



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES

**ACTUACIÓN CONTRATRASFERENCIAL Y EMPATÍA PSICOANALÍTICA EN EL
PROCESO PSICOTERAPÉUTICO DE DOS ADOLESCENTES**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PRESENTA:
DAVID JIMÉNEZ SÁNCHEZ

Tutor Principal:
Mtro. José Vicente Zarco Torres, U.N.A.M., Facultad de Psicología

Comité Tutor:
Dra. María Luisa Rodríguez Hurtado, U.N.A.M., Facultad de Psicología
Dra. Silvia Morales Chainé, U.N.A.M., Facultad de Psicología
Mtra. Guadalupe Santaella Hidalgo, U.N.A.M., Facultad de Psicología
Dra. Susana Ortega Pierres, U.N.A.M., Facultad de Psicología

MÉXICO, D. F., MAYO 2014



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.

A Carlitos

Por dejarme ver a mí mismo en tus ojos, por sostenerme en los momentos difíciles y mostrarme un camino distinto donde siempre nos encontramos.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre Rita por su constante apoyo, por motivarme a seguir mis intereses y por buscar siempre mi bienestar.

A mis hermanos Hafid y Juan Carlos por su compañía, apoyo y confianza.

A mi padre Juan por creer en mi trabajo, por sus cuestionamientos, sus aportes y por esas pláticas emocionantes que siempre terminan complementándonos.

A Christopher Rocha por su particular forma de “estar”.

A Vicente Zarco por sus enseñanzas y cuestionamientos, guías del presente trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO 1. MARCO TEÓRICO	
Freud y la empatía	10
Más allá de la identificación	12
La empatía psicoanalítica	17
Empatía y contratrasferencia	25
El papel del análisis personal y la supervisión de casos	32
CAPITULO 2. MÉTODO	
Planteamiento del problema	41
Objetivo general	42
Objetivos específicos	43
Supuesto general	43
Definición de categorías	43
Tipo de estudio	45
Participantes	45
Instrumentos	46
Procedimiento	47
Consideraciones éticas	48
CAPITULO 3. RESULTADOS	
3.1 Actuación contratrasferencial	49
3.2 Empatía psicoanalítica	66
3.3 Empatía y contratrasferencia negativa	75
CAPITULO 4. CONCLUSIONES	
Conclusiones	86
Referencias	90

RESUMEN

Desde los inicios del psicoanálisis, la empatía tuvo un papel clave para lograr la cura en los pacientes. Freud (1913/2008) consideraba que sólo desde una postura empática estaría un analista en la posibilidad de interpretar y que esta interpretación fuera escuchada realmente por el paciente. Sin embargo aquel significado de empatía se fue modificando, se fue complejizando y a la par de esa resignificación se fue moviendo de lugar dentro del psicoanálisis.

Pasó de ser un aspecto importante, a incluso para algunos autores, el más importante dentro del psicoanálisis (Kohut, 1959/1986).

La empatía dejó de ser una actitud comprensiva y se volvió una condición de contacto del psicoterapeuta caracterizada por la posibilidad de vivir una experiencia compartida y a la vez diferenciada que permite identificar los mecanismos de defensa del paciente favoreciendo que éste haga consciente lo inconsciente. Este proceso de resignificación ha dado lugar a actuaciones contrasferenciales que lejos están de ser ejemplos de empatía psicoanalítica, pero que por muchos autores así han sido justificadas, sin embargo también ha llevado a depurar y entender el papel y significado de lo que es realmente la empatía en psicoanálisis.

De esta manera, la empatía psicoanalítica es hoy una herramienta que permite conocer de una manera más completa la dinámica inconsciente de los pacientes.

Palabras claves: empatía psicoanalítica, psicoanálisis y contrasferencia.

ABSTRACT

From the beginnings of psychoanalysis, empathy played a key role in achieving a cure in patients. Freud (1913/2008) considered only from an empathic stance would an analyst have the ability to interpret and this interpretation could actually be heard by the patient. However that meaning of empathy was modified, being more and more complex and that redefinition was moving around within psychoanalysis.

It went to be an important aspect, to even some authors, the most important part of psychoanalysis (Kohut, 1959/1986).

