apropiada constituyen un campo controversial dentro de la técnica analítica.

Desde un inicio Freud estipuló el papel del terapeuta dentro del tratamiento; en “Nuevos caminos de la Terapia Psicoanalítica” Freud (1919-1918) propone que la tarea médica es llevar al enfermo a tomar conciencia de las mociones reprimidas que inconscientes subsisten en él; descubriendo las resistencias que en su interior se oponen a ampliar su saber sobre su propia persona; lo cual no garantiza su superación, la cual se espera alcanzar aprovechando la transferencia del paciente sobre la persona del médico; la cura analítica debe ejecutarse en un estado de privación-abstinencia. González (1999) es claro al exponer que los propósitos del terapeuta son: hacer consciente lo inconsciente, analizar las resistencias, fortalecer al yo y modificar al superyó en el proceso terapéutico, lo cual exige al terapeuta convertirse en un agente activo e ingresar como tal a la interacción dinámica entre el ello y el yo.

La participación del psicoterapeuta está sujeta a una serie de postulados teóricos y técnicos, que tiene la finalidad de evitar que el psicoterapeuta distorsione el material del paciente y el proceso psicoterapéutico; lo cual fue considerado por Freud a través de la metáfora del espejo y las reglas de neutralidad y abstinencia; sin embargo dichas aportaciones estaban encaminadas, más que a lo que el terapeuta debía hacer, a lo que no debía hacer. No obstante, nunca se perdió de vista la influencia que tenía la personalidad del analista dentro del proceso, así como la manera en que se debía vigilar dicha influencia, y es la contratransferencia una reacción crucial del psicoterapeuta, que siempre, en

mayor o menor medida se encuentra presente en el proceso psicoterapéutico y es capaz de influir en éste de formas tan sutiles que ni el mismo psicoterapeuta puede advertirlo; y de ello deriva su peligro, ya que si bien puede ser una captación inconsciente del paciente y su problemática, también puede ser producto de la problemática particular del analista, dada esta doble cualidad es preciso que el psicoterapeuta este atento a sus reacciones y posea las capacidades personales, teóricas y por supuesto técnicas para manejarla.

González y Rodríguez (2002) explican que *la contratransferencia es por un lado, un vehículo para conocer los procesos inconscientes del paciente, pero también puede ser un obstáculo para la comprensión empática, siendo la postura profesional la que permite tomar distancia y salvar al analista de los procesos contratransferenciales no resueltos*. El análisis de la contratransferencia ocupa un lugar central en el pensamiento psicoanalítico contemporáneo; muchas corrientes enfatizan el trabajo interno del terapeuta, como un soporte para las intensas, confluentes y en ocasiones dolorosas reacciones del trabajo con personas con dificultades.

La contratransferencia del psicoterapeuta necesita ser examinada y reexaminada; Sandoval (2002) expone tres orientaciones en cuanto a la técnica contratransferencial: 1) reducir todo lo posible las manifestaciones contratransferenciales mediante el análisis personal, de tal forma que la situación analítica quede finalmente estructurada como una superficie proyectiva sólo para la transferencia del paciente, 2) utilizar las manifestaciones contratransferenciales, con base en la idea de que el propio inconsciente es un instrumento con el cual puede interpretarse la expresión del inconsciente de los demás y 3) usar las reacciones contratransferenciales como guía para la misma interpretación, con fundamento en que la comunicación auténticamente psicoanalítica se constituye de manera exclusiva de inconsciente a inconsciente.

Hayes y Gelso (2001) postulan dos métodos para manejar la contratransferencia; el primero es reducir la probabilidad de que aparezca y el segundo minimizando el impacto negativo de las reacciones una vez que han ocurrido. En cuanto a la primera aproximación se ha encontrado que aquellos terapeutas con un Yo más integrado tendía a poseer un mejor manejo de la contratransferencia, con factores asociados como: la empatía, el manejo de ansiedad y habilidades conceptuales (éstas habilidades están relacionadas con el hecho de que el manejo de una teoría y sus conceptos teóricos resultan infructuosos e incluso contraproducentes si el terapeuta no es consciente de sí mismo). La segunda aproximación se relaciona con el hecho de que existen manifestaciones internas (afectivas y cognitivas) y externas (Conductuales) de las reacciones contratransferenciales, teniendo una repercusión diferente en el paciente y en el tratamiento. Tanto Hayes como Gelso concuerdan en que la contratransferencia podría ser un vicio o una virtud dentro del proceso terapéutico y consideran que las investigaciones futuras deberían revelar el potencial de la contratransferencia para mejorar los instrumentos que posee el terapeuta, ya que como Schroeder (2000) afirma, la contratransferencia es difícil de colegir; está lejos de reducirse a lo que surge en la atención flotante del analista; supone complejos procesos cuya elucidación tiene como requisito la capacidad y disposición para el autoanálisis por parte del analista.

Es a través de su propia psicoterapia y de la supervisión, que el psicoterapeuta logra conocer aquellos puntos de su personalidad capaces de impedir el proceso terapéutico; ambos procesos lo capacitan para reconocer la transferencia del paciente y hacerla clara por medio de interpretaciones; de esta forma puede aprovechar elementos contratransferenciales como un proceso diagnóstico que le permitirá trabajar psicoterapéuticamente con más precisión (González, 1989).

Hayes y Gelso (2001) afirman que todas las reacciones de los terapeutas son importantes, pero lo es aún más que él identifique, en medida de lo posible, los orígenes de esas reacciones, para estos autores, se debe distinguir entre aquellas

reacciones que son causadas por conflictos no resueltos y aquellas provocadas por otro tipo de reacciones, una vez identificadas las manifestaciones contratransferenciales, el terapeuta debe explorar que fue lo que las disparó, en este punto el terapeuta debe reflexionar acerca de la sesión, también puede buscar similitudes entre el paciente y otras personas significativas de su vida; estos autores comentan que el remedio para la contratransferencia se debe dar de acuerdo a su origen; suponen que si un terapeuta tiene problemas para concentrarse durante la sesión podría deberse a varios factores: durmió poco la noche anterior, sus vecinos son ruidosos, o pudo haber atendido a muchos pacientes durante la mañana; de ser estas las causas, el terapeuta podría prevenirlas durmiendo más, preguntando a los vecinos si podrían guardar silencio o atendiendo a pocos clientes al día. Sin embargo, señalan que el problema de concentración podría deberse al material del paciente, quien podría tocar un conflicto sin resolver del terapeuta, por lo que tendría problemas para mantener la atención en ello, en dicha situación el terapeuta tendría que solicitar una consulta con su supervisor, entrar a terapia o cualquier otra forma de introspección; en cualquier caso, Hayes y Gelso afirman que la raíz de las dificultades de concentración del terapeuta le guiaran hacia el remedio.

El investigador tiene que preguntarse continuamente el por qué de su reacción; ¿estoy reaccionando de la manera en que lo hago ante éste sujeto por mi relación con él?, ¿o a causa de algo que está pasando en mi vida actual?, ¿o debido a eventos pasados que afectan mi presente? (González, 1989). González y Rodríguez (2002) sugieren que el analista puede comprender el significado oculto del material del paciente, mediante la inspección de sus propios sentimientos y asociaciones mientras escucha. Se requiere del insight del psicoterapeuta sobre sí mismo y sobre la situación psicoterapéutica para llegar a la contratransferencia consciente y disciplinada, la cual tiene su fuerza en los impulsos sublimados y en las capacidades reparadoras del psicoterapeuta, que más que atender a las necesidades y afectos ambivalentes atienden objetivamente a su labor, para la cual se crearon el psicoanálisis, la investigación y la cura, es responsabilidad del

psicoterapeuta hacer consciente su contratransferencia y hasta donde sea posible ponerla al servicio del paciente(González, 1989).

González (1989) declara que el psicoterapeuta tiene que luchar para no ser encajonado en el rol que trata de imponerle el paciente a través de su transferencia y no responder contratransferencialmente esa demanda. Los sentimientos contratransferenciales, de preferencia deben ser contenidos, procesados y quizá discutidos con el consultante o el supervisor; la sensata autorevelación de los sentimientos contratransferenciales podría ser de ayuda en algunas situaciones; pero el terapeuta debe recordar que gran parte de la contratransferencia es inconsciente y que nunca estará seguro cuando puede revelar esos sentimientos a los pacientes (Gabbard, 2001). Heimann aborda este tema controversial: discute si se debe o no comunicar al paciente cuestiones contratransferenciales; para ella, la comunicación de estos contenidos se puede llevar a cabo con naturalidad, siempre y cuando no se expresen conflictos de la vivencia personal del analista y no se ofrezca al paciente material de la vida íntima y privada del analista (Guerra, 2001). Para Gabbard (2001) la autorevelación de la contratransferencia podría ser útil en algunas situaciones, pero compartir algunos sentimientos podría abrumar al paciente y agobiarlo, de forma tal, que se podría dañar el proceso terapéutico.

Para Gómez (1985) y Hernández Tubert (1999) existe un factor; que junto con la preparación teórica, técnica, el autoanálisis, el análisis personal y la supervisión puede ayudar al terapeuta en su manejo de la contratransferencia y esto es el establecimiento de relaciones simétricas, de amistad. Para Gómez los encuentros afectuosos permiten que el psicoterapeuta entre en relaciones donde crítica y puede ser criticado, insulta y es insultado, además de que le proporciona una confrontación erótica fuera del marco analítico; un analista o psicoterapeuta sin amistades genuinas debe tener un talento excepcionalmente grande para no enrigidecer y alienarse en su trabajo.

Para Hernández de Tubert (1999) un punto medular dentro de la labor clínica del psicoterapeuta es el mantenimiento de una vida sana y creativa; entablar relaciones igualitarias, así como vivir y actuar como miembro de grupos sociales, impulsa el desarrollo personal, ésta autora considera que el psicoterapeuta debe diversificar las experiencias en su vida personal; el encerrarse en el mundo restringido de una profesión es tan empobrecedor de la vida personal en el caso del psicoanálisis, como lo es en el caso de cualquier otra disciplina; pero en el caso específico del psicoanálisis, también afecta el trabajo, ya que es muy difícil comprender adecuadamente la amplitud y variedad de las experiencias de los pacientes, así como las propias, si el mundo del psicoterapeuta se ha estrechado a los límites del consultorio; cuanto más rica y gozosa sea su vida, más comprenderá a los pacientes y mejor podrá ayudarlos, al fin y al cabo *nadie puede dar a otros lo que no dispone para sí mismo.*

Por último, Ulriksen, (Reunión Científica en APU, 2000) considera que para hablar de contratransferencia y situarse en ella, se tiene que ser coherente con todas las consecuencias que trae el concepto, Schkolnik (2001) reitera que el disponer de las teorías libremente, traduciéndolas al lenguaje propio, tanto en su trato con el paciente como en la transmisión de lo que se da en la situación analítica, permite atender a lo singular del análisis, al tiempo que se está receptivo a lo que surge en el encuentro con el paciente, Schroeder (2000) subraya la importancia de ser coherentes entre la clínica, la patología que se aborda, los dispositivos técnicos con que se cuenta y los fundamentos teóricos con los que se opera, por último Sánchez Zago (1995) concluye que **en el trabajo contratransferencial siempre van entrelazadas la actividad intuitiva y la intelectual**, sin embargo el interés por la investigación debe ser secundario al anhelo de descubrir datos estrictamente pertinentes a su función psicoterapéutica. De los Santos (Reunión Científica en APU, 2000) comenta que para superar la contratransferencia se requiere, más que el autoanálisis, la pluralidad teórica; ya que el no aferrarse a una teoría que pretende explicarlo todo y poder utilizar las diversas teorías como herramientas de trabajo constituyen un buen antídoto contra la

contratransferencia, Meyers (Smith, 2002) siente que es inevitable que un buen analista tome trozos y piezas de otras aproximaciones psicoanalíticas. Por lo expuesto, se entiende que el psicoterapeuta debe poseer herramientas técnicas, teóricas, y personales para poder hacer un uso efectivo de su contratransferencia, utilizándola a favor del paciente y como un instrumento básico de su actividad.

2.6 Transferencia-contratransferencia como unidad

Devereux (1983) menciona que transferencia y contratransferencia poseen fuentes y estructuras casi idénticas, siendo una razón convencional la que define a las reacciones del paciente como transferencia y a las del terapeuta como contratransferencia; de hecho Kemper (1972) analiza la transferencia y la contratransferencia como “unidad funcional”, desarrollando una serie de tesis en donde resume algunos de los principales aspectos de la transferencia y de la contratransferencia; destacando que ambos son fenómenos normales de las relaciones interhumanas, siendo expresión de la compulsión a repetir¹². La unidad funcional transferencia-contratransferencia representa una forma de relacionarse del terapeuta y paciente, en donde cada uno distorsiona al otro según su propia naturaleza y su peculiar personalidad (González, 1989). Ambas manifestaciones tienen un origen común: las fantasías inconscientes (Smith, 2002). Toda relación humana es una situación transferencial-contratransferencial que exige un objeto y un sujeto, formándose una unidad funcional, un objeto es internalizado, proyectado y desplazado. Es una unidad funcional instalada en el pasado, en la que sujeto y objeto intercambian sus papeles, en una alternancia recurrente y permanente (González y Rodríguez, 2002).

Tanto la transferencia como la contratransferencia fueron consideradas en un inicio como obstáculos para la labor terapéutica; sin embargo esta concepción se

¹² Freud ya mencionaba que las pulsiones que no encontraron su gratificación durante la infancia se presentan en la neurosis e inconscientemente buscan su realización en las relaciones actuales y la relación terapéutica no es la excepción.

ha ido modificando, constituyéndose ambas fundamento de la práctica psicoanalítica. Gelso y Hayes (1998) consideran que la transferencia y su correlato, la contratransferencia son un concepto clave en todas las terapias (e incluso en todas las relaciones), existiendo desde el primer momento y pudiendo ser útiles, neutrales o destructivas para la psicoterapia; dependiendo de su naturaleza, frecuencia, ímpetu y de las creencias del psicoterapeuta acerca de ese proceso y la forma en que lo maneje.

El movimiento transferencia-contratransferencia es el pilar que sostiene la especificidad de la labor terapéutica y de la disciplina psicoanalítica; para Schkolnik (2001) da lugar a nudos dinámicos en los que se condensan aspectos concientes, preconscientes e inconscientes de la interrelación paciente-analista, que desencadenan procesos de asociación y elaboración en ambos; teniendo un carácter único, que singulariza cada análisis y que constituye el soporte del proceso analítico. Para Racker (citado en Sánchez, 1995) ambas representan dos componentes de una misma unidad; dándose vida mutuamente y creando la particular relación interpersonal de la situación analítica. "...La vinculación transferencial/contratransferencial (que es de carácter emocional y simbólico) es la base segura y la columna vertebral de la comunicación terapéutica. Y no se puede negar que ésta sea la forma de comunicación más directa e intensa que pueda darse..." (Cencillo, 1998, citado en Guerra, 2001, p. 160)

Aunque la contratransferencia se basa en la transferencia como fenómeno universal, entre ambas existen diferencias. *La contratransferencia no se vive con la misma intensidad que la transferencia del paciente; la posición de observador del terapeuta hace que solo muestre lo necesario acerca de sí mismo, mientras que el paciente cuenta con toda la libertad para poder expresarse* (Caparrós Y Maestre, 1994). La contratransferencia; dentro de la situación analítica se encuentra en dependencia funcional con la transferencia del sujeto y la misma transferencia también esta en dependencia funcional del comportamiento del objeto que la provoca (Kemper, 1972). González y Simo (1995) afirman que tanto

paciente como psicoterapeuta realizan construcciones imaginarias uno del otro, lo cual origina el campo transferencial –contratransferencial. Para MacKinnon (1973 citado en González, 1989) el patrón transferencial, con sus características e intensidad, definen un perfil contratransferencial en el psicoterapeuta.

Autores como Sandoval (2002) concuerdan con el hecho de que no obstante que transferencia y contratransferencia posean las mismas bases y ambas se encuentren latentes aún antes del proceso, el setting analítico promueve que se establezca primero la transferencia y posteriormente venga una reacción similar del terapeuta hacia el paciente y más específicamente, hacia su transferencia. En relación a ello, Schroeder (2000) se cuestiona lo siguiente “...**¿la contratransferencia tendría sólo este carácter segundo y reaccional respecto a la transferencia?...**” (p. 148); es decir, ¿estaría determinada por la transferencia?, ¿sería solo lo que el paciente crea en el analista?, ¿cual sería la implicación del analista?, Kemper (1972) señala que al igual que la transferencia, la contratransferencia se encuentra siempre lista, de modo latente, aún antes de iniciar el tratamiento, mientras que para Neyraut (citado en Schroeder (2000) la implicación del analista forma parte del contexto sobre el que se recortará la transferencia. Devereux (1983) menciona que la transferencia y contratransferencia son fenómenos conjugados e igualmente básicos, sin embargo afirma que es la contratransferencia y no la transferencia el dato más importante dentro de la ciencia del comportamiento; siendo científicamente más productiva en datos acerca de la naturaleza humana.

La transferencia del paciente suele ser un reflejo de la actitud y técnica analítica del trabajo del terapeuta; dentro de la transferencia, el paciente se encuentra engranado en actitudes fundamentales correspondientes a las de su terapeuta, como un positivo y negativo del mismo objeto (Kemper, 1972). Además de que tanto paciente como analista operan en estados mentales similares; esto es la asociación libre y la atención flotante, y es en el ámbito de la relación transferencial en donde se pueden dar ambas; la asociación libre sostiene la

relación transferencial; en un esfuerzo que implica tanto al analista como al analizado, es al analista al que corresponde una función precisa: la de recrear el espacio transferencial. La relación terapéutica, como relación de transferencia-contratransferencia, es una relación afectiva por antonomasia; "... en la relación transferencia-contratransferencia hay otra persona que permite al paciente amarse, siempre y cuando el analista pueda utilizar sus reacciones emocionales a las comunicaciones del paciente sin distorsión contratransferencial..." (Boyer, p. 426).

Actualmente la relación transferencia-contratransferencia se presenta como un par indisociable y el efecto de cambio de la psicoterapia opera en esta relación, la cual propicia el encuentro de dos psiquismos; en donde el psicoterapeuta puede emplear el suyo como un instrumento para el comprendimiento de lo que sucede en el paciente. La contratransferencia, que por mucho tiempo se consideró como una desventaja, una debilidad del psicoterapeuta ante el proceso, y que por tanto debía eliminarse, resultó ser el mejor aliado para el desarrollo de la psicoterapia, cuestión que será abordada con mayor profundidad en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3

CONTRATRANSFERENCIA Y EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

“...la dilación de la cura o de la mejoría sólo es causada,
en realidad, por la persona del médico...”
Freud (1905-1901)

La contratransferencia se encuentra en el centro de la teoría y técnica psicoanalítica, la cual a favorecido su evolución durante los últimos años; mudándola de un limitado constructo que la definía como la transferencia del psicoterapeuta hacia el paciente, es decir, como una distorsión en la que desplazaba sentimientos y actitudes de personas significativas de su pasado hacia el paciente, lo cual constituía un obstáculo, un punto ciego del psicoterapeuta que despojaba de toda objetividad al proceso psicoterapéutico a un enfoque que la considera como un fenómeno que siempre está presente en la situación psicoterapéutica y que puede ser de utilidad para el proceso, el paciente y el psicoterapeuta, constituyendo una herramienta diagnóstica y de tratamiento.

El objetivo de este capítulo es describir las principales reacciones contratransferenciales, las cuales pueden involucrar aspectos relacionados con la personalidad del psicoterapeuta, complejos sin resolver y respuestas a determinados padecimientos del paciente, poseyendo una doble probabilidad, ya sea como herramienta al servicio de la cura, como instrumento diagnóstico y/o terapéutico o como contrarresistencia, fuente de error y fracaso terapéutico, que pueden conducir al psicoterapeuta a actuaciones peligrosas, tanto para él como para el paciente y el proceso psicoterapéutico. *La contratransferencia es considerada como un instrumento diagnóstico y/o terapéutico cuando el psicoterapeuta es capaz de usar sus reacciones contratransferenciales como guía*

del diagnóstico, como resonancia ante el material del paciente, fuente de interpretación, evidencia de material que no es consciente por parte del paciente y que sin embargo, es proyectado en la transferencia e incluso como alerta acerca de material que trastoca un punto ciego del psicoterapeuta. Como error, la contratransferencia consiste en que dichas reacciones se mantienen en un nivel inconsciente, son disfrazadas mediante metodología, formando contrarresistencias o son actuadas dentro del encuadre por el psicoterapeuta, quien puede caer en una especie de complicidad con el paciente, respondiendo a su transferencia o usándolo para satisfacer sus deseos y necesidades.

La contratransferencia como fuente de error es un riesgo que siempre está presente, *pero ello se puede evitar mediante determinadas medidas, las cuales inician con la formación del psicoterapeuta, su análisis didáctico, su autoanálisis, y su proceso de supervisión*, dichos elementos preparan al psicoterapeuta para hacer frente a las exigencias de su propio aparato psíquico y a lo que le plantea el paciente con su patología y su transferencia, le permiten utilizar sus reacciones contratransferenciales como instrumento diagnóstico y terapéutico. A lo largo del capítulo se retomaran los aportes de autores como Devereux (1983), , Boz y Raznoszczyk (1999), Cassorla (2000), Gelso y Hayes (1998, 2001), Favero y Ross (2002), Gabbard (2001), Bonasia (2001), Katz y Fetter (1999) y González, quien junto con otros autores se ha destacado por sus investigaciones respecto a la contratransferencia (González, 1989, González y Rodríguez, 2002, y González y Simo, 1995), entre otros.

3.1 Reacciones contratransferenciales

Todas las tradiciones teóricas reconocen la contribución del psicoterapeuta al proceso del tratamiento y la necesidad de éste de ser cauteloso cuando experimente los espejismos de la desesperanza, el odio repentino o esté al límite de la confusión, todo lo cual parte de la contratransferencia (Norcross, 2001). De León y Bernardi (citado en Schkolnik, 2001) consideran la contratransferencia en

un sentido amplio, vinculándola a fenómenos que afectan toda la vida psíquica del analista (afectos, ocurrencias, actos, creencias, movimientos, reacciones corporales, etc.) cuyas manifestaciones pueden aparecer sorpresivamente o en forma silenciosa, entrelazada con sus convicciones teóricas, con sus posiciones frente a la vida o ante ciertos problemas, incidiendo en el tratamiento sin ser percibidos por el analista, para González y Rodríguez (2002) la contratransferencia puede tomar la forma de sentimientos, deseos, pulsiones, temores, fantasías, actitudes, defensas o ideas por parte del psicoterapeuta hacia el paciente.

Todos estos fenómenos contratransferenciales se dan desde el momento en que se inicia el contacto entre el psicoterapeuta y el paciente; desde el primer encuentro y aún antes, el psicoterapeuta empieza a construirse una representación de su paciente; lo que González y Simo (1995) denominan *paciente imaginario*, teniendo determinadas expectativas y actitudes hacia él de acuerdo a dicha representación, la cual debe dar paso al conocimiento del paciente real; de no ser así, la psicoterapia ira dirigida al paciente imaginario y no al real. Estas expectativas suelen ir acompañadas de determinadas reacciones contratransferenciales, las cuales van encaminadas a satisfacer dichas expectativas.

Dado que las reacciones contratransferenciales se dan aún antes del primer encuentro, se suponen diferentes momentos de éstas a lo largo de la psicoterapia, manifestándose de diversas formas; De León y Bernardi (citado en Schkolnik, 2001) diferencian los aspectos manifiestos, que quedan a disposición de la atención flotante del analista, de los aspectos latentes, que sólo pueden ser inferidos posteriormente. Cuando se manifiesta una reacción contratransferencial importante, se pierde parte de la asimetría y neutralidad en el analista, dándose una afectación mutua, expresión de una forma de comunicación primitiva; es tras un proceso de autoanálisis que se podría dar la creativa tarea de la interpretación. Hayes y Gelso (2001) también dividen las reacciones contratransferenciales en

aquellas más asequibles a la observación y aquellas que requieren un trabajo interno; mencionan que cuando los conflictos irresueltos del psicoterapeuta son evocados, éste puede reaccionar de varias formas; tanto internas como externas; las reacciones se podrían manifestar internamente en forma de numerosos pensamientos y sentimientos y de forma externa a través de varias conductas; ambos tipos de reacciones no son independientes, sin embargo (para una mejor comprensión), los autores analizan separadamente las manifestaciones contratransferenciales afectivas, cognitivas y conductuales. Dentro de las manifestaciones afectivas, se identifica la ansiedad, sentimientos de enojo, aburrimiento y tristeza, entre otras. Dentro del plano cognitivo se considera a la contratransferencia como un error de percepción; investigándose en la actualidad otras formas en que la contratransferencia afecta la actividad mental del psicoterapeuta, encontrándose alteraciones en cuanto a las decisiones de éste respecto a la duración del tratamiento, afectando también su capacidad para reflexionar sobre el material de sus pacientes. En cuanto a las manifestaciones conductuales se encuentra la cuestión de cercanía emocional del psicoterapeuta; los psicoterapeutas se debaten entre cual es la distancia que deberían mantener respecto a sus clientes; la mayoría de las investigaciones se han enfocado en las reacciones de abandono, evitación o implicación excesiva con el paciente.

En relación con lo expuesto González (1989) cita manifestaciones clínicas tales como: Olvidar el material del paciente, dificultades para asociar la sesión con la técnica, retrasos en la supervisión, confundir al supervisor con el paciente, etc.; éste autor realiza una investigación en donde compara las reacciones contratransferenciales entre la psicoterapeuta y dos de sus pacientes (una mujer adulta y una adolescente), en cuyos resultados se observó que tanto la contratransferencia positiva como la negativa eran más intensas en la segunda, entre las reacciones contratransferenciales que se presentaron con mayor frecuencia están las siguientes: "gusto por verla crecer" y "curiosidad", mientras que dentro de la contratransferencia negativa se presentaron el temor, la angustia y el enojo, por otro lado, con la paciente adulta las reacciones

contratransferenciales más comunes fueron tranquilidad y curiosidad (contratransferencia positiva) y envidia (contratransferencia negativa). La intensidad y forma de las reacciones contratransferenciales no solo varía de acuerdo al paciente o al momento psicoterapéutico sino que también varía de acuerdo a la pulsión que las origina, el monto de energía que lleven o en la instancia psíquica en que emerjan, para González (1989) las reacciones contratransferenciales pueden provenir del Ello, del Yo, o del Superyó, sin embargo el objetivo del entrenamiento es que todas sean yoicas, para que de esta forma sus funciones actúen coordinadamente en beneficio del tratamiento; que favorezcan la alianza terapéutica, en lugar de entorpecerla, considerando más peligrosas las reacciones agresivas que las libidinales, cuando en realidad ambas son fuente de resistencia, tanto para el paciente como para el psicoterapeuta.

Lo anterior viene a evidenciar un factor muy importante: *las reacciones contratransferenciales del psicoterapeuta no siempre pueden parecer perjudiciales o negativas, sino que en ocasiones pueden parecer benévolas o esconderse detrás del encuadre psicoterapéutico*, y aún cuando se trate de una contratransferencia negativa, podría ser benéfica para el tratamiento, ya que no todos los paciente sufrieron a causa del abandono o la frustración, sino también por mimos o sobreprotección, además de que el evitar reacciones de odio o agresión podría esconder algún conflicto sin resolver por parte del psicoterapeuta. Cassorla (2000) ilustra esto cuando afirma que "... la aparente prudencia y cuidado del analista, podrían estar escondiendo inseguridad, miedo o necesidad de mantenerse fusionado por otros problemas suyos. Estos aspectos contratransferenciales pueden facilitar que se "enganchen" contenidos proyectados por el paciente y es posible que en algunas ocasiones eso sea inevitable por algún tiempo. Lo que importa es aprovechar el "enganche" para comprender lo que pasa y deshacer puntos ciegos: para tal, evidentemente el analista deberá estar siempre alerta, observándose, intentando captar lo que le está ocurriendo y no despreciando el auxilio de los interlocutores..." (pp. 54).

3. 1. 1 Angustia contratransferencial

El factor básico y determinante de la contratransferencia es la ansiedad, para Devereux (1983) el estudio científico del hombre causa ansiedad debido al traslape entre sujeto y objeto, siendo esta ansiedad la que provoca reacciones contratransferenciales. La ansiedad la produce el objeto de investigación: el propio ser humano. Además, la aparición de un nuevo objeto en el campo relacional es vivido como potencialmente peligroso para el sujeto, produciéndose angustia; también las situaciones de presión externa coaccionan el contenido que no ha sido del todo resuelto por el psicoterapeuta, distorsionando las percepciones, reaccionando en función de sus conflictos y fantasías inconscientes, otra fuente de ansiedad es el desconocimiento de lo que se va a encontrar, teniendo fantasías acerca de lo que será su objeto de estudio y de cómo él mismo podrá responder (González, 1989, González y Simo, 1995).

Hayes y Gelso (2001) comentan que la ansiedad es la respuesta lógica cuando los conflictos irresueltos del psicoterapeuta son provocados. Si el material del paciente provoca la ansiedad del psicoterapeuta, éste, al igual que el paciente suele responder con mecanismo defensivos (Strean, 1993), dichos mecanismos, a decir de Devereux (1983) están determinados por la contextura de la personalidad del psicoterapeuta y aún el psicoterapeuta más experimentado no puede evitar sentir ansiedad en algunas ocasiones. Una manifestación común de contratransferencia es la angustia del psicoterapeuta al percibir las resistencias del paciente y considerarlas como un obstáculo para sus objetivos terapéuticos, dicha angustia puede traducirse en tensión del psicoterapeuta, es como la advertencia inconsciente de un peligro interno (González, 1989, González y Rodríguez, 2002).

En donde existe falta de seguridad, surge la ansiedad; un psicoterapeuta inseguro tendrá miedo de la ansiedad de sus pacientes y por ello puede bloquear, trabar o desconocer las experiencias y verbalizaciones del paciente; para Gómez (1985), la ansiedad del psicoterapeuta es mucho mayor si este posee poca o nula

experiencia, angustiándose a tal grado que no sea posible manejar los problemas adecuadamente; sin embargo, los psicoterapeutas experimentados, también sienten ansiedad, y lo que suele causar más preocupación es que el psicoterapeuta no exhiba ningún signo de ansiedad, duda o cuestionamiento, ya que estos forman parte del proceso de evolución del psicoterapeuta. La duda en sí mismo del psicoterapeuta se ocasiona en momentos de intensa incomodidad y ansiedad, dichos momentos, presentes en el trabajo psicoterapéutico suelen abordarse de forma insuficiente, como para poder aprender de las interacciones conflictivas a que dan lugar (Smith, 2002).

El psicoterapeuta es ante todo, un ser humano, vulnerable y como tal, intenta huir de la ansiedad que le produce la investigación, el trabajo terapéutico y el temor de no actuar profesionalmente, y probablemente es esa angustia la que ha provocado que los investigadores del psicoanálisis, hagan a un lado el tema de la contratransferencia, sin embargo, el tomar conciencia de este hecho puede conducir a modular su ansiedad de tal modo que no afecte negativamente el proceso terapéutico, Heimann (citado en Sandoval, 2002) recomendaba analizar la aparición de preocupación o angustia antes de arrojar una interpretación que pueda estar distorsionada por los elementos inconscientes del psicoterapeuta, si éste es consciente de dicha ansiedad es posible convertirla en guía para el entendimiento de las verbalizaciones del paciente.

La ansiedad, confusión, dolor mental, etc., que puede sentir el psicoterapeuta debe ser aclarada en su mente para poder intervenir en la de otro. Para Boz y Raznoszczyk (1999) es muy importante que el psicoterapeuta no solo este atento a sus pensamientos y sentimientos, sino también a sus sensaciones corporales, comentan que la ansiedad y angustia del psicoterapeuta pueden ser vivenciadas en el cuerpo; existe un impacto corporal ante la transferencia del paciente y la ansiedad que moviliza en el psicoterapeuta.

De acuerdo a lo mencionado; se podría concluir que la ansiedad es un elemento esencial de *la contratransferencia, siendo un componente normal del proceso psicoterapéutico*, que resulta obstáculo o fuente de fracaso terapéutico cuando es inconsciente, constituyendo una resistencia, que al ser elaborada por el terapeuta, se convierte en instrumento y aunque por mucho tiempo se considero que la única forma de calmar la ansiedad era no dándole importancia, restándole valor e ignorándola, para ver si de ese modo desaparecía, actualmente sirve de guía para el proceso psicoterapéutico, ya que expone material que resulta incomodo o ansiógeno para el paciente o para el propio psicoterapeuta.

3.2 Contratransferencia y su valor en el proceso psicoterapéutico

Tuvieron que pasar algunos años para que se abordara el fenómeno de la contratransferencia y se cuestionara su valor dentro del proceso psicoterapéutico. En el capítulo anterior se esbozo una reseña del desarrollo del término y se describieron algunas de las valorizaciones que ha tenido desde sus orígenes hasta ahora; a continuación se enunciaran las cualidades que tiene este fenómeno dentro de la cura psicoanalítica, retomando algunos de los elementos expuestos anteriormente.

A consideración de Kemper (1972) las posibilidades terapéuticas únicas que posee la contratransferencia se han empleado de un modo muy deficiente, el resignificar la concepción de contratransferencia y considerarla como un instrumento viable dentro del proceso terapéutico para la comprensión de lo que ocurre en el paciente, en la situación analítica y en el psicoterapeuta, ha entrañado que tenga una función específica de ayuda al paciente. Para Schroeder es posible trazar un paralelismo entre la transferencia y la contratransferencia; ambas fueron concebidas como un obstáculo por parte de Freud; sin embargo este paralelismo se desvanece en la medida que la transferencia pasa de ser del máximo escollo del psicoanálisis al auxiliar más poderoso para la cura; se transforma en instrumento; aún con el carácter parcial de resistencia. Es el trabajo con la

transferencia lo que define esencialmente al psicoanálisis mientras que la contratransferencia no se ha favorecido con el mismo destino, tanto la contratransferencia como el acting out han recorrido un camino que va del obstáculo al instrumento, pero cuyo recorrido no ha sido fácil, aún con lentitud, es un rubro que ha evolucionado a través de diversos aportes, un factor decisivo fue la ampliación del campo de acción del psicoanálisis, el cual no se limitó al tratamiento de pacientes neuróticos, sino que se empezó a tratar trastornos narcisistas y fronterizos; por lo que se expuso al psicoterapeuta a nuevas formas de regresión, en las que su función cambiaba, siendo la contratransferencia un instrumento útil en el proceso psicoterapéutico. La imagen del terapeuta como una pantalla en blanco que se mantiene en la neutralidad y el anonimato ya no es un concepto viable; la contratransferencia es inevitable y útil, como parte de un proceso que implica a dos individuos espontáneos y sensibles, inmersos en una intensa y emocionalmente pesada interacción (Gabbard, 2001).

Este cambio en la valorización de la contratransferencia en el proceso psicoterapéutico ha variado a lo largo del tiempo y no obstante que autores anteriores al pensamiento kleiniano habían abordado las posibilidades benéficas de la contratransferencia en el tratamiento, es a partir de éste y de la concepción totalista que la contratransferencia se vuelve un instrumento del psicoterapeuta. Boyer (1992) menciona que el primero en sugerir que las reacciones del analista frente al paciente podrían ser empleadas como datos útiles fue Hann-Kende (1933), aunque también señala que otros autores ya habían presentado trabajos donde se abordaban temas relacionados con la contratransferencia, sin embargo ésta no era mencionada como tal. En varios de estos trabajos se aborda la "intuición" del analista como herramienta para el trabajo terapéutico, reservando el término contratransferencia para las resistencias del psicoterapeuta, Boyer (1992) sugiere que existe un autor al que muchos pasan por alto, ya que no aborda la contratransferencia como tal sino hasta al final de su carrera; dicho autor es

Rosenfeld¹, para quien las reacciones contratransferenciales constituían guías para la interpretación, y no es Rosenfeld el único que hace referencia a la intuición cuando se habla de contratransferencia; Reik (citado en Guerra, 2001) consideraba que la contratransferencia era “el tercer oído del psicoterapeuta” lo cual indica algo similar al sexto sentido, el cual podía utilizarse en beneficio del paciente. Para este autor, la actitud receptiva y la confianza en la intuición pueden captar mejor lo que pasa en el inconsciente del analizado, pero aclara que este fenómeno no puede alimentarse por un conflicto del analista promovido por el conflicto transferencial del paciente (Sandoval, 2002).

Fue el neokleiniano Racker quien entendió la contratransferencia como un instrumento positivo que facilita la percepción, incrementa la captación de las reacciones incipientes del analista frente al paciente y conduce a una captación más rica y sutil de la tendencia transferencial de éste último (Boyer, 1992). Heimann sugiere que la respuesta total del analista hacia el paciente no es simplemente un obstáculo o un impedimento ocasionado por el pasado del analista, sino que también puede ser una importante herramienta para el entendimiento del inconsciente del paciente², enfatizando la comunicación intersubjetiva de las emociones del paciente y del psicoterapeuta como parte de las herramientas terapéuticas del psicoanálisis. Bion ha sostenido que la contratransferencia designa sentimientos inconscientes hacia el paciente y que por lo tanto, lo único que se puede hacer es analizarla; autores como Segal y Ogden han utilizado los desarrollos bionianos para enriquecer y ampliar el concepto de contratransferencia (Braun, Reunión científica en APU, 2000).

Le Guen (1988) estipula lo siguiente respecto al papel de la contratransferencia en el tratamiento: “... La explotación de la contratransferencia se sitúa en el corazón de nuestra práctica: es el eje de toda técnica psicoanalítica, en tanto condición de

¹ Este autor, al igual que Heimann, era Kleiniano y al igual que muchos otros, prefería no usar el término contratransferencia debido a que para Klein representaba un obstáculo, sin embargo es a partir de este enfoque que se da la articulación teórica y técnica de la contratransferencia.

² Ésta perspectiva es denominada como totalística.

su validez...es probablemente el punto en que nuestra técnica y la comprensión que tenemos de nuestra práctica han evolucionado más después de Freud...” (Le Guen, 1988, p. 752). Brown y Miller (2002) destacan que la utilización de las reacciones subjetivas de un psicoanalista como herramienta para comprender mejor a su paciente, ha sido un rasgo central del pensamiento clínico en las décadas recientes. Para Kemper (1972) resulta una contradicción el hecho de que el analista, al no poder superar su contratransferencia (“su debilidad humana”), puede lograr, al comprenderla cabalmente, apreciarla con propiedad y convertirla en fuerza terapéutica; considerándose no solo como una reacción inevitable, normal y legítima por parte del psicoterapeuta, sino, como un medio que al comprenderse, se sitúa al servicio de la labor terapéutica con los pacientes y consigo mismo.