Empathy stop being an understanding/comprehensive attitude and became a psychotherapist contact condition characterized by the possibility of living a shared experience and differentiated at the same time, that identifies the patient's defense mechanisms making the unconscious conscious.

This redefinition has led to performances countertransference that are far from being examples of psychoanalytic empathy, but for many authors and have been justified, but also to debug and understand the role and significance of what is really empathy in psychoanalysis.

Thus, psychoanalytic empathy is now a tool that allows us to learn more about the dynamic of unconscious patients.

Keywords: psychoanalytic empathy, psychoanalysis and countertransference.

INTRODUCCIÓN

Desde sus inicios, el psicoanálisis ha sido objeto de múltiples críticas principalmente por las bases que rigen su edificio teórico, como la sexualidad infantil y el inconsciente. Sin embargo, el psicoanálisis no ha sido el creador de todos sus conceptos, pero sí el que los ha desarrollado o resignificado para lograr explicar desde su particular punto de vista, el comportamiento humano, o más específicamente, el funcionamiento del aparato psíquico. Otros conceptos sí han sido creados dentro del psicoanálisis, como es el caso del superyó y el ello.

Lo que parece ser claro, es que muchos de los conceptos (creados o resignificados) que fundamentan el psicoanálisis o que están íntimamente involucrados con éste han dejado de tener el significado que tenían antes de ser atravesados por él, ejemplo de esto son los conceptos de *inconsciente* y *trasferencia*. De hecho, cada concepto que se usa en psicoanálisis, con el pasar del tiempo y al ser confrontado y retroalimentado por la práctica clínica tiende a ser enriquecido y por lo tanto nuevamente modificado, en el caso de la transferencia en un inicio era considerada sólo como un obstáculo, ahora también se le reconoce como la principal herramienta para la cura.

Las particularidades de los conceptos psicoanalíticos varían incluso entre diferentes escuelas dentro del psicoanálisis. El caso del yo por ejemplo, tiene una amplitud y especificidad diferentes para los ortodoxos que para los klenianos.

Algo muy similar ha sucedido con el concepto de *empatía*, que fue introducido por el padre del psicoanálisis en un artículo escrito en 1913 llamado *Sobre la iniciación del tratamiento*. En este artículo Freud propone nunca iniciar la labor interpretativa antes de que el analizado haya establecido una transferencia operativa, un rapport y agrega que éste puede verse entorpecido si desde el principio el analista se coloca en un punto de vista diferente al de la empatía. Más

tarde, en 1921 en el capítulo VIII que se refiere a la identificación, de su artículo *Psicología de las masas y análisis del yo*, Freud le otorga gran importancia a la empatía, refiere que desempeña la parte principal en nuestra concepción del yo ajeno.

Pero aquí surgen dos preguntas ¿Qué es la empatía? y ¿Cómo entiende Freud la empatía?

Freud concibe a la empatía como ~~un~~ ponerse en los zapatos del otro+ a partir de la identificación, pero deja muy claro que identificarse nunca es sentir igual que el otro, que más bien es una proyección nuestra (Freud, 2008/1915). Más tarde, Ferenczi (1928) ahonda en el tema, colocando a la empatía como un agente terapéutico que debe estar presente durante todo el tratamiento de los pacientes. Sin embargo éste al igual que Helene Deutsch (como se citó en Cabré, 2011) anuda a la empatía un proceso que va más allá de la identificación, un proceso intelectual o de pensamiento por parte del analista que le permitiría entender de una manera más amplia la dinámica inconsciente de sus pacientes.

Esta autora considera que la identificación y posterior trabajo de pensamiento, son posibles porque los procesos de desarrollo del analista y del analizado han sido similares (no iguales) y por lo tanto, los impulsos, los deseos y las estructuras de uno pueden sintonizarse bien con los del otro, conduciendo primero a una identificación y segundo a una diferenciación paciente-analista.

Mucho tiempo después, Kohut (1959/1986) vuelve a explorar el papel de la empatía en el proceso psicoterapéutico dando un giro mayor a la percepción que se tenía hasta entonces, considerando que ésta es el agente y objetivo terapéutico principal, incluso más importante que volver consciente lo inconsciente. Esta forma de entender la empatía trajo como consecuencia actuaciones contrasferenciales que muchos psicoterapeutas y analistas justificaban como ejemplos de ~~la~~ empatía+.