Para Devereux (1983) no es el estudio del sujeto, sino el del observador el que proporciona acceso a la esencia de la situación observacional, Sandoval (2002) comenta que en cualquier momento del tratamiento existe la posibilidad de que se disparen los aspectos conflictivos del psicoterapeuta, aunque solo sea por momentos y exista un predominio de una buena relación con el paciente, dicho momento puede ser reivindicado por el psicoterapeuta y de hecho, serle de utilidad, proporcionando información extra, siempre y cuando se este dispuesto a recibirla; González (1989) apunta que es gracias a la contratransferencia del psicoterapeuta hacia su paciente, que existe la captación de éste a través del inconsciente disciplinado del psicoterapeuta, dicha captación se hace a través del Yo del psicoterapeuta, captando una contratransferencia positiva, negativa o ambivalente, ya que el paciente, con su transferencia y toda su psicodinamia pretende producir cambios sintónicos en el Yo del psicoterapeuta que le permitan repetir sus propias características y deseos transferenciales.

Schkolnik (2001) concuerda con lo expuesto y afirma que la contratransferencia se sitúa en un lugar en el que se produce un cruce de caminos entre las historias, fantasías y teorías del analista y del paciente, permitiendo un acercamiento a las

vivencias de ese otro, con el que se está en una relación marcada por los efectos de la transferencia. Para Eskelinen (1981, citado en Talarn y Maestre, 1994) las respuestas emocionales del psicoterapeuta constituyen su contratransferencia y son su aliado más fiel para entender, “captar” y poder analizar la transferencia, gracias, en parte, a la contratransferencia, el psicoterapeuta puede ayudar a su paciente (un psicoterapeuta sin contratransferencia sería una situación tan extraña como la de una madre que no responde emocionalmente ante su bebé); el psicoterapeuta se encuentra frente a los sentimientos desplegados (del paciente) y sentimientos observados (los del propio psicoterapeuta que se observa y estudia a sí mismo), por lo que es un ser humano que ayuda y no un robot que interpreta mecánicamente.

Este cruce de caminos, entre el paciente y el psicoterapeuta es lo que permite que se lleve a cabo la psicoterapia, la cual es una actividad planificada entre dos personas, que sería imposible de llevarse a cabo con un terapeuta frío y desinteresado, que pretende ser inmovible ante el paciente; Annie Reich (citado en Favero y Ross, 2002) plantea que el psicoterapeuta debe tener un grado de investidura libidinal en el caso; de otra manera, la terapia no progresa; en su opinión, una parcial y breve identificación entre el psicoterapeuta y el paciente es necesaria para el progreso del tratamiento. Guerra (2001) expresa lo siguiente al respecto: “... en la contratransferencia se hallan implicados principios comunes que juegan un papel sumamente importante en la regresión, ya que sin el apoyo afectivo y concreto, la regresión valdrá para poco de cara a la mejoría de la conflictiva del paciente, puesto que éste necesita una confianza básica determinada por el afecto percibido consciente y sobre todo inconscientemente por el psicoterapeuta, cariño que poco o nada tiene que ver con lo sexual (de lo que parecían defenderse los ortodoxos con el principio de abstinencia) sino con una estimulación desde la cual el paciente comprenda que está siendo atendido y valorado como ser singular...” (p. 115).

Poch (1996) continúa con lo indicado por Guerra, articulando la unidad transferencia-contratransferencia con la vida emocional del psicoterapeuta y enfatiza lo siguiente: "...La contratransferencia es valorada como un fenómeno de resonancia emocional del psicoterapeuta con respecto a su paciente, quedando lejos la conceptualización de una contratransferencia disruptora para el proceso terapéutico que debía ser neutralizada por el análisis personal, ciertamente el análisis personal está al servicio de la comprensión de los fenómenos contratransferenciales que por su complejidad, intrusividad y sutileza son difíciles de detectar sin una alta y depurada capacidad de autoanálisis por parte del psicoterapeuta.

El análisis de la transferencia constituye sin lugar a dudas la encrucijada que hace a la psicoterapia dinámica auténticamente psicoanalítica...sin embargo en la medida en que la transferencia se construye en la mutua contribución del paciente y del psicoterapeuta en el curso del proceso terapéutico, son insostenibles las nociones de una transferencia no contaminada, de interpretaciones transferenciales libres de sugestión y de la imagen del terapeuta como un espejo capaz de devolver al paciente su propia imagen...el terapeuta impersonal, lejos de constituir un ideal, puede representar un nocivo fracaso del rol terapéutico... " (p. 72). Gabbard (2001) cree que el terapeuta podría reconocer que el mantener un aislamiento artificial no es deseable o saludable para el curso de la terapia. Greenson (1988) revela lo siguiente respecto a la actitud del psicoterapeuta en cuanto a su participación en el proceso psicoterapéutico "...el analista es ante todo entendedor y promotor de insight. No esencialmente registrador o colector de datos de investigación, para escuchar eficazmente, uno debe atender también sus propias respuestas emocionales, que a menudo le darán indicios importantes. Por encima de todo, el analista tiene que estar atento a sus propias reacciones de transferencia y resistencia, que pueden estorbarle o ayudarle a entender las producciones del paciente..." Greenson , 1988, p. 111)

Para Hayes y Gelso (2001) existen cuatro escenarios en los que se observa el valor potencial de la contratransferencia en el tratamiento. Primero se podría considerar la situación en la que el terapeuta posee un alto grado de insight acerca de sus problemas personales y estos son resueltos exitosamente por él, de tal forma que cuando el paciente toca alguno de estos conflictos, el terapeuta puede ir de su conflicto al del paciente, empatizando y quizá guiándolo, usada de esta manera la contratransferencia es un poderoso instrumento. La segunda situación ocurre cuando el cliente toca un punto conflictivo resuelto y olvidado por el terapeuta, por lo que no representa una situación conflictiva, pero tampoco sirve de guía o para empatizar con el cliente, siendo una situación neutral. La tercera y más peligrosa situación ocurre cuando el cliente evoca conflictos de los que el terapeuta tiene conciencia pero esta lejos de resolver, lo cual podría conducir a acting out contratransferencial, siendo difícil para el terapeuta trabajar con pacientes con problemas comunes a los suyos. La cuarta situación es la más letal y en ella el material del cliente se relaciona con conflictos sin resolver por parte del terapeuta, quien no es consciente de ello. Ésta es la noción clásica de contratransferencia, ya que el material del cliente toca un punto ciego del terapeuta, siendo el potencial de acting out muy alto, ya que el terapeuta es incapaz de manejar sus reacciones contratransferenciales.

Una constante a lo largo de esta investigación es el hecho de que el terapeuta más que permanecer frío o inaccesible para el paciente debe permanecer alerta ante sus propias reacciones; Katz y Fetter (1999) examinan la situación analítica como una ruta de riesgo, en donde todos están expuestos a sufrir accidentes, sin embargo, estos accidentes pueden ser evitados si se mantiene un constante escrutinio de la contratransferencia, lo que conserva la capacidad de contener las angustias creadas en la relación analista-analizado. La participación emocional del analista en su contratransferencia puede ser perturbadora, en especial cuando atiende a varios pacientes en un día, ya que le puede resultar difícil realizar los cambios internos necesarios para asegurar una percepción no distorsionada de los conflictos y estados emocionales de los pacientes. Para Hayes y Gelso (2001)

el punto central del uso terapéutico de la contratransferencia es reconocer que sus orígenes son multilaterales y podrían requerir que el psicoterapeuta se comprometiera profunda e intensamente a una autoexaminación. La conciencia de sus motivaciones personales, es esencial para que haga un uso efectivo de su contratransferencia (Favero y Ross, 2002). Devereux (1983) ya había afirmado algo muy similar cuando comenta que la ciencia del comportamiento se volverá simple cuando se trate las reacciones del científico a su material y a su trabajo como el más fundamental de los datos de esa ciencia, ya que los trastornos y perturbaciones creados por la existencia y las actividades del observador, debidamente aprovechados son las piedras angulares de la verdadera ciencia del comportamiento, este autor postulaba que el reconocer las limitaciones humanas no es degradarse a sí mismo, sino que es algo verdaderamente útil, siendo la publicación de las observaciones de sí mismo un factor importante de la labor científica, Kemper (1972) coincide con ello y menciona que solo el analista que se percate del lugar particular de la transferencia y la contratransferencia en la situación analítica podrá aprovechar por completo sus posibilidades diagnósticas excepcionales y ante todo sus posibilidades terapéuticas en el “aquí y el ahora” de su labor con los pacientes.

Actualmente “...la contratransferencia se utiliza de manera amplia como instrumento diagnóstico y como herramienta para la cura, posibilidades que Freud negaba...”(González, 1999, p. 145), en relación a ello, Spillius (1994, citado en Braun, Reunión Científica en APU, 2000) afirma que “... los analistas nos encontramos preparados para utilizar nuestros sentimientos como fuente de información sobre lo que el paciente hace, aunque no sin tener conciencia de que podemos equivocarnos, de modo que el comprender la forma en que reaccionamos nos impone la necesidad de un trabajo psíquico...” (p.109). González y Rodríguez (2002) concluyen al respecto que la captación que el psicoterapeuta hace del paciente se vuelve un instrumento psicoterapéutico y diagnóstico.

3.2.1 Contratransferencia como Instrumento Diagnóstico

Schkolnik (2001) establece que la contratransferencia es uno de los pilares que marcan la ubicación del analista, ya que en primer lugar le da un carácter particular al vínculo con la teoría, en segundo lugar, porque orienta en la comprensión de los pacientes y finalmente permite situarse respecto a las posibilidades y los límites de los cambios que se esperan por efecto del análisis. González (1989) considera que las sensaciones contratransferenciales que experimenta el entrevistador, independientemente de sus características de personalidad, de su pasado, de sus complejos; son sensaciones contratransferenciales producidas por lo que es el paciente, siendo la captación consciente de estas sensaciones un dato preciso para que el psicoterapeuta elabore un adecuado diagnóstico. Para Heimann todos los afectos sentidos por el analista en relación con su paciente, independientemente de su cualidad, forman parte de la contratransferencia, siendo ésta no sólo una valiosa herramienta de trabajo, sino de psicodiagnóstico clínico; entre más perceptivo sea el psicoterapeuta de su sentir contratransferencial, tendrá más posibilidades diagnósticas (Guerra, 2001). González y Rodríguez (2002) afirman que para realizar un diagnóstico psicodinámico el analista tiene que trabajar con sus propios sentimientos, fantasías y reacciones, con el fin de obtener una impresión diagnóstica tentativa; dicho diagnóstico se manifiesta en dos carriles, en uno de ellos se recogen datos del paciente, sus síntomas, conflictos, y reacciones emocionales, y en el otro, el analista toma conciencia de su propia respuesta emocional y conducta no verbal ante lo que el paciente dice, registrando sus fantasías, ya que esto le permitirá hacer una evaluación diferente.

González (1989) enfatiza que para la función diagnóstica de la contratransferencia dentro de la unidad funcional transferencia-contratransferencia, es necesaria la subjetividad del psicoterapeuta; "...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...” (p. 84), la contratransferencia como instrumento diagnóstico nace de la relación intersubjetiva entre el psicoterapeuta y el paciente, permitiendo al clínico, la percepción y captación emocional de lo que a su paciente le sucede, esta captación puede ser corta o larga, rígida o elástica, pueden preparar al paciente o pueden ser sorpresivas, dependiendo de la captación que haga el psicoterapeuta.

MacKinnon (1973, citado en González, 1989) puntualiza ciertas respuestas contratransferenciales que podrían estar determinadas por la patología específica del paciente:

- El paciente compulsivo tiende a producir aburrimiento, fastidio, monotonía y enojo, teniendo la impresión de no ser escuchado como reacción contratransferencial.
- El paciente histérico produce una reacción de antipatía, complacencia y sorpresa ante la poca precisión que el entrevistador tiene de los datos del paciente.
- El paciente fóbico produce la sensación de enojo, frustración y mucha condescendencia con su infantilismo como reacción contratransferencial.
- El paciente depresivo despierta un sentimiento de omnipotencia, de culpabilidad, impaciencia e irritabilidad, produciendo depresión empática como contratransferencia.
- El paciente esquizofrénico transmite confusión, impaciencia, cansancio y frustración.
- El paciente paranoide produce contratransferencialmente miedo, coraje y desesperación.

González declara que dichas sensaciones son experimentadas independientemente de las características de su personalidad, pasado, complejos, etc.; *son sensaciones producidas por el paciente*. Boyer (1992) señala que la somnolencia es una reacción del analista que puede proporcionar indicios

muy importantes con respecto a los conflictos inconscientes del paciente, además de que para este autor las interpretaciones más eficaces suelen estar basadas en información obtenida a través de reacciones contratransferenciales.

Kernberg (1979, citado en González, 1989) señala que la contratransferencia se convierte en un importante instrumento de diagnóstico, capaz de proporcionar información acerca del grado de regresión del paciente, de su posición emocional predominante ante el psicoterapeuta y de las variaciones de esta posición; si el psicoterapeuta conoce, experimenta y guía técnicamente sus propias reacciones, podrá orientar su tarea psicoterapéutica de forma diferencial. Esta posición del psicoterapeuta hacia el paciente se puede captar a través de la propia percepción disciplinada: "... la percepción de la psicodinamia del paciente se hace a través del Yo del psicoterapeuta, consciente o inconscientemente, al sentir y captar una contratransferencia positiva, negativa o ambivalente..." (González y Rodríguez, 2002, p. 343). Como instrumento de diagnóstico, la contratransferencia puede tener alcances ilimitados, únicamente frenado por aquello que el analista no ve o desconoce de su propia personalidad, siendo inconsciente y parcial; todo aquello que no explora en su análisis personal será su ceguera y sordera frente a los pacientes (González y Simo, 1995). Botella (Smith, 2002) sugiere que la historia de cada analista, su análisis, estructura, sensibilidad y posición teórica hacen que éste sea más o menos receptivo a los diferentes aspectos del paciente, por lo que la importancia de reconocer las reacciones contratransferenciales deriva de que éstas pueden utilizarse como diagnóstico y porque pueden ponerse al servicio del proceso terapéutico a través de la interpretación.

3.2.2 Contratransferencia como instrumento psicoterapéutico

La contratransferencia como instrumento terapéutico se origina en el reconocimiento de la comunicación entre el inconsciente del paciente y el del psicoterapeuta, la cual puede revelar mucha información que conscientemente no es revelada por ninguno de los integrantes de la dupla psicoterapéutica, ya Freud

advertía dicha comunicación cuando afirmó en *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* (1912a) que el inconsciente del analista debía ser un órgano receptor para el inconsciente del analizado. Devereux (1983) advierte que el paciente produce dos tipos de información: aquella que desea comunicar y sabe que comunica y aquella que comunica sin intención, entre líneas, sin darse cuenta y a partir de la interacción psicoanalítica se produce un tercer género de datos: los revelados del inconsciente que causan perturbación en el inconsciente del analista; al interpretar sus reverberaciones, el analista interpreta el inconsciente del paciente, para Devereux *el psicoanalista puede usar su aparato pre, e inconsciente; entiende a su paciente sólo hasta donde entiende los trastornos que éste le produce, la perturbación dentro de él es sentida como un estímulo verdadero y por lo tanto un dato relevante.*

González (1989) define que “...como instrumento terapéutico la contratransferencia consiste en la posibilidad de retroalimentar al paciente acerca de su problemática, poniendo esta comprensión a su disposición y ayuda a través de confrontaciones, clarificaciones e interpretaciones...” (p. 71). El psicoterapeuta debe escuchar el contenido afectivo y captar el tono emocional y así comprender los aspectos motivacionales, deberá funcionar como caja de resonancia; escuchando a través de su empatía y de su contratransferencia, comunicándose con el paciente por medio de las interpretaciones, retroalimentando al paciente acerca de su propia problemática (González y Rodríguez, 2002). El trabajo de contratransferencia plantea la necesidad de tener en cuenta los sentimientos, representaciones, imágenes o fantasías (derivados del nivel inconsciente de la contratransferencia) como signos a descifrar por parte del analista y que le permiten orientar su trabajo con el paciente (Schkolnik, 2001).

Winnicott (1949, citado en Gabbard (2001) sugiere la existencia de ciertos tipos “objetivos” de contratransferencia en las que el terapeuta reacciona hacia el paciente de la misma forma en que todo el mundo lo hace; cita como ejemplo el que algunos pacientes provocan y desprecian a quien entra en contacto con ellos

(incluyendo al terapeuta), quienes responden con odio hacia ellos; desde el punto de vista de Winnicott, esta reacción tiene más que ver con la conducta del paciente y su necesidad de evocar una respuesta específica en los otros que con el pasado personal del terapeuta o sus conflictos intrapsíquicos. En relación con la contratransferencia, la identificación proyectiva actúa como un medio de comunicación que permite al analista enterarse por el paciente de lo que éste no puede pensar en un nivel consciente; el analista trata de encontrar palabras para salvar la brecha entre sus estados subjetivos y los del paciente, las cuales pueden pasar a formar parte del esfuerzo creativo del paciente por simbolizar y enunciar con palabras lo que no tenía manera de expresar; a través de su relación con otra persona, el paciente puede encontrar palabras para aquello que no tiene lenguaje verbal (Boyer, 1992).

Esta identificación contribuye a que la psicoterapia sea producto de la interacción de dos psiquismos; se asume que el psiquismo del psicoterapeuta se involucra con el del paciente; por ello Favero y Ross (2002) proponen que los sueños de los psicoterapeutas tienen un lugar muy importante en la negociación de las resistencias que aparecen en cada díaada terapéutica; los sueños complementarios³ podrían ayudar al psicoterapeuta a entender y apreciar los conflictos del paciente; ni la intensidad de la transferencia, ni la neutralidad del psicoterapeuta hacen que aparezcan los sueños complementarios, sino el tipo de proceso de identificación con las relaciones de objeto del paciente; estos autores creen que ocurre una sublimación de la contratransferencia dentro de los sueños, de tal forma que permiten que el psicoterapeuta continúe en la posición de observador participante. Los sueños serían el resultado de la comunicación subconsciente entre paciente y psicoterapeuta y arrojan luz sobre el fenómeno transferencia-contratransferencia; reflejan las proyecciones del paciente y son útiles para reconocer algunas señales potenciales para el fracaso terapéutico, para Favero y Ross (2002) los elementos previos transferenciales y

³La idea de sueños complementarios esta relacionada con la idea de contratransferencia complementaria.

contratransferenciales de la relación terapéutica no están disponibles para la mente consciente; consideran que una forma de aprovechar la unidad transferencia-contratransferencia es el análisis de los sueños complementarios del psicoterapeuta respecto a los del paciente.

La contratransferencia ha de tomarse como una vivencia del analista que debe interpretarse a la luz del tipo de relaciones que el paciente aporta en las sesiones. Comprender la contratransferencia, la cual abarca la totalidad de la sesión analítica, equivale a la capacidad maternal para sintonizar las necesidades corporales y emocionales del bebé y así poderlas asistir. González (1989) comenta que a través de la disciplina del inconsciente y por medio de la propia formación se puede llegar a potencialidades reparadoras, tanto en el paciente como en sí mismo, éste autor propone una aproximación experimental para conocer el impacto de la contratransferencia en el proceso terapéutico; para ello se vale de un cuestionario de opinión, el cual permite conocer que es lo que los psicoterapeutas psicoanalíticos sienten y piensan respecto a los impulsos, la libido y la agresión, así como de la sublimación y la reparación en ellos mismos. Dicho cuestionario es aplicado a 30 psicoterapeutas psicoanalíticos (13 hombres y 17 mujeres) con un promedio de 6 años de experiencia y un promedio de edad de 35 años, y arrojo las siguientes conclusiones:

- Es importante el control de impulsos que posea el psicoterapeuta.
- Debe poseer la capacidad de sublimar y reparar para hacer un trabajo eficiente y útil.
- Los psicoterapeutas experimentan una sensación de cariño, satisfacción y gusto con aquellos pacientes que le ayudan a reparar, en contraste, aquellos que no lo hacen, despiertan enojo, frustración, tristeza, bloqueo, entre otras, generando una contratransferencia de impotencia, enojo y desesperación (en su mayoría).
- Las descargas inadecuadas de los impulsos (agresivos o sexuales) son paralizantes, aún más las del impulso agresivo, siendo los pacientes con

este rasgo o que lo despiertan en el psicoterapeuta los que más obstaculizan el proceso de reparación.

Con relación a este último punto Gorjón (2002) comenta que no obstante que el análisis de la contratransferencia como factor en la formulación de interpretaciones transferenciales ha recibido atención creciente en la literatura psicoanalítica, en general, tiende a considerarse que se ha escrito más sobre la agresividad contratransferencial que sobre la contratransferencia erótica, no obstante que la actitud fóbica respecto a la contratransferencia ha ido cambiando, todavía persiste respecto a la respuesta erótica del analista ante la transferencia erótica del paciente.

Bonasia (2001) afirma que no todos los autores comparten su distinción entre contratransferencia erótica, erotizada y perversa; este autor considera como “normal” las respuestas eróticas, no obstante que causen dificultades, perturbación y disgusto, existiendo más dificultades en el caso de contratransferencia erotizada y perversa; pero para Bonasia el análisis de las fantasías erotizadas y perversas podría ser instrumento para esclarecer la situación emocional del paciente y de la relación terapéutica, y a través de un trabajo apropiado puede contribuir al progreso del trabajo analítico; en una ilustración clínica, el autor plantea que su contratransferencia erótica le sirvió como un radar para dirigir la atención a movimientos análogos por parte de la paciente; la intensidad de los sentimientos fue en parte (aclarar que solo en parte) una proyección de la intensidad que la paciente no era capaz de modular y digerir por sí misma y que era proyectada en el psicoterapeuta para que él les diera esa forma; el autor establece que **cualquier tipo de contratransferencia, usada de forma correcta, puede ser extremadamente valiosa para el paciente y analista, de acuerdo a su capacidad de transformación e integración.**

Gabbard (2001) comenta que la contratransferencia podría ser un intento de evocar en el terapeuta aquello que es intolerable para el paciente, pero que

cuando el terapeuta responde de manera tenue a lo que ha sido evocado en él por el paciente, puede darse cuenta conscientemente del mundo interno del paciente y puede ser capaz de ayudar al paciente a entender a través de la interpretación. Para Boyer (1992) las interpretaciones basadas en las reacciones contratransferenciales son de vital importancia: "... se reconoce ahora la importancia crucial del modo en que el terapeuta utiliza sus propias reacciones conscientes e inconscientes frente al paciente...ahora se sostiene en general que el objeto de las interpretaciones debe ser la interacción entre el paciente y el analista en un nivel intrapsíquico y no la dinámica intrapsíquica del paciente..." (p.423).

Tanto en la transferencia como en la contratransferencia, las expectativas juegan un papel clave; dentro de la primera el paciente espera que el terapeuta se comporte y sienta de cierta manera; pudiendo esperar que éste lo amara, odiara, sedujera, abusara de él, lo entendiera, etc.; por lo que su transferencia va encaminada a satisfacer dichas expectativas. González (1989) comenta que los pacientes que han sufrido abandono por parte del padre tienden a exhibir, llenos de impotencia y coraje, una transferencia demandante e impotente, provocando en el psicoterapeuta una contratransferencia de impotencia, coraje y lastima; dichas sensaciones son una captación terapéutica, que nos permite ayudar hasta donde sea posible a que el paciente no cumpla su propósito patológico; brinda al psicoterapeuta la oportunidad de poner su captación inconsciente al servicio del paciente y lograr que en cierta medida, modifique y logre lo que verdaderamente desea: límites, tranquilidad, eficiencia y sobre todo, ser querido y aceptado. Para Strean (1993) la aceptación y comprensión de los sentimientos del psicoterapeuta hacia el paciente colaboran para que se ayude a éste último a resolver cuestiones similares en su interior, al tiempo que hacen más confiable y benéfico el ambiente terapéutico.

La contratransferencia no solo es útil dentro de la psicoterapia individual, sino también en la investigación de campo y en la psicoterapia grupal, dando

intensidad y dirección a las mismas; la contratransferencia, como fenómeno de comunicación se origina en la subjetividad del investigador, a partir de su contacto con el objeto de estudio; para el psicoanálisis, el procedimiento de investigación es la propia subjetividad, mediante la propia contratransferencia se enfrenta el objeto de estudio y por medio de su análisis se puede llegar a una uniformidad de procedimientos (González, 1989). Schroeder (2000) expone la necesidad de que el analista se identifique con lo que ocurre al paciente como forma de comprenderlo, a la vez que toma una distancia que le permite realizar la interpretación; este autor plantea una pregunta esencial que para él mantiene total vigencia y que se relaciona con el aprovechamiento de las reacciones contratransferenciales: ***¿Qué es lo que el otro siente hacia mí que provoca dentro de mí esta respuesta emocional?***; cuando el psicoterapeuta es capaz de responder ésta pregunta, utiliza su sentir, su experiencia como guía para comprender que es lo que pasa en el paciente.

Para Ulriksen (Reunión científica en APU, 2000) la respuesta a esta pregunta estaría determinada en que como analistas, se está expuesto a violentas proyecciones por parte del paciente, el cual proyecta una realidad alucinatoria en la que el analista queda incluido; citare a continuación lo expuesto por la autora en relación a ello: "...Diría que sí, esto es algo que me viene de otro. *¿Qué hago yo con esto?* Ese es el punto. No devuelvo inmediatamente como interpretación, lo guardo, a veces seguramente lo sufro; tal vez surgirán dos niveles, lo que uno puede hacer consciente y vivenciar y expresar en palabras, o, vivir somáticamente en el cuerpo...de pronto algo de ese impacto vuelve...vuelve como interpretación, como palabra que surge desde un lugar desconocido..." (p. 127)

Boz y Raznoszczyk (1999) comentan algo similar al exponer la contratransferencia de impacto corporal, en la que el psicoterapeuta es inoculado sorpresivamente en su cuerpo por sensaciones viscerales de dolor, angustia y miedo que paralizan su capacidad de pensar, sustentan su exposición a través de dos casos en que los pacientes fueron víctimas pasivas y tempranas de situaciones disruptivas,

traumáticas y sopresivas, las cuales son repetidas en la transferencia; ejerciendo sobre los terapeutas la violencia ejercida en ellos; sufriendo éstas una desobjetivización momentánea, responsable de sensaciones corporales y de la interrupción del pensamiento; ambos pacientes son incapaces de asociar libremente, jugar, significar la carencia o articularla con una causa: solo pueden expresar sus efectos y es el cuerpo sensorial, postural y motor el que proporciona el material de la sesión, solo a través de actos pueden contar su historia; siendo de suma importancia el que las terapeutas pudieran rescatar y conceptuar el registro de impacto corporal producido por los aspectos escindidos de estos pacientes; es la conexión profunda con los aspectos como el odio y el tedio, así como el soportar la exigencia extrema a la que se está expuesto y la resistencia a los ataques del vínculo, lo que permite producir una transformación en palabra que gradualmente produce un sentido en el paciente. Para que esto suceda; en primer lugar, se debe “sobrevivir”, disponer del odio que generan estos pacientes para sus propias intervenciones, verbalizar lo que el paciente pone a su disposición en una forma concreta, siendo el analista la primera persona que pone ciertos puntos esenciales de sostén en sus vidas. En concordancia con lo planteado González y Rodríguez (2002) argumentan que el afecto aparece en el proceso psicoterapéutico como una manifestación que tiene un significado comunicativo que puede o no acompañar al contenido verbal, y dado que los afectos poseen un concomitante fisiológico, la vida emocional del ser humano es percibida por éste a través de expresiones que ascienden o descienden su propio cuerpo.

En relación con lo expuesto, Caper (1999 citado en Katz y Fetter, 1999) hace una importante aportación al comentar que el analista debe ser capaz de mantener una actitud realista; señala que lo más importante es el estado de la mente del analista: *reconocer quien es quien* en la relación analítica, la mente del analista debe tener en claro quien es realmente, a pesar de la presión ejercida sobre él por medio de las proyecciones del paciente; de esa manera el podrá poseer alguna convicción sobre la diferencia entre él y la fantasía del paciente sobre él; para Devereux (1983) esto proviene de los problemas planteados por la humanidad

común entre el observador y el observado, los cuales no requieren una maniobra defensiva, sino un tratamiento y aprovechamiento consciente; la objetividad para con los demás, presuponen ante todo, la objetividad para consigo mismo; sin perder el sentido de la propia identidad.

3.3 Contratransferencia como resistencia o fuente de error

El factor de resistencia o de error de la contratransferencia ha sido una constante desde sus orígenes, de hecho, su descubridor, Freud mantuvo la idea de que la contratransferencia era un obstáculo indeseable. La contratransferencia puede ser fuente de error porque produce escotomas en el psicoterapeuta que no le permiten actuar con libertad, ligándolo de manera inconsciente a su pasado, a las características neuróticas o psicóticas actuales y a su propia compulsión a la repetición.

Para González (1989), en un sentido estricto, la contratransferencia se refiere a los problemas o conflictos no resueltos que surgen en el psicoterapeuta durante el curso de la labor terapéutica con el paciente y que dada su naturaleza, podrían obstaculizar y perturbar el proceso terapéutico; tal como explica Streen (1993), los psicoterapeutas no pierden su humanidad y cuando determinadas producciones de los pacientes les provocan ansiedad, utilizan mecanismos de defensa, al igual que sus pacientes, lo cual puede afectar el proceso terapéutico, dichas resistencias se originan desde el momento en que inicia el contacto entre psicoterapeuta y paciente, ya que desde ese momento ambos tienen fantasías y sentimientos hacia éste, los cuales son una fuerte influencia en la psicoterapia. Un ejemplo de ello puede ser la construcción imaginaria que el psicoterapeuta realiza del paciente (aún antes de conocerlo), la cual puede interferir negativamente en el tratamiento, dado su carácter defensivo e inconsciente (González y Simo, 1995). Greenson (1988) agrega que, además, esta construcción suele oponerse al pleno desarrollo de las reacciones transferenciales.

Para Gómez (1985), la contratransferencia también puede aparecer como resultado de la insatisfacción física y emocional que puede sufrir el psicoterapeuta, pudiendo inducirlo a buscar su satisfacción en el proceso terapéutico, obstruyendo el buen curso y el logro de los objetivos planteados; los progresos terapéuticos pueden ser bloqueados cuando los psicoterapeutas utilizan a sus pacientes, quizá de forma inconsciente, para cubrir sus propias necesidades, tales como recibir una confirmación de su valor como persona y como profesional, para esta autora la contratransferencia puede obstruir la relación terapéutica cuando las necesidades del psicoterapeuta quedan atrapadas en ella, además de que en ocasiones el psicoterapeuta puede utilizar al paciente como continente de sus conflictos no resueltos. Es inevitable que el analista, en algún grado, se encuentre influenciado por las proyecciones del paciente (lo cual no quiere decir que el paciente tendrá la culpa de todos los sentimientos experimentados por el analista), ya que como se ha mencionado; siempre esta presente el riesgo de que el psicoterapeuta pueda confundir sus propios sentimientos con los de su paciente (Gabbard, 2001).

Que el paciente se identifique con el psicoterapeuta en algunos aspectos suele ser de ayuda, de hecho es posible que el psicoterapeuta también se identifique de cierta manera con el paciente, ya que resulta difícil que se acerque emocional e intensamente al paciente sin identificarse con él, pero que se identifique masivamente con el paciente, puede resultar iatrogénico e inadecuado, "...el paciente puede hacer uso de su fantasía y atribuir cualidades al psicoterapeuta con las que luego se identifica: eso es terapéutico. Pero que el psicoterapeuta lo haga es psicopatológico..." (González, 1989, p.38). Katz y Fetter (1999) mencionan que existen situaciones en las que se puede identificar a psicoterapeutas seriamente perturbados, que por poseer un carácter narcisista, fácilmente se dejan envolver por las idealizaciones de los pacientes, otros presentan sistemáticamente una conducta antisocial, que va más allá de una implicación sexual; incluyendo transacciones económicas con los pacientes, a juicio de los autores y de acuerdo con el actual estado de los conocimientos al

respecto, estos psicoterapeutas, al no reunir las condiciones emocionales y los conocimientos teóricos esenciales para ejercer la profesión, deberían ser aconsejados a alejarse de sus funciones; regresando hasta que puedan entender más profundamente la naturaleza de este proceso, que coloca en riesgo la salud mental de los paciente. En relación con lo mencionado; Gómez (1985) define que ciertos rasgos del psicoterapeuta resultan perjudiciales para una buena psicoterapia, tales como; la tendencia a ser dominante, pomposo, autoritario, sumiso, necesidad de utilizar al paciente para gratificar impulsos reprimidos, necesidad de gustar o ser deseado, hostilidad, falta de fe en lo que se hace, incapacidad para aceptar las críticas, un pobre sentido del humor, baja integridad, fracaso en el reconocimiento de sus límites, bajos niveles de energía o problemas de salud, entre otros, pueden interferir con su capacidad para entender y si a estos rasgos se le suman una actitud metodológica defensiva y de rechazo hacia sus reacciones contratransferenciales relacionadas con dichos aspectos, el resultado es un terapeuta enfrascado en sus propias inseguridades y complejos.

Bonasia (2001) comenta que otra de las formas en que la contratransferencia puede causar conflictos en la dupla psicoanalítica es cuando las mociones amorosas y eróticas son removidas; partiendo del concepto estricto de la contratransferencia, en el cual el paciente representa figuras parentales del analista, surge el tabú del incesto, lo que provoca dificultades para integrar la sexualidad dentro del setting psicoterapéutico. La transformación de la pareja paciente- analista en una pareja idealizada y gratificante es una de las formas en que se expresa la perversión dentro de la transferencia, otras formas pueden incluir intentos por erotizar la relación y seducir al psicoterapeuta o la actitud intelectualizante del paciente; Bonasia sugiere que debido a la naturaleza sexual de la contratransferencia, así como al riesgo de una relación física entre paciente y analista, se estableció una barrera inicial para controlarla. Gorjón (2002) expone tres situaciones en las que es posible que se presenten contratransferencias eróticas intensas:

1. En analistas del sexo masculino que tratan pacientes del sexo femenino con rasgos masoquistas, quienes desarrollan un “amor imposible”, intenso y sexualizado por un objeto imposible.
2. En analistas de uno u otro sexo con características narcisistas no resueltas.
3. En algunos analistas con tendencias masoquistas, que tratan a pacientes masculinos narcisistas altamente seductores.

Para Sandoval (2002) el ejercicio ético profesional conduce al abandono de las tentaciones de la seducción de los pacientes; cuando el psicoterapeuta logra sobreponerse a la tentación durante el proceso de cura, le muestra al paciente la importancia de no ceder ante el principio del placer, pero como ya se ha mencionado; uno de los aspectos más escabrosos dentro de la práctica psicoanalítica es lo referente a la sexualidad dentro del setting, dicho tema es considerado tabú por las instituciones; reaccionando ante él con repudio, el exilio y exclusión por parte del transgresor, para Katz y Fetter (1999), aún actualmente es relativamente poco lo que se conoce respecto a los riesgos y vicisitudes de la transferencia y contratransferencia erótica y concuerdan con lo expuesto por Gorjón (2002) respecto a que estos casos no son divulgados y que si se sabe de ellos es a través de la comunicación de las experiencias anteriores del paciente con su analista pasado. Para Katz y Fetter (1999) existe un nexo entre la correspondencia al amor de transferencia y fracaso terapéutico; dicho fracaso no solo en cuanto a la relación implicada en dicha correspondencia, sino en la carrera del analista, ya que el castigo por la transgresión no solo es la pérdida del paciente, sino el repudio del mundo profesional al que corresponde, el cual congela las actividades profesionales del implicado.

Por otro lado, no solo la contratransferencia erótica es difícil de reconocer y manejar, sino también el odio; el cual no siempre es resuelto, ya sea por resistencias del paciente o del psicoterapeuta. González (1989) reitera que la contratransferencia negativa debe trabajarse y resolverse, ya que ésta puede

llegar a convertirse en resistencia o conducir a la neurosis de contratransferencia⁴. También puede ser respuesta a algunos sentimientos negativos no reconocidos en el analista, realistas o de contratransferencia. El hecho de que la contratransferencia este implicada en impedir la aparición o reconocimiento del odio complica más las cosas; o el analista se comporta de modo que hace difícil la expresión de la hostilidad o tanto paciente como psicoanalista la pasan por alto (Greenson, 1988). Para Kemper (1972) la intervención del analista con miras a evitar la aparición de la transferencia negativa atenta contra el espíritu del análisis, además de que es un intento inútil, por que el paciente percibe la atmósfera artificial y siente desconfianza.

Dado que el paciente intenta producir cambios sintónicos en el psicoterapeuta por medio de su transferencia, éste tiene que luchar por no ser encajonado en ese papel y caer en conductas como la agresión, la seducción, la ironía, el cambio de hora de la sesión, la inasistencia, etc. ya que como se ha señalado; la contratransferencia también puede surgir como respuesta a la transferencia del paciente; siendo una creación conjunta; Greenson (1988) comenta que algunas formas de transferencia podrán despertar en el analista el deseo de ser guía, mentor o padre del paciente; lo cual puede provocar que el analista de consejos, charle o sea demasiado tranquilizador; siendo más grave cuando el analista se hace consciente o inconscientemente, el seductor, despertando anhelos incestuosos, idealización y culpabilidad. Tal es el caso comentado por Katz y Fetter (1999), en donde paciente y analista están vinculados por problemas comunes, en donde ambos desarrollan un vínculo complementario de transferencia-contratransferencia reviviendo conflictos no resueltos con personas significativas de su pasado.

⁴ Racker conceptualizó la neurosis contratransferencial, la cual se basa en el complejo de Edipo del terapeuta, siendo una expresión patológica. Para Boyer (1992) los problemas contratransferenciales no resueltos constituyen la Neurosis de contratransferencia; que en ocasiones es el principal obstáculo para el tratamiento eficaz de pacientes en regresión.

Greenson (1988) comentaba como algunas formas de transferencia suelen despertar determinadas reacciones contratransferenciales, sin embargo dichas reacciones también puede ir encaminadas a satisfacer anhelos personales del psicoterapeuta; Corey (1984, citado en Gómez, 1985) expone algunas de las formas en que la contratransferencia se puede utilizar para satisfacer las expectativas personales del psicoterapeuta: 1) la necesidad de constante reforzamiento y aprobación, 2) verse a sí mismo en sus pacientes, 3) el desarrollo de sentimientos amoroso y/o sexuales entre paciente y psicoterapeuta, 4) compulsión a dar consejo, y 5) deseo de desarrollar relaciones sociales con los pacientes.