Ante esta problemática, varios autores profundizaron en los procesos que implicaba la empatía en psicoanálisis, buscando hacer una línea clara que distinguiera las actuaciones contrasferenciales de la empatía psicoanalítica.

Racker (1966) enfatizó la observación que el analista debía hacer de sus propios procesos mentales antes de realizar una interpretación.

Por su parte, Goldschmidt e Ivey (2008) acotan las actuaciones contratrasferenciales o *enactment* dejando claro que en éstas, existe una participación inconsciente tanto del analista como del analizado, lo cual, como veremos es contrario a la empatía en psicoanálisis, pues ésta es en su mayoría consciente y preconscious.

También la diferencian de la contra identificación proyectiva, pues en ésta el analista vive como algo extraño lo que el paciente forzó en él, contrario a lo que sucede en el *enactment*, donde el sentir del analista es egosintónico.

En esta línea, Celis, Bohart, & Greenberg (2003) profundizaron en la validación de la empatía psicoanalítica y conjeturaron que dicha validación no podría darse a partir de las sensaciones del paciente que surgían después de una intervención considerada empática, pues el paciente podría considerar de esta manera una intervención que le evitara un sufrimiento. De esta manera surge la necesidad de la supervisión como medio fiable para validar las intervenciones que se consideran empáticas.

En la actualidad, psicoanalistas como Stefano Bolognini (2004) se han encargado de estudiar dentro y fuera del consultorio el papel de la empatía, llegando a un mejor entendimiento de ésta a partir de los errores que muchos han cometido. Este autor ha diferenciado el *empathismo* de la empatía psicoanalítica, argumentando que la primera conlleva procesos fusionales y participación principalmente inconsciente del analista en los conflictos de sus pacientes a diferencia de la segunda que privilegia los procesos de diferenciación y una participación preconscious y consciente de éste.

En el presente trabajo mostraré mediante la intervención con dos pacientes adolescentes, los procesos que implica la empatía psicoanalítica y las actuaciones contratrasferenciales, así como las consecuencias en el proceso psicoterapéutico.

CAPITULO 1. MARCO TEORICO

Freud y la empatía

Según Strachey (1966/2008), el primero en acuñar el término *empathy* es Theodor Lipps (1851-1914) quien desarrolla este tema en torno a la psicología y estética. Para Lipps, una obra de arte sólo podía comprenderse cuando el espectador participaba en ella de una manera afectiva, proyectándose en ella para después apropiársela (Obstfeld, 2000).

El vocablo *empathy* es la traducción del término alemán *einfühlung* que significa «sentir con» (Ferenczi, 1928). Es importante mencionar que la *einfühlung* parece haber surgido cuando finaliza el siglo racionalista de las luces, en un clima cultural y humano muy particular, caracterizado por el entusiasta redescubrimiento de los registros emocionales por parte de un cierto número de intelectuales, poetas y filósofos que obtenían de la frecuentación recíproca, estrecha, y de sensaciones de alianza instintiva y visceral, la certeza de compartir una estación del espíritu memorable, el Romanticismo. La empatía correspondía a un estilo mental que privilegiaba el sentir respecto del reflexionar; que utilizaba masivamente, en un uso poético, las funciones proyectivas, produciendo vivencias mágicas, grandiosas, totales y fusionales; y que, por ende, no tenía mucho en cuenta la separación entre objetos y sujetos, algo que más tarde veremos, no tiene que ver con lo que hoy se entiende por empatía psicoanalítica, en la cual es sumamente importante la diferenciación sujeto-objeto (Bolognini, 2004).

Es muy posible, dice Strachey (1966) que Lipps haya tenido influencia en algunos de los trabajos que más tarde desarrolló Freud, principalmente en *El chiste y su relación con lo inconsciente* escrito en 1905. En este trabajo, Freud utiliza el término para referirse a la comprensión que surge entre los dos personajes que interactúan en el chiste. El autor explica que al «querer comprender», el sujeto se sitúa en el lugar de la persona observada y así sobreviene una liberación del gasto psíquico que se descarga con la risa. También

señala que la oposición entre los elevados intereses espirituales y la perturbación que puede provocar alguna circunstancia fortuita, como una necesidad corporal excrementicia, se mide por empatía y esto es lo que produce el efecto cómico. Ese efecto estaría ligado a la empatía, en cuanto se valora en el otro, ya que si sucediera en nosotros mismos surgiría en lugar del efecto cómico un sentimiento penoso.

Con respecto a lo anterior, concuerdo con Etchegoyen (2005) en que Freud utiliza el término empatía para medir la diferencia del propio yo con el otro y no para comprenderlo, para resonar con él.

Sin embargo, años más tarde (1921), el padre del psicoanálisis escribe en su artículo llamado *Psicología de las masas y análisis del yo*, que la empatía desempeña la parte principal en nuestra concepción del yo ajeno. En este escrito, explica que la empatía nace de la identificación. Ésta tendría su origen cuando el yo de una persona percibe en algún punto del yo de otra una importante analogía.

No obstante, es en su artículo escrito en 1913 llamado *Sobre la iniciación del tratamiento* donde este autor habla de la empatía en relación con el proceso analítico. En éste, propone nunca iniciar la labor interpretativa antes de que el analizado haya establecido una transferencia operativa, un *rapport* y agrega que éste puede verse entorpecido si desde el principio el analista se coloca en un punto de vista diferente al de la empatía.

Aunque este autor no profundiza en lo anterior, me parece que se refiere a una posición del analista que le permita al paciente sentirse en un clima de confianza para externar sus conflictos emocionales, un espacio donde sienta puede ser comprendido y ayudado. Este clima de confianza, estaría en gran parte generado por las particularidades de la escucha analítica.

Hasta aquí, podemos ver que la empatía se pensaba vinculada con la identificación, pero no había sido aún lo suficientemente estudiada dentro del psicoanálisis.

Más allá de la identificación

Más adelante, Ferenczi (1928) profundiza en el papel de la empatía, reflexionando en su artículo llamado *Elasticidad en la técnica psicoanalítica* sobre los primeros lineamientos que Freud consideraba necesarios para que una persona pudiera aplicar la técnica psicoanalítica; expone que aun teniendo en cuenta dichos consejos, había un aspecto personal, como un ingrediente importante que también era necesario y que era imposible transmitir en palabras.

Sin embargo, Ferenczi explica que cuando Freud introduce la regla fundamental que reza que todo aquel que quiera analizar tendrá que ser antes analizado, deja poco espacio para aquellos aspectos personales intransmisibles que debían formar parte de un analista. Menciona que ese residuo personal que trasciende a un análisis profundo es el *tacto* psicológico. Se trata de saber cuándo y cómo se comunica algo al analizado, cuándo puede estimarse que el material proporcionado es suficiente para sacar conclusiones, en qué forma debe ser presentada la comunicación, cómo puede responderse a una reacción inesperada o desconcertante del paciente, cuándo debe uno guardar silencio y esperar otras asociaciones y en qué momento el silencio es una tortura inútil para el paciente. Ferenczi refiere:

El tacto es la facultad de *sentir con (Einfühlung)*. Si conseguimos, ayudados de nuestro conocimiento, formado por la disección de numerosos psiquismos humanos y sobre todo por la disección de nuestro Yo, hacer presentes las asociaciones posibles o probables del paciente que él todavía no percibe, podemos adivinar no sólo sus pensamientos estancados sino también las tendencias que son para él inconscientes, al no tener que luchar contra las resistencias como él debe hacerlo. Si al mismo tiempo permanecemos atentos a la fuerza de la resistencia, no nos será difícil tomar la decisión de la oportunidad de una comunicación y de la forma

que debe revestir. Este sentimiento nos protegerá de estimular la resistencia del paciente de forma inútil o intempestiva; es cierto que el psicoanálisis no tiene la capacidad de ahorrar cualquier sufrimiento al paciente, y, más bien al contrario, uno de los resultados principales del psicoanálisis consiste en enseñar a soportar un sufrimiento. Sin embargo, una presión inoportuna a este respecto, si está desprovista de tacto, proporcionará al paciente la excusa, ardientemente deseada en su inconsciente, de escapar a nuestra influencia. (párr. 4)

Este autor deja muy claro que antes de que el analista decida realizar una comunicación, debe retirar su libido del paciente y valorar la situación fríamente. En ningún momento deberá dejar guiarse sólo por sus sentimientos. El analista no sólo requiere tener un control elevado de su narcisismo sino también una vigilancia continua de sus diversas reacciones afectivas.