Ya sea inducidos por la transferencia del paciente o por sus expectativas y aspiraciones personales; como resultado de la contratransferencia, la mayoría de los psicoterapeuta suelen experimentar enojo, aburrimiento, tristeza, inadecuación, entre otras (Hayes y Gelso, 2001). Dentro de las diversas reacciones contratransferenciales que suelen convertirse en interferencia, González y Rodríguez (2002) enumeran las siguientes:

- Incapacidad de comprender algunos tipos de material que tienen que ver con problemas personales del analista.
- Sensación de depresión o incomodidad después de la sesión.
- Descuido respecto a los elementos del encuadre.
- Somnolencia persistente durante la sesión.
- Experimentar reiteradamente sentimientos eróticos o afectivos hacia el paciente.
- Excesiva o escasa asiduidad en los arreglos financieros.
- Permitir y/o fomentar la resistencia en forma de actuación.
- Utilizar recursos narcisistas en busca de seguridad profesional.
- Cultivar la dependencia del paciente a través del uso innecesario de expresiones tranquilizadoras.
- Mordacidad innecesaria en las formulaciones o lo contrario.

- Mimar el caso.
- Hacer chismes profesionales respecto a un paciente.
- Creer que el paciente tiene que ponerse bien para fomentar el prestigio y reputación del médico
- Perturbarse por los persistentes reproches y acusaciones del paciente.
- Derivar satisfacción consciente de los elogios, aprecio, manifestaciones de afecto y otras actitudes similares del paciente.
- Discutir con el paciente.
- Incapacidad de calibrar el grado óptimo de frustración.
- Tratar de ayudar al paciente fuera del análisis.
- Pedir favores al paciente.
- Súbito aumento o disminución de interés en un determinado caso.

Boz y Raznoszczyk (1999) exponen la contratransferencia “de impacto corporal”; que como se ha mencionado se caracteriza porque el psicoterapeuta es inoculado sorpresivamente en su cuerpo por sensaciones viscerales de dolor, angustia y miedo que paralizan su capacidad de pensar; comentan casos clínicos que les producen un fuerte impacto contratransferencial, que se caracterizan por una suspensión del curso del pensamiento, una sensación de vacilación subjetiva y la percepción visceral de una angustia que no se logra elaborar, Raznoszczyk explica que en una ocasión, bloqueada su capacidad asociativa y sintiendo las palabras de su paciente como un verdadero golpe en el cuerpo, interrumpe la sesión antes de hora; el discurso de la paciente la conduce a sensaciones neurovegetativas que le es difícil dominar: palpitaciones, sudoración, vértigo y no puede pensar, preguntándose que podría responder a la paciente, al tiempo que desea que se marche, mientras que Boz atraviesa con dificultades contratransferenciales semejantes, al tratar con un niño agresivo y violento, por lo que el impacto doloroso en el cuerpo es concreto, ya que el niño es muy brusco y llega a golpearla; conviven dentro de ella ganas de expulsarlo pegándole y una urgencia para sobrevivir como psicoterapeuta y no gritar. En ambos casos se observa la imposibilidad de pensar de las dos psicoterapeutas, siendo esto la

manifestación contratransferencial de la falla en la simbolización de sus pacientes; los cuales repiten en su transferencia las situaciones disruptivas, traumáticas y sorprendidas; ejerciendo sobre las psicoterapeutas la violencia que fue ejercida sobre ellos, sufriendo ambas psicoterapeutas una desobjetivación momentánea, de la que salen a través del rescate y conceptualización del registro del impacto corporal producido por los pacientes, la conexión con sus propios afectos y su resistencia a los ataques del vínculo, todo lo cual les permitió producir una transformación en palabra de los actos de los pacientes.

El psicoterapeuta se ve trabajando con el instrumento, en este caso el encuadre que sea capaz de construirse. Sin embargo, el psicoterapeuta puede usar incorrectamente el encuadre cuando lo usa defensivamente para ocultar su inseguridad (algunos analistas utilizan su trabajo y su técnica para proteger o proyectar su personalidad). Construir el propio marco de trabajo y usar la teoría y técnica con un estilo propio es un trabajo que dura muchos años y muchos psicoterapeutas nunca alcanzan la originalidad. Esto requiere seguridad en las funciones que le son propias al psicoterapeuta y una intensa y a veces dolorosa, reflexión sobre los límites de su propia acción e instrumentos. Para Racker las elecciones teóricas y técnicas, pueden enmascarar aspectos sádicos o masoquistas del analista. A juicio de Guerra (2001) una contratransferencia del saber implicaría la aplicación de la técnica de forma inflexible e incluso dañina para el paciente, para él, esto es una forma de resistencia del psicoterapeuta, debido a cuestiones inconscientes derivadas de la interacción con el otro. Para González (1989) una actitud muy riesgosa del psicoterapeuta es el iniciar el trabajo con una actitud de "yo soy el experto, ustedes los enfermos", ya que esta postura se percibe como autoritaria, posición que muchos pacientes no toleran.

La contratransferencia, si bien ha de estar contaminada lo menos posible, nunca debe suponer una barrera de comprensión profunda ni una inutilización como instrumento terapéutico (Guerra, 2001). Algunos psicoterapeutas usan etiquetas de diagnóstico peyorativas para dirigirse a sus pacientes, consideran que algunos

son intratables o necesitan una modalidad terapéutica diferente, encontrando razones para llegar tarde o ausentarse durante la sesión (Strean, 1993)⁵, todo lo cual implica una contrarresistencia. Devereux (1983) puntualiza que las resistencias contratransferenciales suelen disfrazarse de metodología, lo que ocasiona una distorsión, que si llega a pasarse por alto se convierte en fuente de error incontrolable, apuntando que "...los datos de la ciencia del comportamiento suscitan ansiedades, a las que se trata de eludir por una pseudometodología inspirada por la contratransferencia; esta maniobra es la causante de casi todos los defectos de la ciencia del comportamiento..." (p. 20). El objetivo verdadero, si bien no reconocido e inconsciente de muchos de los artificios técnicos y de las posiciones metodológicas es la interrupción del diálogo entre su inconsciente y el del paciente, dicha comunicación se da en el campo de los afectos, lo cual conduce a reacciones defensivas, dada la ansiedad que la comunicación afectiva le despierta. Restos no metabolizados de omnipotencia infantil pueden disfrazarse de ciencia y teoría, desapareciendo al objeto angustiante (Paciente) por medio de un control epistemológico dictatorial (González y Simo, 1995).

El psicoterapeuta debe utilizar un lenguaje sencillo, libre de tecnicismos; independientemente del nivel cultural del paciente; ya que tal y como menciona Guerra (2001), la resistencia del paciente puede hacer que no comprenda las intervenciones del psicoterapeuta, ya que en ocasiones es mejor no entender, para no hacerse cargo de la dureza del asunto; se debe entrar al código del paciente y expresarse en sus términos, el uso excesivo de tecnicismos puede reforzar las defensas del paciente, sobre todo las intelectuales. Para éste autor, la comunicación del psicoterapeuta puede ser iatrogénica, si se le comunica al paciente contenidos con ideologías políticas, religiosas, deportivas, etc., lo cual contamina al encuadre y al proceso. Wachtel (1996) piensa que "...el terapeuta debe registrar su participación en el proceso terapéutico e intentar entender cómo contribuye su propia historia y sus debilidades a lo que está ocurriendo y al modo

⁵ Este autor considera que en estos casos el terapeuta podría estar proyectando sobre el paciente partes inaceptadas en sí mismo o que se resiste a confrontar.

de entenderlo; pero es importante que se de cuenta de que el grado en que la contratransferencia sesga el proceso terapéutico depende también de otras consideraciones...así, estudiando en detalle los modos y las estructuras de comunicación eficaces, haciendo de estos una “segunda naturaleza”, la psicoterapeuta puede, por lo menos, mitigar el papel distorsionador de las reacciones contratransferenciales...” (p. 29).

Hayes y Gelso (2001) analizan los orígenes, los disparadores, manifestaciones, manejo y efecto de la contratransferencia; el artículo presentado por estos autores es una síntesis clínicamente orientada; la cual se enfoca principalmente en los impedimentos que plantean las reacciones contratransferenciales para los psicoterapeutas y los mecanismos para manejarlas; ambos coinciden en que las investigaciones futuras necesitan dirigirse hacia un mejor entendimiento de cómo los psicoterapeutas pueden usar la contratransferencia en su trabajo con los pacientes. Por lo descrito hasta ahora se podría concluir que independientemente de que tipo de reacción se trate, el psicoterapeuta debe utilizarla a favor del proceso y no como escudo contra el paciente.

Respecto a ello, Devereux (1983) afirma que “**...la verdadera fuente de estéril error no es la contratransferencia per se, sino la contratransferencia pasada por alto y mal tratada...**” (p. 251). Para Gelso y Hayes (1998) entender y trabajar parte por parte los sentimientos contratransferenciales será de gran ayuda para el trabajo terapéutico; el ignorarlos o restarles importancia puede destruirlo y *la única manera de hacer esto parte de la formación del psicoterapeuta, su análisis personal, su supervisión y su continuo autoanálisis, lo cual le permite ir más allá de la contratransferencia disruptora, convirtiéndola en guía de su trabajo terapéutico*

3.3.1 Acting out Contratransferencial

Acting out es una expresión inglesa que ha sido adoptada por la mayoría de los psicoanalistas, que recurren más a ella que a términos como actuación, actuar, actualización etc., siendo éste término uno de los más complicados e imprecisos dentro de la psicoterapia psicoanalítica. Freud reconoció la tendencia de algunos pacientes a “llevar a la acción” fuera de la sesión los movimientos pulsionales develados en ella⁶ y aborda lo relacionado al acting out en “Recordar, repetir y reelaborar” (1914), mientras que en “Análisis terminable e interminable” (1937a) atribuye el acting out a la compulsión a la repetición; manifestación del instinto de muerte. Para Laplanche y Pontalis (1977) el acting out designa acciones que suelen presentar un carácter impulsivo en relación con los sistemas de motivación habituales y que adoptan una forma auto o hetero-agresiva, siendo señal de la emergencia de lo reprimido, ya sea durante la sesión o fuera de ella; el acting out debe comprenderse en su conexión con la transferencia y a menudo, como tentativa de desconocer radicalmente ésta. De acuerdo con González y Rodríguez (2002) constituye una forma de resistencia, la cual consiste en referir con acciones y no con palabras los propios recuerdos y afectos, junto con el deseo de no comunicar oralmente sus ideas y pulsiones; el paciente se permite actos irracionales en su comportamiento diario, tal actitud sirve para aliviar la ansiedad y deja un poco de energía disponible para los procesos ideativos durante la sesión. En el acting out el paciente intenta escapar de la ansiedad que le genera la terapia a través de actos irracionales o de la realización de conductas potencialmente peligrosas.

González (1989) comprende el acting out exclusivamente como compuesto de actuaciones destructivas y libidinales tendientes a entorpecer la tarea analítica, sin darle valor al aspecto comunicativo y expresivo de las fantasías inconscientes.

⁶ Uno de los casos más conocidos es el caso “Dora”, quien abandona el tratamiento como un acto de venganza y como parte de la tendencia de dañarse a sí misma; Freud comenta que el hecho de no dominar la transferencia de “Dora” a tiempo, fue lo que provocó la ruptura prematura, ya que se actuó un fragmento esencial de sus recuerdos y fantasías, en lugar de reproducirlo en la cura.

Freud (1940(1938)) comentaba que era muy indeseable que el paciente fuera de la transferencia, actuara en lugar de recordar; la conducta ideal sería que fuera del tratamiento, se comportara de la manera más normal posible y exteriorizara sus reacciones anormales sólo dentro de la transferencia.

Algunos autores dividen las actuaciones en acting out y acting in; Guerra (2001) considera que este último constituye la ruptura del encuadre, tal como pararse del diván, romper algún objeto, irse sin pagar, etc. mientras que el acting out sería el hecho de agredir a familiares, amigos, etc. Greenson (1988) considera que en ambos casos se trata de un acting out. En la actuación dentro del encuadre analítico: el paciente suele actuar las reacciones de transferencia, actúa con el analista lo que le hubiera gustado hacer en el pasado; es un intento tardío de cumplir un deseo, mientras que la actuación fuera del análisis se da cuando los pacientes hacen con otros lo que les gustaría hacer con el analista, sentimientos de transferencia, impulsos y afectos llevados a la acción no aparecen en la situación analítica propiamente dicha. Este tipo de acting suele verse con frecuencia en los análisis didácticos; la transferencia ajena al YO se descarga en algún analista, mientras que los sentimientos egosintónicos se manifiestan con el analista personal. Para Bachs y Notó (1994) el acting out se considera únicamente en relación con el curso de la psicoterapia y aunque puede aparecer fuera de la sesión no es conveniente analizarlo al margen de la transferencia, ya que ésta permite situarlo y comprenderlo, Cassorla (2000) reserva el término acting out para el comportamiento del paciente, en un contexto transferencial-contratransferencial resistencial, dentro o fuera del setting.

Roughton (1993 citado en Cassorla, 2000) propone el término "acción patológica" para comportamientos del paciente (Cassorla agregaría los del analista), con un control inadecuado de los impulsos, debido a su patología y que son independientes del proceso analítico. Aunque el setting, la formación profesional y el análisis personal representan factores de seguridad para que la transferencia sea entendida y no actuada, el riesgo siempre está presente en cualquier

tratamiento (Katz y Fetter, 1999). Cuando el psicoterapeuta ataca los síntomas neuróticos favorece la actuación; la cual aparecerá cuando material verbal o no verbal acerque al material traumático. *La actuación es siempre una resistencia contra el recuerdo y el pensamiento; oponiéndose a la integración de pensamiento, recuerdo y comportamiento, sin embargo, algunas formas de actuación pueden tener un fin constructivo: la actuación transitoria y esporádica puede quebrantar defensas inhibitorias rígidas, puede ser también una forma de acordarse, una tentativa de recordar o una petición de ayuda.*

El acting out, induce cierta culpabilidad, desasosiego e impotencia en el analista que se ve implicado en él, esto se puede observar claramente en sus reacciones ante casos de seducción o actuación agresiva por parte del analizado y en los menos frecuentes casos de intentos de suicidio histérico u otros tipos de provocación. El psicoterapeuta debe estar preparado para estos trances; debe tratar de comprender el conflicto que se está expresando inconscientemente a través de la transgresión e interpretarla basándose en este conflicto. Laplanche y Pontalis (1977) afirman que *una de las aportaciones del psicoanálisis es el relacionar la aparición de un acto impulsivo con la dinámica de la cura y la transferencia*; Boz y Raznoszczyk (1999) estiman que pacientes con déficit de funcionamiento mental, solo pueden presentar sus historias a través del acting, correspondiendo éstos a necesidades del Yo no estimuladas, desdeñadas o renegadas por el entorno primitivo, siendo inútil la diferenciación Yo/ noYo, ante los cuales el psicoanalista debe responder como tal; aceptando de manera neutra y abierta el material propuesto en su naturaleza y forma, simbolizándolo, requiriendo en ocasiones de gestos corporales intermediarios simbólicos que apoyen el intercambio verbal.

Por lo expuesto anteriormente queda claro que el psicoterapeuta debe estar alerta ante las posibles actuaciones del paciente, sin embargo, la actuación no es patrimonio exclusivo del paciente; el psicoterapeuta también puede caer en actuaciones, las cuales suelen vincularse con la contratransferencia, por lo que se

habla de acting out contratransferencial y de no ser abordado a tiempo puede tener terribles consecuencias, tanto para el paciente y el encuadre como para el terapeuta mismo. El hecho de no ser consciente de las reacciones contratransferenciales puede conducir a los psicoterapeutas a una expresión no controlada de diversos materiales, rompiendo con la neutralidad deseable del encuadre, produciendo una "actuación contratransferencial", dichas actuaciones consisten en que en determinado momento el psicoterapeuta actúa contenidos desde su conflictiva emocional y/o pulsional (Guerra, 2001). Reich (citado en Sánchez Zago (1995) habla de acting out toda vez que la actividad de analizar tiene un sentido inconsciente para el analista, mientras que para Segal (Braun, Reunión científica en APU, 2000) se encuentra vinculado con la contratransferencia, la cual "es el mejor de los servidores, pero el peor de los amos"; ya que siempre existe una poderosa presión a identificarse con ella y actuarla, lo cual pone en juego tanto el autoanálisis como el análisis personal del analista. El acting out puede ser la expresión actuada de aspectos de la personalidad del psicoterapeuta (que no tienen que ver con el tratamiento del paciente), conductas o acciones que repite como producto del proceso psicoterapéutico, dichas acciones se pueden dar fuera o dentro del consultorio (González, 1989, González y Rodríguez, 2002).

En la actuación contratransferencial se actúan irracionalmente representaciones e impulsos, sean estos agresivos o libidinales y se repite compulsivamente en la persona del paciente lo correspondiente a otros objetos; desplaza en el paciente aquellas represiones e impulsos de sus objetos infantiles (González, 1989). La actuación también se podría atribuir a un desequilibrio narcisista del analista, que puede ser resultado de experiencias de dolor, tales como, divorcio, enfermedad, muerte de otro significativo, etc. , siendo éste el fondo de la mayoría del acting out sexual (Bonasia 2001), en donde entrando en el juego de desplazamientos se da una vinculación amorosa entre paciente y psicoterapeuta en donde tal y como Streaan (1993) explica, las mutuas fantasías compensatorias son probablemente la variable de mayor peso, ya que ambos creen haber encontrado a su pareja

perfecta. Para Bonasia (2001) es normal que el psicoterapeuta tenga sentimientos eróticos hacia el paciente (independientemente de su sexo), siendo psicopatológico solo cuando cae en el acting out de dichos sentimientos. Gabbard (1994, citado en Gorjón 2002) señala las causas por las que un psicoterapeuta se involucra en actuaciones extremas de contratransferencia amorosa y las describe:

- La pérdida de carácter de “como si” de la transferencia y contratransferencia, lo que impide que el enamoramiento se vea como un producto de fantasía, percibiéndose como algo trascendente a los fenómenos transferenciales-contratransferenciales, en especial en épocas de intensos conflictos personales en la vida del analista (más si se trata de conflictos amorosos o sexuales).
- La agresividad también motiva la contratransferencia erotizada.
- Puede existir desprecio y aún resentimiento ante pacientes que evocan fantasías de fusión amenazantes para su propia identidad, respondiendo sexualmente ante ellos.
- Los deseos sexuales del analista también se pueden originar en la percepción de alguna deficiencia o devaluación en los pacientes (en estos casos, el género de psicoterapeuta y paciente hace que se desarrollen determinados patrones).
- La sexualización también puede ser una respuesta contra el duelo; la pérdida de la relación con el paciente dispara un doloroso proceso de duelo, el cual puede ser transformado por la sexualización en sentimientos agradables y buenos, siendo una defensa contra la renunciación, las necesidades intensas de dependencia y miedo a la destructividad.
- La sexualización también puede ser una defensa contra sentimientos de amor, los cuales son relativamente más difíciles de reconocer que la excitación sexual.