Otro aspecto importante en la empatía psicoanalítica del cual habla Ferenczi, y que abordaré más tarde con Kohut (1959/1986), es el de considerar al análisis y por lo tanto a la empatía psicoanalítica como un proceso y no como un método: %Conviene concebir el análisis como un proceso evolutivo que se desarrolla ante nuestros ojos, más bien que como el trabajo de un arquitecto que intenta realizar un plan preconcebido+(párr. 9).

En este escrito, Ferenczi (1928) trata aspectos clave que dimensionarían a partir de ese momento el significado de la empatía psicoanalítica, como es la experiencia clínica, el análisis personal y la base teórica que soporta el psicoanálisis, así como sus efectos en el paciente. Al parecer es el primero que tocando directamente el tema advierte su importancia y también sus riesgos. Riesgos en los cuales, como se sabe, él no siempre logró superar.

Se puede apreciar que este autor comienza a hacer una diferenciación más clara entre identificación y empatía, percibiendo a esta última como una facultad

que podría surgir en el analista, si éste tiene un conocimiento y control mayor de su propio inconsciente, además de la experiencia ganada por su práctica clínica.

Esta facultad, le permitiría al analista un mayor conocimiento de la dinámica inconsciente del paciente y evitaría movimientos defensivos de éste que pudieran surgir por una falta de tacto o empatía por parte del analista.

Es importante mencionar, que Ferenczi brinda la misma importancia al sentir que al pensar y a diferencia de Freud no considera la empatía sólo como un facilitador o prerequisite al iniciar el tratamiento, sino que le otorga un lugar durante todo el proceso psicoterapéutico.

Paralelo al escrito de Ferenczi, Helene Deutsch (1926) escribe un artículo llamado *Okkulte Vorgängewährend der Psychoanalyse* (Procesos ocultos durante el psicoanálisis), en el cual aborda el tema de la comunicación que puede establecerse entre el inconsciente del analista y el del analizado, poniendo énfasis en el hecho de que los procesos de desarrollo han sido similares para ambos y que, por lo tanto, los impulsos, los deseos y las estructuras de uno pueden sintonizarse bien con los del otro, conduciendo a una identificación (Lieberman, 2007). Algo muy similar a lo que Freud postulaba en *Psicología de las masas y análisis del yo* en 1921.

Sin embargo, Deutsch (1926) explica que el contenido psíquico afectivo del paciente, que surge de su inconsciente, se convierte en una experiencia interior del analista, y sólo se lo reconoce como perteneciente al primero en el curso de un posterior trabajo intelectual por parte del segundo (Cabré, 2011).

Me parece que Deutsch (1926), al igual que Ferenczi (1928), cree que para llegar a un conocimiento más amplio y confiable de la dinámica inconsciente del paciente, el psicoanalista debe llevar a cabo un trabajo de pensamiento donde pueda distinguir sus propias fantasías, deseos y conflictos de los de aquél. Trabajo de pensamiento que será posible, como veremos en otros apartados, por su propio proceso analítico y la supervisión.

Años más tarde, Melanie Klein (1946) introduce el concepto de *identificación proyectiva* para describir un mecanismo de defensa en el cual partes del *yo* son proyectadas en un objeto. Lo anterior podría dar como resultado que el objeto fuera percibido con las características que del *yo* le habían sido proyectadas, pero también podría suceder que el *yo* llegara a identificarse con el objeto de su proyección. Klein reconoce la identificación proyectiva como la forma más temprana de empatía. La capacidad para ponerse en los zapatos del otro se basaría tanto en la identificación proyectiva como introyectiva (Segal, 2010).