Las violaciones amorosas al contrato terapéutico constituyen actuaciones que se dan a lo largo de un continuum que va desde relaciones sexuales manifiestas, hasta formas sutiles de gratificación transferencial de naturaleza verbal o no verbal, tales como respuestas corporales, silencios, tonos de voz, selección de ciertas palabras y aún ciertos tipos de interpretación. La patología no resuelta del analista es quizá la causa más frecuente de sus acting-out, como contribución a que se erotizen la situación analítica y las fronteras del encuadre; las relaciones sexuales con pacientes tienden a ser un síntoma de la patología caracterológica narcisista del psicoterapeuta y de su patología concomitante del Superyó, que suelen disfrazarse de racionalizaciones en contra de la neutralidad terapéutica, al considerarla propia de la técnica analítica ortodoxa por un deficiente entrenamiento o análisis personal (Gorjón, 2002). Para Guerra (2001) la correspondencia al amor de transferencia implica una actuación contratransferencial erótica, así como una mala preparación, negligencia del psicoterapeuta, desconocimiento de la técnica e incapacidad del psicoterapeuta para controlar sus impulsos.

La violación sexual del setting terapéutico trae efectos devastadores; para el paciente, el psicoterapeuta (quien tuvo un acting out de su sexualidad), en la reputación del psicoanálisis y en las sociedades psicoanalíticas; y es en esta dirección donde Bonasia (2001) subraya que el manejo y los avances de la comunidad psicoanalítica (con pocas excepciones) no va más allá de sanciones administrativas, expulsando al culpable; cuando más allá de la moral de las instituciones se debería de considerar que el acting out sexual también tiene consecuencias importantes, tales como el silencio que cae sobre la sexualidad y la contratransferencia sexual, para este autor el acting out implica una pérdida de control; cualquier caso en el que la función analítica es eclipsada. El problema se llega a superar en la integración de la fantasía sexual dentro de la contratransferencia; usándola hacia el paciente, en lugar de contra el paciente, esto es, completando la operación de cambiar la contratransferencia en un valioso aliado para el tratamiento, como ha ocurrido con la transferencia. Katz y Fetter

(1999) comentan que el implicarse sexualmente con los pacientes destruye las capacidades de simbolización y cuando el psicoterapeuta pierde esta capacidad, pierde también sus funciones analíticas; sin embargo, ambos coinciden con Bonasia (2001) en el hecho de que más que castigar o reprimir, las instituciones analíticas deberían de tomarlo como un punto de investigación.

La implicación sexual y emocional o la relación que va más allá del diván no tiene justificación razonable ni lugar en el campo de la ayuda psicológica, a juicio de Gómez (1985) tal conducta es antiética y profesionalmente inapropiada, ya que perderían su sentido de neutralidad y objetividad. No sólo la actuación erótica resulta antiética e inapropiada; Strean (1993) cita algunos ejemplos de acting out del psicoterapeuta: llegar tarde a la sesión, conversar telefónicamente durante la sesión, tener lapsus linguae, hacer observaciones seductoras o manipuladoras y terminar prematuramente el tratamiento, también es común que los psicoterapeutas actúen con el paciente sentimientos que tienen hacia su propio tratamiento personal. El esfuerzo por ayudar debe ser prioritario respecto a seguir rígida y dogmáticamente la técnica, lo cual constituye un acting out, en el sentido de que, ante el conflicto se evitaría la elaboración, también se considera un acting out el ayudar de un modo compulsivo, no contenedor (Atxotegi, 1994).

La actuación contratransferencial agresiva es siempre más destructiva para el paciente, el psicoterapeuta y el proceso psicoterapéutico, que la actuación erótica, ya que la primera ataca al Yo mientras que la segunda (sin ser deseable) gratifica el narcisismo tanto del psicoterapeuta como del paciente, González (1989) realizó una encuesta respecto a cual de las dos reacciones contratransferenciales, era más perjudicial para el proceso terapéutico y en sus resultados destaca el hecho de que los 25 psicoterapeutas encuestados consideraron que no debería presentarse ningún tipo de actuación dentro del proceso, pero la gran mayoría considero que esto es imposible; comentan que su intensidad depende de los factores de personalidad, tanto del paciente como del psicoterapeuta y de la situación psicoterapéutica. Dieciocho opinaron que el acting out agresivo es más

dañino y cinco de éstos consideran que en ocasiones el acting erótico no es erótico sino agresivo.

Tomando en consideración dichos elementos; las instituciones encargadas del entrenamiento psicoterapéutico procuran que los candidatos se preparen muy bien en control de impulsos, ya que el acting es considerado una falla en las funciones egoicas de control de impulsos y prueba de realidad; pero es imposible que dichas actuaciones se reduzcan a cero, por lo que el psicoterapeuta debe estar pendiente de reconocerlas y corregirlas, ya que por definición son repeticiones inconscientes (González, 1989). El incremento de ansiedad en el psicoterapeuta posibilita la tendencia a actuar defensivamente; interrumpiendo el proceso y adquiriendo la expresión de impulsos destructivos, afectando la relación terapéutica (Sánchez Zago, 1995). Un trastocamiento de la personalidad del psicoterapeuta puede conducir a un acting out autodestructor (Devereux, 1983). El acting out contratransferencial implica la proyección violenta de contenidos en el analista, muchas veces imposibles de ser “pensados” por él, induciendo estados contratransferenciales penosos, incluyendo los relacionados a conflictos propios del analista; en dichas situaciones pueden ocurrir impases serios, estando el analista subyugado o desesperanzado, con riesgo de condenar al paciente por eso (Cassorla, 2000). El responder a cualquier demanda conduce al riesgo de caer en una actuación (acting out) o entrar en complicidad con la patología del paciente (Mitjavila, 1994). Cuando un paciente daña de manera importante al psicoterapeuta, suele aparecer una identificación con el agresor por parte de éste, haciendo de ello un acting out contra otro paciente, “... inadecuadamente no busca quien se la hizo, sino quien se la pague...” (González, 1989, p. 39).

A partir de la década de los 80 que surge el término de enactment, que a decir de algunos autores sustituiría al de acting out, radicando la diferencia entre ambos en que en el acting out el analista no se incluye, participando apenas como observador de las acciones del paciente, mientras que en el enactment existe la

contribución del analista, sujeto a sus transferencias, puntos ciegos, siendo llevado por la relación, en lugar de acompañarla, a pesar de ello, el enactment implica una fuerza positiva para el tratamiento, ya que el analista, al comprenderlo, separaría su propia contribución conflictiva de la del paciente, haciendo útil el hecho para el tratamiento; independientemente del conflicto y controversia existente respecto a ambos términos. Se podría considerar que la característica principal del enactment es que se trata de una interacción regresiva que involucra tanto al analista como al paciente, cuyo aspecto comunicativo es el usarse para manifestar aquello que no puede ser presentado a través de producciones verbales (Cassorla, 2000)⁷. Para Baker (Smith, 2002) la pérdida de la posición neutral es vista como un enactment contratransferencial, donde el analista se aproxima a figuras arcaicas traumáticas para el paciente, Gabbard (2001) usa el término enactment en el sentido de indicar ocasiones sutiles de sincronía transferencia-contratransferencia que opera fuera de la conciencia del psicoterapeuta; correlatos no verbales, tensar los músculos, cambios en la respiración, en la postura corporal, entre otros.

El enactment contratransferencial ocurre cuando un intento de actualizar las fantasías de transferencia elícita una reacción contratransferencial, dichos enactments proveen información muy valiosa de lo que está siendo recreado en el setting psicoterapéutico (Gabbard, 2001). Bateman (1998, citado en Cassorla, 2000) considera que el término enactment tiene utilidad; definiéndolo como cualquier acción mutua que ocurre en la relación analítica y acontece en un contexto de dificultades contratransferenciales por parte del analista, sin embargo, aunque funcione positivamente al mostrar que existen puntos ciegos en el proceso analítico, así como posibilitar el romper la relación (que pudiera haberse tornado simbiótica) a la presencia de un tercero, no significa que se trate de algo recomendable; lo ideal es que el analista los perciba e interprete, en forma y

⁷ Cassorla (2000) afirma que a su parecer el término enactment es útil por lo menos por tres motivos: llama la atención hacia algo que no estaba nombrado claramente (aunque ya descrito), no tiene el aspecto peyorativo atribuido al acting out, yendo más allá de este concepto e insiste en el papel de ambos miembros de la dupla analítica.

momentos adecuados, Favero y Ross (2002) suponen que el psicoterapeuta se encuentra en una posición única de observador participante, la que le permite el suficiente investimento libidinal en el paciente y permite la identificación del paciente sin retroceder a un “enactment” neurótico, el proceso debería llegar hasta la contratransferencia complementaria sin el progreso de la neurosis o respuesta regresiva por parte del psicoterapeuta, es un fino balance lo que diferencia entre una identificación útil del enactment (Favero y Ross, 2002).

Acciones, actos motores, acting out y enactments son parte de cualquier análisis; el analista es constantemente presionado para reaccionar frente al paciente y no siempre le es posible contener sus impulsos, examinarlos y usar su comprensión para un trabajo interpretativo, escapando a la simbolización verbal (Cassorla, 2000). El psicoterapeuta cuenta con ciertas herramientas para evitar caer en estos errores y conocer su contratransferencia: el autoanálisis, el tratamiento personal y la supervisión del trabajo terapéutico con un profesional de mayor experiencia. De este modo podrá deslindar que aspectos de la contratransferencia pertenecen a él como persona y que aspectos han surgido como respuesta a la transferencia del paciente, observando y resolviendo sus conflictos infantiles, percibiendo aquellos matices de la comunicación del paciente que escapen a su comprensión y de esa forma perfilar mejor sus intervenciones.

3.4 Análisis personal

Es a raíz de su encuentro con la contratransferencia, que Freud llamó la atención sobre la necesidad de seguir las reglas de la neutralidad y abstinencia por parte del analista, para no contaminar los fenómenos transferenciales con los conflictos inconscientes del psicoterapeuta ni con hechos procedentes del presente. Para Freud la contratransferencia surge en el psicoanalista como resultado de la influencia del paciente sobre sus sentimientos inconscientes, por lo que ésta debía ser reconocida en sí misma y superada, sentenciando que: “...cada psicoanalista sólo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y

resistencias internas...” (Freud, 1910a, p. 136). Para lograr esto el analista debía tener un buen conocimiento de su inconsciente e incluso un estado de equilibrio mental; siendo necesario el análisis, para de ese modo eliminar sus puntos ciegos; *Freud aconseja al analista someterse a un período de autoanálisis, así como a un análisis personal y a una supervisión constante de su trabajo; para de ese modo disminuir el impacto negativo que podía tener su personalidad en el proceso terapéutico.* Las características idóneas para el psicoterapeuta pueden ser desarrolladas a través de su propio análisis, con el cual inicia su preparación, éste tiende a ser breve e incompleto, con el se conoce si el candidato tiene los elementos necesarios para su formación. El fin de este análisis es que el próximo psicoterapeuta tenga la firme convicción de la existencia de lo inconsciente, proporcionando una profunda percepción de sí mismo, dicho análisis debería repetirse periódicamente, quizá cada 5 años, convirtiéndose éste, al igual que en el caso de los pacientes, en una tarea interminable (Freud, 1937b). Para Freud (1912b) todo aquel que pretendiera analizar a otros, debería someterse a un *análisis con un experto, de ese modo no sólo descubrirá algo escondido en su persona, sino que vivenciará impresiones y convicciones que no conocía en teoría.* Tal y como menciona Devereux (1983) para el científico de la conducta el insight debe empezar por sí mismo.

La terapia personal del psicoterapeuta ocupa un lugar central en la historia de la psicoterapia; se reconoce que la terapia personal es de utilidad para los psicoterapeutas, sin embargo existe poca información respecto a en que consiste esa ayuda. Dentro del psicoanálisis no existe duda respecto a su efectividad y de hecho es considerado un requisito para la formación de los analistas; en su escrito titulado *Trabajos sobre técnica psicoanalítica* (1911-1915) Freud realiza una serie de descripciones acerca de la formación terapéutica; Strachey, en la introducción a dicho artículo afirma lo siguiente: “...como trasfondo de todas sus puntualizaciones sobre la técnica, Freud nunca dejó de insistir en que su apropiado dominio solo podía adquirirse a partir de la experiencia clínica con los pacientes, sin duda, pero ante todo, la que el analista obtiene de su propio análisis

(...) declara que todo analista debería retomar su propio análisis periódicamente, quizá cada cinco años...” (Strachey, citado en Freud, 1991-1915, p. 81-82). Al respecto Freud afirma “...no solo la complejidad y la exigencia del paciente demanda su lugar entre los factores que influyen sobre las perspectivas de la cura analítica y dificultan ésta tal como lo hacen las resistencias.

Es indiscutible que los psicoanalistas no han alcanzado por entero en su propia personalidad la medida de normalidad psíquica en que pretenden educar en sus pacientes...los analistas son personas que han aprendido a ejercer un arte determinado, y junto con ello, tienen derecho a ser hombres como los demás...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 a 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 anímica; y a esto se suma que necesita alguna superioridad para servir al paciente como modelo en ciertas situaciones analíticas, y como maestro en otras...” (Freud, 1937b p.249).

Gómez (1985) afirma que el análisis personal es un prerrequisito para todos aquellos que se dedican o piensan dedicarse a la ardua y difícil tarea de la psicoterapia, ya que el análisis personal permite observar las motivaciones honestamente, conocer los valores y necesidades, además de experimentar en primera mano lo que experimentarían los pacientes, desde el momento en que el psicoterapeuta le pide al paciente que se mire a sí mismo honestamente y tome decisiones acerca de los cambios que desea, debe estar dispuesto a realizar el mismo tipo de escrutinio en su vida. Ningún psicoterapeuta, por mucha seguridad que tenga, es inmune a las inevitables vicisitudes de la vida, como cualquier otra persona y su preparación no impide que sea vulnerable ante ellas, el psicoanálisis personal lo ayuda a tener la suficiente conciencia de sus propios problemas y

controlar sus relaciones interpersonales y profesionales, lo cual será de gran ayuda para su trabajo con el paciente.

González y Simo (1995) sugieren que durante su análisis personal, el psicoterapeuta se ve forzado a conectarse con el niño que en él existe, "... De esta forma, a través de un lenguaje olvidado, descubre de nuevo las palabras perdidas...estas palabras encontradas de nuevo, asociadas a los juegos, las risas y los dramas de su infancia, serán lo que en su práctica le servirán para hablar con el paciente..." (p. 48). Siquier (2001) reconoce que el trabajo interno en el que se sumerge el analista dentro de la situación analítica se apoya en su personalidad analizada, que ha modificado su ansiedad y su estructura mental con abandono de la omnipotencia, con una integración del self y objetos internos; la personalidad analizada del analista permite y refuerza su función para contener, y posibilita el acceso a la atención flotante. Para Corey (1984, citado en Gómez, 1985) lo ideal es que el psicoterapeuta potencial pase por terapia individual y de grupo; ya que una es suplemento de la otra; la terapia individual da la oportunidad de mirarse a sí mismo con profundidad, mientras que la grupal puede brindar la oportunidad de obtener una retroalimentación de los otros y son estas reacciones las que ayudan a aprender acerca de los atributos personales que podrían ser tanto beneficios como obstáculos en el trabajo terapéutico.

A pesar del encuadre terapéutico y de la perspectiva teórica que se prefiera, el psicoterapeuta debe encarar el cómo su salud mental puede impedir el curso del trabajo terapéutico; junto con el cuidadoso escrutinio de cómo los clientes (sutil o abiertamente) se oponen al progreso terapéutico, esto es, se resisten a la terapia, el practicante necesita observar y resolver esas acciones y actitudes en sí mismo. García (Reunión científica en APU, 2000) comenta que lo que deja el análisis no es el ver que hay detrás de la cortina y ver aquello que se desconocía de sí mismo; lo que realmente se obtiene del análisis es la incorporación de la función analítica.

Por último; Guerra (2001) realiza una puntualización importante respecto al tipo de encuadre que se desarrolla en el análisis personal de estudiantes o profesionales de la Psicología o psiquiatría; afirma que se debe denotar que el proceso no consiste en clases de técnica psicoterapéutica, que tampoco se hablara con la terminología de la escuela, sino desde el afecto, no desde la racionalización e intelectualización de los contenidos emocionales, Guerra sostiene que la psicoterapia individual vendría a complementar la formación profesional, ya que de no realizarse así, se estará ante una vicisitud del todo antiética, dado que la fusión de factores excesivamente neuróticos entre psicoterapeuta y paciente producirá efectos iatrogénicos indeseables a cualquier proceso, ya que si un analista es insuficientemente analizado, esto repercutirá en su práctica, ya que usara esta como medio para mantener su equilibrio neurótico. A través del análisis personal, se intentan diluir estos elementos, además de que se capacita al psicoterapeuta para llevar a cabo su autoanálisis y mediante éste permanecer alerta y consciente de sus reacciones contratransferenciales.

3.4.1. Autoanálisis

Para González y Simo (1995) el análisis y autoanálisis son los únicos procesos que pueden acercar al analista a los orígenes de las interpretaciones que realiza respecto al material del paciente, que su inconsciente sugiere y cuyas raíces se encuentran en los secretos de su vida personal, en los conflictos de su historia y los conflictos que el paciente reactiva. Wachtel (1996) señala que "...es fundamental que el terapeuta permanezca alerta ante su respuesta emocional a las comunicaciones del paciente...se transmite una actitud no sólo con las palabras, sino con el tono, ritmo, postura, etc., y es virtualmente imposible..disfrazar lo que se siente acerca del paciente o lo que éste dice...es indicado un examen de las reacciones personales del terapeuta ante el paciente, del modo en que éste evoca en ella sentimientos derivados de su propio pasado o de sus propios conflictos no resueltos..." (p.27-28). Para identificar y manejar dichas respuestas es importante el auto-análisis del terapeuta. El psicoterapeuta

tiene que preguntarse continuamente si esta reaccionando de la manera correcta, si actúa de determinada forma a causa de algo que acontece en su vida diaria o por eventos que lo afectan; González (1989) postula que es mediante la introspección, que el psicoterapeuta puede aprender de sus propios objetos, así como de los del paciente, el conocer las propias limitaciones y hacer un esfuerzo por mostrar y compartir las limitaciones de uno mismo como investigador es indispensable para explorar más a fondo la contratransferencia, un aspecto tan importante y descuidado de la labor científica. Los orígenes de la contratransferencia son multilaterales y aunque todos podrían ser rastreados hasta la infancia, no siempre es así, algunos poseen una naturaleza más primitiva (narcisismo, por ejemplo), y podrían requerir que el psicoterapeuta se comprometa a una más profunda e intensiva autoexaminación (Hayes y Gelso, 2001).

Para Gabbard (2001) el paciente traza un rol para que el terapeuta entre en juego, reflejando el mundo interno del paciente, pero las dimensiones específicas de ese rol son coloreadas por la personalidad del terapeuta. Los psicoterapeutas deben estar en contacto con sus propias emociones (lo cual no implica que el psicoterapeuta hable con sus pacientes acerca de ello), idealmente ejemplifica en su propia vida lo que desea promover en sus pacientes; un psicoterapeuta efectivo no pide a sus pacientes que hagan cosas que el no está dispuesto a hacer por sí mismo. Los psicoterapeutas deben estar comprometidos con una continua búsqueda de su autoconciencia, una apreciación de sus propias limitaciones, fuerzas, temores y debilidades es esencial para su desempeño, ya que sin un alto nivel de autoconciencia el psicoterapeuta obstruiría el proceso del paciente (Gómez, 1985). Siquier (2001) considera que la capacidad de autoanálisis debe ser entendida como una función psicoanalítica, fruto del propio análisis. El concepto de autoanálisis es un aspecto potencial, aunque controversial, tanto Caper como Goldacker (Smith, 2002) reconocen que incluso en los momentos más privados, siempre nos encontraremos en un diálogo interno con alguien; el trabajo de autoanálisis es muy diferente del trabajo analítico entre

dos personas, tanto en forma como en contenido, sin embargo, no pierde lo esencial, que es el comprenderse a sí mismo, ya que mediante él se espera encontrar cosas nuevas, dentro y fuera de sí, Freud (1912b) comenta que quien renuncie al análisis propio no solo será incapaz de aprender de sus enfermos, sino que se convertirá en un peligro.