Por otro lado, Money-Kyrle (1956) considera que la identificación en sesión puede asumir dos formas, introyectiva y proyectiva, y en la empatía se hallarán ambas en la identificación parcial del analista con el paciente. En el desenvolvimiento normal del análisis, el psicoanalista vive una continua y rápida alternancia entre introyección y proyección:

Mientras el paciente habla, el analista, por así decir, se identifica proyectivamente con él y, habiéndolo comprendido interiormente, lo re proyecta y formula su interpretación. Pero, pienso, el analista es mayormente consciente de la fase proyectiva, es decir, de la fase en que el paciente representa una parte inmadura o enferma del mismo analista, incluidos sus objetos dañados, que ahora él está en condiciones de entender y, por lo tanto, de curar por medio de la interpretación. (Hinshelwood, 2002, párr. 5)

Sin que sea su objetivo, Melanie Klein (1946) y Money- Kyrle (1956) dan los primeros pasos para entender el proceso empático, podríamos decir que comienzan a describir el proceso inconsciente de la empatía (identificación y proyección) pero no hablan sobre la parte intelectual de la empatía o trabajo de pensamiento del que hablaba Deutsch (1926, como se citó en Bolognini, 2004) y Ferenczi (1928) respectivamente.

Sin duda alguna, son de gran importancia los aportes de Wilfred Bion (1897 - 1979) con su concepto de *revêrie*. Para este autor, el concepto designa la función materna de recibir, contener, elaborar, modificar y restituir, transformadas, las proyecciones y las identificaciones proyectivas del bebé, desempeñando un trabajo de transformación de *elementos beta* (sensoriales) en *elementos alfa* (elaborados), y contribuyendo así a la formación del aparato mental del niño; esta compleja actividad funcional les permite a las madres (y a los analistas) sintonizarse con los elementos sensoriales y protometales de los niños (y de los pacientes), favoreciendo su mentalización progresiva (Bion, 1962/1987).

El *rev ríe*, factor fundamental de la *función alfa* (mentalizante y transformadora) de la madre tiene un papel fundante y constitutivo para la formación de una función análoga en el aparato mental del niño, y es un evento interpersonal antes que intrapsíquico y personal+(Borgogno, 1992, párr.2).

Además, *rev ríe* designa el estado mental abierto a la recepción de todos los *objetos*+ que provienen del objeto amado. Este autor considera que el mayor obstáculo que un analista debe afrontar en la sesión es el temor a sus propios sentimientos y a sus propias emociones, con la añadidura de las defensas que se plantean para eludirlo, lo cual perturbaría la escucha empática (Bion, 1967/1987).

Me parece que los desarrollos de Bion, en parte (su teoría es muy amplia), están relacionados con las primeras formas de empatía, con la identificación y fusión de la madre con su bebé.

Aunque la identificación se encuentre en la base de la empatía, es importante tener en cuenta que ésta no garantiza que podamos entender o sentir lo que el otro está sintiendo, pues en sentido estricto no deja de ser una proyección nuestra. Recordemos lo que Freud escribió al respecto en su artículo *Lo inconsciente* en 1915, *Nuestra conciencia no da cuenta más que de nosotros mismos. Puede extenderse, por identificación, al yo de los otros, pero sus hipótesis sobre la conciencia del otro reposan sobre una inferencia que no puede beneficiarse del grado de certeza que tenemos sobre la nuestra*+(p.161).

Más adelante abordaré la forma como se puede comprobar que estamos siendo empáticos.

La empatía psicoanalítica

Ahora quisiera pasar a los principales autores que posteriormente abordaron de manera directa la empatía y dieron un mayor peso al proceso intelectual o pensar del analista como parte de la empatía.