Por otro lado, Sandoval (2002) considera que el autoanálisis es un recurso insuficiente, ya que tiende a realizar una interpretación incompleta y la resistencia se queda anclada con un esclarecimiento parcial, sin embargo, él autor aclara más tarde que la importancia del autoanálisis radica en que para que el psicoterapeuta se pueda conceptualizar como sujeto en una relación vincular, debe estar en contacto con los propios conflictos y así evitar que las interpretaciones se encuentren matizadas por las reacciones contratransferenciales, constituyéndose acting out de los conflictos inconscientes movilizados por el paciente. Streaan (1993) concuerda con el hecho de que el autoanálisis no basta para resolver los conflictos del psicoterapeuta; ya que es muy difícil ser analista y analizado al mismo tiempo; en torno a esto Bernfeld (citado en Devereux, 1983) afirma lo siguiente: "... el autoanálisis es imposible por que hay demasiada contratransferencia..." (p. 191). No obstante estos aspectos, el autoanálisis es uno de los apoyos más importantes con los que cuenta el psicoterapeuta, ya que le permite esclarecer sus reacciones contratransferenciales y transformar éstas en un instrumento al servicio de la cura.

3.4.2. Supervisión

El análisis personal y el autoanálisis no son los únicos instrumentos que posee el psicoterapeuta; éstos le brindan el sustento personal sobre el cual se habrá de desarrollar la técnica y su práctica clínica, sin embargo se requiere de un elemento que le permita articular ambos aspectos (personales y académicos) y ese elemento se da dentro de la supervisión. Freud (1910b) fue claro al afirmar que la técnica no se aprende de libros sino de quien la domina. La supervisión de casos

psicoanalíticos era básicamente una arena en la cual ocurría un aprendizaje experiencial (Brown y Miller, 2002). Aquí el foco principal era la relación del estudiante con el paciente; sin embargo el reconocimiento de la contratransferencia vino a iluminar que no solo se trataba de una relación dual sino triangular; Schroeder (2000) considera que quizá la remisión a un tercero es el carácter que define la contratransferencia; expone que incluso podría preceder la situación analítica, ya que incluiría el análisis didáctico y la formación analítica; adquiriendo su propia dimensión al confrontarse con la misma situación analítica, Hernández de Tubert (1999) apunta que nadie puede percibir las peculiaridades de su propio mundo, si no es a través de la comparación con el mundo de otro. En el psicoanálisis se requiere de una pareja y de un tercero, ya que ambos debe ser capaces de revelar las diferencias entre sí mismo y el otro (Smith, 2002). Para Siquier (2001) el intercambio con un tercero puede romper un vínculo simbiótico, la ayuda especializada del supervisor permite percibir las manifestaciones del inconsciente de los pacientes y detectar las interacciones entre el inconsciente del paciente y del psicoterapeuta, imperceptibles y disimuladas; es a través de dicha supervisión que se facilita la adquisición de la escucha analítica.

El supervisado, siendo principiante, requiere más de encontrar la realidad de sus capacidades, que las explicaciones teóricas, ya que "...el sentido de la tarea de supervisión, no es hipercriticar al supervisado, sino más bien ayudarlo a reflexionar lo que hizo y porque lo hizo..." (González y Simo, 1995, p. 81). Para González (1989) el supervisor es un instructor, no un terapeuta; tiene el interés de que el supervisado aprenda el manejo de afectos, motivaciones, alianza terapéutica, resistencias, acting out, etc. y de forma especial la contratransferencia, Pergeron (citado en Brown y Miller, 2002) coincide con ello y afirma que la discusión en la supervisión debe dirigirse a aquellos aspectos de la contratransferencia del candidato que son relevantes para el tratamiento del paciente, además de que puede ser un estímulo efectivo para el autoanálisis y para continuar el trabajo en el análisis personal.

El principal riesgo del psicoterapeuta es el de quedar atrapado en la interacción patológica que se genere a partir de la patología del paciente y de su inexperiencia y patología; este riesgo siempre está presente, pero por medio de la supervisión con un psicoterapeuta experto puede aminorarse, ya que éste, al no estar implicado directamente en el vínculo, tendrá una mejor perspectiva para detectar el inconsciente que se estructura dentro de la relación terapéutica (Mitjavila, 1994). Doehrman (citado en Brown y Miller, 2002) apunta que la dirección e influencia en la supervisión no solo se da del paciente al analista y de éste al supervisor, sino que también de supervisor a analista y de éste al paciente, por lo cual la supervisión puede ser también motivo de error del psicoterapeuta, ya que este puede “escuchar” el material del paciente en función del supervisor, con miras a agradarlo o considerando lo que pudiera opinar, tanto del material como de sus intervenciones, en cuyo caso se trataría de una contratransferencia indirecta, también puede seguir las huellas teóricas clínicas del supervisor, o imitar su estilo psicoterapéutico; además siempre habrá un elemento resistencial en la supervisión, marcado, en primer lugar por el deseo de exclusividad en la relación transferencia-contratransferencia a la que el analista en formación no desea, en lo inconsciente que el supervisor tome parte, estando en segundo lugar el temor a una evaluación, pretendiendo que el supervisor valore al paciente del mismo modo que el supervisado, resaltando algunos aspectos en su relato respecto a la sesión.

Otro aspecto a considerar es el hecho de que durante todo el proceso supervisivo aparecen transferencias intensas, que pueden presentarse como obstáculos, siendo de influencia factores como la edad o el sexo del supervisor (González y Simo, 1995). González y Rodríguez (2002) citan a modo de ejemplo algunas distorsiones contratransferenciales por parte del supervisor, tales como llegar tarde a la supervisión, olvidar el material del paciente, dificultades para asociar la sesión con la técnica y en algunos casos confundir al supervisado con el paciente. Brown y Miller (2002) comentan que aspectos traslapados de las personalidades del paciente, el analista y el supervisor pueden encontrarse y crear resistencias en

el tratamiento; el cruce de estos elementos es denominado por ellos como “matriz intersubjetiva triádica”, para estos autores el empleo de la contratransferencia dentro de la supervisión ha sido menos investigado y considerado; ambos proponen prestar atención a los procesos paralelos que ocurren en supervisión, ya que ello permite apreciar el impacto que tienen los afectos surgidos de las díadas analista / paciente o supervisor /analista en el tratamiento analítico y su supervisión, para ambos, la multitud de resonancias, identificaciones e identificaciones proyectivas que ocurren en la supervisión no son, en si mismas, reflejo de conflictos sin resolver en el analista o supervisor, pero pueden ser una parte muy importante de los datos clínicos que se investigan en el proceso de supervisión; la unidad transferencia-contratransferencia se presenta en toda supervisión, y por ello se debe considerar su influencia dentro de dicho proceso.

No obstante que en la supervisión se abordan aspectos emocionales del psicoterapeuta en formación, el lugar para trabajarlos será el análisis; con el supervisor se aprenderá la aplicación de la teoría y la técnica de la psicoterapia, incluso el encuadre de la supervisión debe ser diferente al de una experiencia terapéutica, sin caer en el extremo de una excesiva familiaridad; es gracias a la supervisión, que el psicoterapeuta cobra conciencia durante la misma de los sentimientos suprimidos que una vez sintió, y que al no expresar adecuadamente lo confundieron, angustiaron e incluso lo enfermaron; en la supervisión se aprende de la contratransferencia y de las propias proyecciones, lo cual promueve la existencia de nuevas unidades metabolizadoras en el campo de la ideación o en el manejo del afecto, también implica hacer que el analista novel desarrolle sus propias habilidades y potencialidades en el manejo de la técnica y de su aplicación teórica; desarrollando su propio estilo técnico de intervención, constituyendo un aprendizaje experiencial, en donde se benefician el supervisor, supervisado, y el paciente (González y Simo, 1995).

A lo largo de este capítulo se procuró realizar una integración de cómo interviene la contratransferencia en el proceso psicoterapéutico, ya sea como instrumento u

obstáculo; destacando que ésta, sin importar si es positiva, negativa, erótica, etc, puede constituir un instrumento para la cura, ya que no es la contratransferencia lo que se debe de evitar, el verdadero problema es ignorarla o disfrazarla dentro del proceso. La contratransferencia en si no es el obstáculo, sino la reacción ante ella, la forma en que el psicoterapeuta maneja su aparición y los sentimientos, conductas y actitudes por ella evocados. El que la contratransferencia no existiera implicaría un psicoterapeuta inhumano; no se pretende que éste sea perfecto, sin deseos o expectativas, o sin conflictos de cualquier índole, sino que sea consciente de sí mismo, capaz de distinguir entre una reacción provocada por los pacientes y una que se debe a un trastocamiento personal. Lo anterior no resulta sencillo y el hecho de mudar una reacción contratransferencial en un instrumento no es una tarea fácil; sin embargo no es algo que el psicoterapeuta debe hacer de un día para otro o que deba realizar él solo: desde su formación se le prepara para estar atento a todo aquello que pudiera afectar su práctica; dicha preparación continúa con su análisis personal, autoanálisis y supervisión, los cuales son los pilares fundamentales de su profesión.

No obstante que el análisis personal, el autoanálisis y el proceso supervisivo son un requisito de la formación psicoterapéutica, se pretende que el candidato esté consiente de la importancia de estos elementos dentro de su práctica y que no sean vistos como una obligación, sino como una oportunidad de crecimiento personal y profesional, siendo capaz de valorar que es su personalidad total el instrumento más valioso que posee y como tal procure estar alerta ante su dinámica personal. El candidato y el psicoterapeuta cuentan con varios puntos de apoyo para lograr esto; cuentan con la ayuda de su analista personal, profesores y su supervisor, quienes se encargan de formarlo en cada una de las áreas que constituirán el fundamento de su praxis: la personal, la académica y la práctica, de tal modo que *el verdadero psicoterapeuta será capaz de identificar si su contratransferencia, es un instrumento al servicio del tratamiento y del paciente o si es una contrarresistencia en el proceso psicoterapéutico.*

CONCLUSIONES

"... Freud señaló la contratransferencia y la consideró como un obstáculo. La contratransferencia conservó este carácter durante mucho tiempo. Esto se mantiene todavía hoy, no solo en lo que puede ser visto como una reticencia de los analistas a hablar de ella, a utilizarla como instrumento, a teorizar sobre la misma, sino en cuanto señala lo imprescindible del análisis en la formación del analista, así como la capacidad para mantener una disposición al autoanálisis a lo largo de toda la vida..."

Schroeder.

La contratransferencia es un fenómeno inconsciente e inevitable dentro del proceso psicoterapéutico, cuyas cualidades terapéuticas pasaron desapercibidas por mucho tiempo debido a su naturaleza ambivalente; con fundamento en ello; esta investigación giraba en torno a una cuestión: ¿Cuándo es la contratransferencia un instrumento y cuándo es resistencia del psicoterapeuta frente al tratamiento?. Esta interrogante constituye un núcleo de estudio en la actualidad, dada su relevancia teórica y técnica dentro de la clínica psicoanalítica; en el caso particular de esta investigación, el objetivo fue realizar un análisis bibliográfico respecto al concepto de contratransferencia dentro de la psicoterapia psicoanalítica, ya sea como instrumento diagnóstico y de tratamiento o como contrarresistencia u obstáculo dentro del proceso psicoterapéutico.

A través de este ensayo se pretendió recopilar información que lograra esclarecer uno de los temas que fundamentan la práctica psicoterapéutica y que más polémica genera, ya que en este caso, el objeto de investigación no lo constituye ni el paciente, ni la técnica, sino el psicoterapeuta, a quien se le cuestiona el qué y cómo tiene que intervenir y quien tiene que articular aspectos, teóricos, técnicos y sobre todo personales para darle un sentido positivo a su práctica.

La contratransferencia no es un concepto nuevo; sin embargo es un tema que ha permanecido en la oscuridad durante años; muchas de las referencias respecto a ella se encuentran disfrazadas de "intuición", o del "sexto sentido del

psicoterapeuta”, ello por el matiz negativo de la palabra *contratransferencia*, la cual aparecía como un error, una interferencia basada en conflictos sin resolver por parte del psicoterapeuta y que conducía al fracaso psicoterapéutico.

Esta postura permaneció por muchos años y aún ahora continúa siendo un foco de debates y controversias, que incluso han rebasado el campo psicoanalítico, lo cual, creo, puede arrojar mucha luz acerca del proceso inter e intrapersonal que se lleva a cabo dentro de la psicoterapia, ya que solo la investigación y el debate pueden abrir nuevas rutas de conocimiento. Y es en este respecto que Guerra (2001) hace una importante aportación, afirmando que es innegable que la figura de Freud fue reveladora en varios aspectos del saber humano; sin embargo, la Psicología como ciencia lúbil, debe observar todos los cambios que se han producido en relación con el proceso terapéutico; poseer una visión crítica y no dogmática, ya que la ciencia debe evolucionar y el hecho de que la obra de Freud sustente la práctica psicoterapéutica psicoanalítica, no quiere decir que todo tenga que permanecer tal cual, de hecho el mismo Freud (1905-1901) mencionaba que siempre existe un compromiso entre el investigador y su ciencia y no es raro encontrar cambios y reformulaciones en la obra de Freud, quien se ajustaba a su precepto.

Y si bien varios aspectos del campo psicoterapéutico han sufrido algunos cambios en su conceptualización, la *contratransferencia* resulta ser un tema especialmente escabroso, si tomamos en cuenta que en ella se revela mucho de lo que el psicoterapeuta es, tal y como González propone, el hablar de *contratransferencia*, implicaría desnudarse a sí mismo frente a otros, lo cual produce ansiedad en los psicoterapeutas, quienes temen a la crítica de su labor e incluso de su personalidad. Este es un factor que podría influir en el hecho de que sean muy pocas las investigaciones y viñetas clínicas respecto a la *contratransferencia*, ya que en ellas no sólo estaría expuesto el método del analista, su práctica y técnica tal cual, sino que revelarían bastante de sus fantasías, ideas, rasgos de carácter y de su vida personal. Devereux (1983) hace un señalamiento en torno a ello y

expone, que aunque el autoescrutinio es una capacidad que los psicoanalistas se enorgullecen de poseer, es un hecho de que las reacciones transferenciales se abordaron primero que las contratransferenciales, además de que la literatura psicoanalítica posee más referencias a la primera que a la contratransferencia. Strean (1993) menciona que no fue hasta 1980 que el Journal of the American Psychoanalytic Association dedicó una edición completa a la contratransferencia y no fue sino hasta los 90 que un artículo acerca de la personalidad del psicoanalista apareció en la misma revista. No obstante que la dinámica personal del psicoterapeuta es una de las dimensiones más descuidadas dentro del estudio del proceso psicoterapéutico, es evidente que en la práctica clínica se ponen en juego los mecanismos psicodinámicos del psicoterapeuta, con o sin conflicto.

Para Schroeder (2000) la contratransferencia es y ha sido un gran "nudo" técnico, metapsicológico y clínico del psicoanálisis, ya que dada la divergencia de puntos de vista respecto a la contratransferencia, tanto en épocas distintas como en relación con diversas perspectivas resulta problemático el uso indiscriminado del término. Todos los elementos esenciales dentro del análisis son considerados de forma diferente, de acuerdo a la perspectiva que lo aborde, diferentes culturas y diferentes puntos de vista acerca del proceso analítico incluyen metodología y terminología diferentes. También cabría aclarar que cada país, asociación y corriente psicoanalítica poseen sus propios límites y tolerancias respecto a la actuación del analista dentro del tratamiento. Es por ello que todo análisis del término contratransferencia depende del marco teórico desde el cual se aborde, destacando principalmente su traducción en la práctica clínica y cómo es que se produce y se conduce dentro de ella; se tiene que ser coherente con las consecuencias que trae el concepto y no tomarlo a la ligera. Varios autores destacan la importancia de ser coherente entre la teoría y la práctica, por que si se separan las ideas que se discuten (porque lucen bien), de las cosas que después se hacen en el consultorio (porque dan resultado), no se progresa en unas o en otras, lo cual deriva en una fragmentación de la práctica clínica, ya que no es raro que existan diferencias entre el manejo de ideas en ésta y a un nivel teórico, sin

embargo se debe intentar la máxima coherencia no solo entre los aspectos teóricos y técnicos, sino entre éstos y la personalidad del psicoterapeuta.

A este respecto me gustaría hacer alusión a Luz Porras quien destaca en la Reunión científica en APU (2000), que distintos conceptos como identificación, transferencia o contratransferencia están engarzados en diversas teorías y describen aspectos que podrían ser diferentes, no obstante, ninguno de ellos puede ser reducido, confrontado o negado, porque cada uno, en determinada situación analítica, es operativo, para la autora, cada concepto tiene su lugar y cada analista posee su caja de útiles "...su análisis, sus pacientes, sus textos, su vida..." (p.133).

Y es debido a que estos elementos se encuentran tan entrelazados, que no existen instrucciones que puedan seguirse al pie de la letra, ya que dada la particularidad de cada psicoterapeuta y paciente, no se pueden ofrecer fórmulas exactas de validez universal, además de que la adherencia del psicoterapeuta a determinada postura teórica y técnica es muy diferente a la destreza y ésta última es muy difícil de medir. No existen reglas ni recetas respecto al proceso terapéutico, solo el tiempo, experiencia, conocimiento, análisis personal y la supervisión serán de ayuda para determinar que es lo que está ocurriendo y en particular es imposible generalizar los orígenes de las reacciones contratransferenciales, ya que lo que induce una reacción a un terapeuta podría no originarla en otro.

Lo más importante es considerar que el estudio científico del psicoterapeuta a través del análisis de la contratransferencia representa un instrumento para mejorar e impulsar del campo psicoterapéutico, para Hayes y Gelso (2001) la investigación clínica respecto a la contratransferencia podría ser un puente entre la ciencia y la práctica de la psicoterapia, complementando el difícil concepto en torno de la instrumentalización del Yo del terapeuta y fundamentalmente mejorar los resultados terapéuticos; estos autores enfatizan que es un mito el que un buen

terapeuta no debería tener reacciones contratransferenciales y postulan que dicha creencia solo refuerza el tabú en torno a la contratransferencia y desanima a los terapeutas a realizar una honesta autoexaminación y a discutir abiertamente aspectos relativos a la contratransferencia con supervisores y estudiantes.

No se puede exigir al psicoterapeuta desaparecer su inconsciente, que disminuyan sus pulsiones o que el material del paciente nunca trastoque un aspecto personal de éste; eso es imposible; de ser posible, los tratamientos serían muy cortos y efectivos, se exterminaría el inconsciente del paciente y ya, sin embargo éste no puede desaparecerse, siempre existirán impulsos y reacciones provenientes de él; no se trata de someter al inconsciente a un control riguroso consciente, ya que no es susceptible de ser dominado pero si, de ser investigado y así como las reacciones inconscientes del paciente son las que permiten la reconstrucción del pasado olvidado, las reacciones contratransferenciales, por definición inconscientes, también pueden contribuir al desarrollo y beneficio, tanto de la psicoterapia como del psicoterapeuta mismo; quien no debe ser perfecto, pero tal y como se ha mencionado, si debe ser consciente de su propia humanidad.

Szasz y Racker (citado en González y Simo, 1995) señalan que se continua siendo niño y neurótico, aún cuando se es adulto y analista, y es éste un aspecto que desgraciadamente se deja de lado dentro de la preparación de un Psicólogo, quien como profesional de la salud mental, independientemente del área que elija, siempre estará expuesto a ese mito de que como Psicólogo puede solucionar todo problema y que puede aconsejar a todo aquel que se acerque a comentarle un conflicto; además de que dentro de la curricula no se toma en consideración el hecho de que fortalecer la propia personalidad constituye la mejor preparación que pueda llegar a tener, ya que es en su personalidad donde se afianzara toda teoría y técnica y la que le permitirá tener una vida sana, creativa, amar a su trabajo y amar su vida, no tomando su profesión de modo rígido para satisfacer alguna necesidad narcisista.

El que se vuelva la mirada al terapeuta y se intente conocer que es lo que pasa con él dentro de la sesión terapéutica no implica que se trate de su “psicoterapia”, de resolver sus conflictos y no los de su paciente, sino que se valora su papel como facilitador de un proceso de cambio que opera en el paciente, de una reestructuración al servicio del desarrollo y crecimiento del individuo, yendo más allá del sentir del psicoterapeuta, ya que es importante destacar que es el paciente quien está en psicoterapia, y son sus conflictos los que deben ser aclarados, el sentir del psicoterapeuta debe servir para ayudar al paciente y no para que éste solucione sus conflictos. Katz y Fetter (1999) afirman que si el psicoterapeuta se encuentra en un estado pésimo tomará al paciente como su analista, buscando ayuda en quien llega a pedirla. El psicoterapeuta debe ser sincero con su paciente y su práctica, pero aún más consigo mismo, es ahí donde radica la ética de su profesión. Greenacre (citado en Katz y Fetter, 1999) destaca que más que castigar a los psicoterapeutas que transgreden los límites impuestos por la técnica y teoría que sustenta su práctica, tales como la neutralidad y la abstinencia, se debería discutir abiertamente dichos problemas, como una forma de desarrollar la actividad psicoanalítica dentro de una perspectiva científica y no dentro de un marco moralista y enjuiciador.

El reconocer que la psicoterapia se lleva a cabo entre dos personas; implica admitir que cuando el psicoterapeuta entra al consultorio se trae a sí mismo como persona, con sus valores, conflictos, creencias, prejuicios, tendencias, etc. las cuales no pueden ser marginadas de forma total del encuadre, ya que aunque fuera posible, ello implicaría una deshumanización del psicoterapeuta, lo cual repercutiría negativamente en el paciente, la psicoterapia y por supuesto en el psicoterapeuta, quien es ante todo un ser humano; el cual llevo a cabo una capacitación especializada; un análisis didáctico, supervisión en el trabajo con pacientes, posee capacidad de autoanálisis y además lleva una constante actualización de su formación a través de su participación en conferencias, seminarios, congresos, debates y su pertenencia a determinadas asociaciones. Dichos foros de investigación y divulgación permiten un acercamiento con la

práctica, es una forma en la cual se confrontan las experiencias entre psicoterapeutas, y se permite un avance en la clínica; Freud (1905-1901) afirmaba que el médico no solo tiene obligaciones hacia sus enfermos como individuos, sino hacia su ciencia.

Éste precepto cobra especial relevancia en cuanto a la contratransferencia se refiere, ya que ésta puede ser un vicio o una virtud terapéutica, por lo que se debieran animar futuras investigaciones, esforzándose por proyectar el potencial de la contratransferencia para mejorar los instrumentos con los que cuenta el terapeuta. De hecho puede llegar a constituirse un instrumento de diversas prácticas terapéuticas, así como de múltiples actividades humanas, ya que su importancia no es privativa del campo psicoterapéutico, sino que su influencia llega al campo de la medicina (relación paciente-médico), en la práctica docente (maestro-alumno), en la antropología (antropólogo-población), la práctica científica (experimentador-sujeto), en fin, en toda actividad humana que suponga la interacción entre dos o más personas, estando presente en relaciones tanto duales como de grupo.

Sin embargo, si resulta difícil su instrumentalización dentro de la clínica psicoanalítica (lugar donde surgió y se desarrolló el término), lo es aún más en otros contextos, en donde realmente resulta una novedad el concepto de contratrasferencia así como sus potencialidades como instrumento, guía y auxiliar de la práctica, de hecho, la contratransferencia no sólo suscita ansiedad en el psicoterapeuta, sino en la comunidad psicoanalítica como tal, ya que viene a evidenciar la “insuficiencia” del autoanálisis y del análisis personal, supuestos filtros que libraban al psicoterapeuta de cualquier conflicto neurótico que pudiera entorpecer su escucha analítica, totalmente neutral; Freud ya era consciente de la imposibilidad de efectos permanentes de “salud y normalidad” del paciente después del tratamiento psicoanalítico, proponiendo que este era una tarea interminable, pues lo mismo valdría aplicar para el psicoterapeuta psicoanalítico, quien, no obstante su autoanálisis, su análisis personal y su preparación

académica no es un ser perfecto y sin problemas, por lo cual no se considera que ningún análisis didáctico “concluya”. Y por esto se establece que el psicoterapeuta debe retomar su análisis personal continuamente, así como también supervisar aquellos casos en que su actuación no sea percibida como “normal”. Segal (citado en Braun, Reunión científica en APU, 2000) señala que la contratransferencia “...pone en juego el análisis del analista así como el autoanálisis, no solamente en el sentido de puntos ciegos o enganches inconscientes que responden a contenidos reprimidos del mismo, constituyéndose en un obstáculo, sino en la posibilidad de contactar con vivencias muy primitivas y dolorosas, sufrientes de los pacientes y de uno mismo...” (p. 109).

Se puede concluir que no es la contratransferencia tal cual la que resulta dañina sino el hecho de que permanezca inconsciente, sea disfrazada detrás del encuadre o que simplemente se le ignore. Por medio del análisis personal, autoanálisis y supervisión se puede transformar la contratransferencia de obstáculo a fuente de insight. siendo benéfica tanto para el paciente como para el psicoterapeuta. González (1989) sostiene que a través del propio análisis, de las supervisiones y del interés teórico, existen o pueden llegar a existir dentro del psicoterapeuta aspectos concretos de un inconsciente disciplinado que ayuden en la labor terapéutica, afirma que a través de la disciplina del inconsciente y por medio de la propia formación se pueden llegar a potencialidades contratransferenciales reparadoras, en sí mismo y en los pacientes. Este autor reitera que se necesita el insight del psicoterapeuta sobre sí mismo y sobre la situación psicoterapéutica para llegar a la contratransferencia consciente y disciplinada, que tiene su fuerza en los impulsos sublimados y en las capacidades reparadoras, además, a través de su propio análisis y supervisión, el psicoterapeuta psicoanalítico logra conocer los puntos de su personalidad que podrían impedir el proceso psicoterapéutico, capacitándolo para reconocer la transferencia del paciente y hacerla clara por medio de interpretaciones. Y es así como la profesión psicoterapéutica, considerada por Freud como una de las “profesiones imposibles”, es posible.

BIBLIOGRAFÍA

- ☞ Atxotegi, L. J. (1994). *Delimitación conceptual del área de las psicoterapias psicoanalíticas*, En Ávila, E. A. Poch, B. J. (Comps.) Manual de técnicas de Psicoterapia. Un enfoque Psicoanalítico, (35-50), España: Siglo XXI.
- ☞ Ávila, E. A. (1994). *¿Qué es la psicoterapia?* En Ávila, E. A. Poch, B. J.(Comps.) Manual de técnicas de Psicoterapia. Un enfoque Psicoanalítico. (3-34) España: Siglo XXI.
- Ávila, E. A. (1996). *Planteamientos y desafíos de la investigación para la psicoterapia psicoanalítica de fin de siglo*, en Gutiérrez, G. Chamorro, E., Bachs, J. (comps) (1996). Psicoanálisis y Universidad (15-52). España: Profesores de Psicoanalítica de la Universidad (PPU).
- ☞ Bachs, C. J. Notó, B. P. (1994). *Vicisitudes del proceso terapéutico*. En Ávila, E. A. Poch, B. J. (Comps.) Manual de técnicas de Psicoterapia. Un enfoque Psicoanalítico, (313-332) España: Siglo XXI.
- ☞ Bonasia, E. (2001). *The countertransference: erotic, erotised and perverse*, International Journal of Psychoanalysis, 82, 249-262.
- ☞ Boz, S., Raznoszczyk, P. (1999). *Contratransferencia de impacto corporal*, Revista de psicoanálisis, LVI (3), 615-625.
- ☞ Brown, L. , Miller, M (2002). *The triadic intersubjective matrix in supervision: the use of disclosure to work through painful affects*, International journal of Psychoanalysis, 83, 811-823.
- ☞ -Boyer, L. B. (1992). *La contratransferencia: Historia y problemas clínicos*, Revista de Psicoanálisis, Argentina, 49 (3-4), 423-441.

- 📁 Cassorla, R. (2000). "Enactment" (puesta en escena) agudo como "recurso" para el develamiento de una colusión de la dupla analítica Revista Uruguaya de psicoanálisis, 92, 35-61.
- 📁 Coderch, J. (1990). Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica, Barcelona: Herder.
- 📁 Devereux, G. (1983). De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento, México: Siglo XXI.
- 📁 Favero, M. Ross, D. (2002). *Complementary dreams: A window to the subconscious proceses of countertransference and subjetivity*, American Journal of psychotherapy56 (2), 211-224.
- 📁 Frank, J. (1998). *Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias* en Mahoney, M. , Freeman, A. Cognición y Psicoterapia, España: Paidós.
- 📁 Freud, S. (1888-92). Trabajos sobre hipnosis y sugestión. Tomo I. Obras Completas, (1996). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1890) Tratamiento psíquico (Tratamiento del alma). Tomo I. Obras completas, (1996). Buenos Aires: Amorrortu.
 - Freud, S. (1905 [1904]). Sobre Psicoterapia. Tomo VII. Obras Completas, (1996). Buenos Aires: Amorrortu.
 - Freud, S. (1905 [1901]). Fragmento de análisis de un caso de histeria. Tomo VII. Obras Completas, (1996). Buenos Aires: Amorrortu.
 - Freud, S. (1910a) Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. Tomo XI. Obras Completas, (1996). Buenos Aires: Amorrortu.
 - Freud, S. (1910b) Sobre psicoanálisis "Silvestre". Tomo XI Obras Completas (1996) Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1911-1915(1914)). Trabajos sobre técnica psicoanalítica. Tomo XII. Obras Completas, (1996). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1912a). Sobre la dinámica de la transferencia. Tomo XII. Obras Completas, (1996). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1912b). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. Tomo XII. Obras Completas, (1996). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914) Recordar, Repetir y Reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis). Tomo XII. Obras Completas, (1996). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915) [1914] Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis). Tomo XII. Obras Completas, (1996). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917 [1916-17]) Conferencias de introducción al psicoanálisis. Tomo XVI. Obras Completas, (1996), Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916-1917) La Transferencia (27ª Conferencia). Tomo XVI, Obras Completas. (1996), Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1919 [1918]). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. Tomo XVII. Obras Completas, (1996). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923-1922]). Dos Artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la libido". Tomo XVIII. Obras Completas, (1996). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S.(1933[1932]). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. Tomo XXII. Obras Completas, (1996). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S.(1937a),Análisis terminable e interminable. Tomo XXIII. Obras Completas. (1996). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S (1937b) Construcciones en análisis. Tomo XXIII. Obras Completas. (1996), Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S.(1940[1938]) Esquema del psicoanálisis. Tomo XXIII. Obras Completas. (1996), Buenos Aires: Amorrortu.

- 📁 Gabbard, G. (2001). *A contemporary psychoanalytic model of countertransference*. Journal of clinical psychology, Vol. 57 (8), p. 983-991.
- 📁 Gelso, Ch. Hayes, J. (1998). The psychotherapy relationship: Theory, research and practice, E.U.: John Willey and son Inc.
- 📁 Gómez, M. M. (1985). ***“El terapeuta como persona y como profesional: consideraciones éticas en la practica de la psicoterapia”***Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, Facultad de Psicología, México D.F.
- 📁 González, N. J. (1989). La fortaleza del psicoterapeuta: La contratransferencia, México Ed. Eon.
- González, N. J. (1999). Psicoterapia de grupos: Teoría y Técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas, México: Manual Moderno.
 - González, N. J. y Rodríguez, P. (2002). Teoría y Técnica de la psicoterapia psicoanalítica, México: Plaza y Valdez.
 - González, N. J., Simo, J. (1995). Sobre la supervisión psicoanalítica, México, Gulda IIPCyS.
- 📁 Gorjón, S. (2002). "El amor de transferencia en el psicoanálisis y la terapia analítica en la actualidad" Psiquiatría Vol 18, No. 2, Mayo - agosto, p. 86-89.
- 📁 Greenson, R. (1988). Técnica y practica del psicoanálisis, México, Siglo XXI.
- 📁 Guerra, C. R. (2001). Transfererir, contratransferir, regredir. Una perspectiva histórica y crítica de la psicoterapia psicoanalítica, España: Amarú Ed.
- 📁 Gutiérrez T. J. (1998). Teoría Psicoanalítica: su doble eje central: la tónica psíquica y la dinámica pulsional, Madrid: Biblioteca Nueva.

- 📁 Hayes, J. Gelso, Ch. (2001). "Clinical implications of research on countertransference: science informing practice. Journal of clinical psychology, 57 (8), 1041-1051.
- 📁 Hernández, T. R. (1999). "El mundo del psicoanalista", Revista de Psicoanálisis Aperturas Psicoanalíticas, No. 3 (*Versión ampliada del trabajo libre presentado en el XXXIII Congreso Nacional de Psicoanálisis. Querétaro, Qro., México, 17 al 19 de noviembre de 1994), disponible en revista electrónica en www.aperturas.org/3reynautbert.html
- 📁 Katz, G., Fetter, I.S. (1999). " " *Exito* " no amor de transferencia, fracasso na relacao terapeutica" Revista Brasileira de Psicanalise, 33 (2), 311-323.
- 📁 Kemper, W. (1972) en Morgenthaler, F. Problemas de técnica psicoanalítica. (30-71), México: Siglo XXI.
- 📁 Kleinke, K. (1995). Principios comunes en psicoterapia, España: Desclée de Brouwer
- 📁 Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1977). Diccionario de Psicoanálisis, Barcelona : Labor.
- 📁 Le Guen, C. (1988). *Necesidades y riesgos en el control de la regresión*. Revista de Psicoanálisis, Argentina, Tomo XIV, 4 julio-agosto, 749-754.
- 📁 Miró, M., Anguera, B. (1996). *La Transferencia clínica y en la docencia* en Gutiérrez, G. Chamorro, E., Bachs, J. (comps) (1996). Psicoanálisis y Universidad, (277-284). España: Profesores de Psicoanalítica de la Universidad (PPU).

- ☞ Mitjavila, M. (1996). *¿Qué es posible enseñar de psicoanálisis en la universidad?* en Gutiérrez, G. Chamorro, E., Bachs, J. (comps) (1996). Psicoanálisis y Universidad, (111-121). España: Profesores de Psicoanalítica de la Universidad (PPU).
- ☞ Mitjavila, G. M. (1994). *La iniciación del tratamiento*. En Ávila, E. A. Poch, B. J. (Comps.) Manual de técnicas de Psicoterapia. Un enfoque Psicoanalítico, (265-288) España: Siglo XXI.
- ☞ Norcross, J. (2001). "Introduction: In search of the meaning and utility of countertransference, Journal of Clinical Psychology, 57 (8), 981-982.
- ☞ Poch, J. (1996). *Psicoterapia Psicoanalítica de fin de siglo: logros y retos (Discusión a la ponencia del profesor Ávila)* en Gutiérrez, G. Chamorro, E., Bachs, J. (comps) (1996). Psicoanálisis y Universidad (57-90) España: Profesores de Psicoanalítica de la Universidad (PPU).
- ☞ Poch, B. J., Maestre, L. F. (1994). *Regresión y ansiedades de separación: finalización del tratamiento*. En Ávila, E. A. Poch, B. J. (Comps.) Manual de técnicas de Psicoterapia. Un enfoque Psicoanalítico, (333-352) España: Siglo XXI.
- ☞ *Reunión Científica en APU: Contratransferencia desde Klein Y Lacan* (2000). Revista Uruguaya de psicoanálisis, 92, 110-136
- ☞ Sánchez-Barranco, R. A. (1994). *Una perspectiva histórica del desarrollo de la técnica psicoanalítica*. En Ávila, E. A. Poch, B. J. (Comps.) Manual de técnicas de Psicoterapia. Un enfoque Psicoanalítico, (215-232) España: Siglo XXI.
- Sánchez Barranco (1996a). *Naturaleza de la investigación psicoanalítica: reflexiones epistemológicas*, en Gutiérrez, G. Chamorro, E., Bachs, J.

- (comps) (1996). Psicoanálisis y Universidad, (93-108). España: Profesores de Psicoanalítica de la Universidad (PPU).
- Sánchez Barranco (1996b). *El psicoanálisis ¿Qué tipo de ciencia es?*, en Gutiérrez, G. Chamorro, E., Bachs, J. (comps) (1996). Psicoanálisis y Universidad, (193-205). España: Profesores de Psicoanalítica de la Universidad (PPU)
- ☞ Sánchez- Pardo, E. (1996). *H.D., Freud y el amor de transferencia*, en Gutiérrez, G. Chamorro, E., Bachs, J. (comps) (1996). Psicoanálisis y Universidad, (319-327). España: Profesores de Psicoanalítica de la Universidad (PPU).
- ☞ Sánchez Z. G. (1995). "***Algunas vicisitudes del trabajo clínico: la transferencia y contratransferencia erótica***", Tesis de maestría en Psicología clínica, UNAM, Facultad de Psicología, México D.F.
- ☞ Sandoval, G. L. (2002). "Contratransferencia ¿Debe este término cambiara o desaparecer? Algunas reflexiones sobre la genealogía del término" Psiquiatría 18 (2), Mayo-agosto, 77-85.
- ☞ Schkolnik, F. (2001). Reseña del libro "*Contratransferencia*" de Beatriz de León y Ricardo Bernardi, Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 93, 236-243
- ☞ Schroeder, D. (2000). "*El sujeto y el objeto de la contratransferencia*" Revista Uruguaya de Psicoanálisis 92, 137-158.
- ☞ Siquier, M.I. (2001). "*Un recorrido por la mente del analista en sesión*" Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 93, 176-187.
- ☞ Smith, H. (2002). *Panel reports. Creating the psychoanalytical process incorporating three panel reports: opening the process, being in the*

process and closing the process. International Journal of Psychoanalysis 83, 211-227.

- 📁 Strean, H.S. (1993). Resolving counter-resistences in Psychotherapy, USA: Bruner/Mazel.

- 📁 Talarn, C. A., Maestre, I. F. (1994). *Emociones y estrategias técnica en el seno de la psicoterapia psicoanalítica: Alianza de trabajo, transferencia, contratransferencia e intervenciones del terapeuta.* En Ávila, E. A. Poch, B. J. (Comps.) Manual de técnicas de Psicoterapia. Un enfoque Psicoanalítico, (291-312) España: Siglo XXI.

- 📁 Tallaferro, A. (2000). Curso básico de psicoanálisis, México: Paidós.

- 📁 Watchel, P. L. (1996). La comunicación terapéutica: Principios y practica eficaz España: Descleé De Brouwer.