Beres y Arlow (1960) hacen el siguiente razonamiento acerca de la empatía:

Empatía es un fenómeno antiguo y familiar del que todos sabemos con base en experiencias pre o extra-terapéuticas. El problema de saber cómo penetrar el espíritu de otra persona es a la vez viejo y fundamental. La situación terapéutica permite aclarar sus vicisitudes ya que aplica una atención rigurosa a la necesaria autoobservación. ¿Por qué considerarla, pues, como una dimensión estética del arte de la terapia, como el algo más del análisis científico? Es difícil encontrar en la literatura psicoanalítica datos precisos y documentados acerca de los fenómenos empáticos, a excepción de material sobre los fallos. Los informes documentados sobre la empatía revelarían la respuesta personal del analista a lo producido por su paciente. ¿Explicaría esto su escasez? ¿Es un don o una facultad que se puede desarrollar en la formación y el análisis personal? Es cómodo señalar las dificultades empáticas relacionadas con problemas contrasferenciales a los candidatos en supervisión, sin abordar a cambio, la naturaleza misma de la *empatía* y sus modalidades de funcionamiento. (Montolíu, 2004, párr. 4)

Estos autores abren el camino al estudio de la empatía (no son los únicos) al percibirla como un aspecto que de entender su complejidad podría ser utilizado como herramienta, algo muy similar a como ha sucedido con la contratransferencia, que como veremos en el siguiente apartado guarda una relación importante con la empatía.

Pasan pocos años cuando Racker (1966) estudiando la contratransferencia profundiza en lo que considera la *posición interna* del analista, la cual es muy similar a la concepción de *empatía psicoanalítica* que se tiene en la actualidad. Racker analiza la posición interna del analista en su labor a la luz de dos aspectos:

Por un lado, el analista debe abrirse en su sensibilidad y en su intuición psicológica frente al material del analizado; identificándose con él, debe hacer de su inconsciente un cuerpo de resonancia para el inconsciente de aquél. Por otro lado tiene que hacer uso de su intelecto, el que concibe conscientemente lo que sintió el inconsciente, lo liga y lo separa, analiza y sintetiza, diferencia lo esencial de lo secundario, tiene presente, en lo posible, el proceso de enfermedad y de curación como totalidad, y deduce y elabora de ahí la intervención terapéutica, o sea, la interpretación a dar y la conducta a seguir.

Explica que este doble proceso experimenta una complicación por el hecho de que no sólo el objeto sino también el sujeto de trabajo . el analista- debe ser observado psicológicamente. El analista tiene que adoptar una vez más la misma *doble posición* que toma frente al analizado, y eso frente a sí mismo. Ese oscilar entre el olvidarse de sí y el recordarse a sí, entre su entrega al analizado y el control de sí mismo, por un lado; el oscilar dentro de cada una de estas dos posiciones entre la posición de recepción intuitiva y de discriminación intelectual por el otro lado; este oscilar entre ser instrumento pasivo-sensible

(sobre el que tocan el analizado y el analista mismo) y ser doblemente oyente crítico-racional, esto pertenece a las funciones técnicas básicas del analista, y su observación y su desarrollo son de importancia correspondientemente básica. (p.188)

Este autor, a diferencia de Ferenczi (1928) no sólo profundiza en la importancia de la empatía sino en la secuencia y en los procesos que intervienen en ésta.

Por otro lado, Ralph Greenson (1960) define la empatía como el conocimiento emocional de los sentimientos del otro, un fenómeno que considera preconsciente y que sirve para comprender al analizado, ya que permite compartir sus sentimientos. Greenson explica que ser empático requiere un delicado equilibrio, pues implica el sentir con el otro pero sin dejarse envolver por sus sentimientos. Considera que la empatía falla por defecto o exceso. Cuando hay inhibición de la empatía, el analista se mantiene alejado por temor a verse envuelto en los sentimientos del paciente; en el exceso o descontrol, el compromiso del analista con los sentimientos del paciente es demasiado intenso, con lo que pierde la distancia ideal y la objetividad.

También hace una diferencia entre empatía y simpatía, en esta última existe un mayor compromiso emocional entre las personas involucradas, estaría más relacionada con lo que más adelante veremos y que Bolognini (1997) llama *empatismo*.

Me parece que en aquel momento, se le comenzaba a dar un lugar más importante a la empatía, por un lado no era ya sólo un prerrequisito para iniciar adecuadamente un tratamiento (Freud,1913/2008), ahora era un componente que resultaba vital dentro del tratamiento (Ferenczi, 1928 & Racker, 1966) ya que favorecía el conocimiento del inconsciente del paciente por parte del analista además de una adecuada intervención.

Sin embargo, este lugar que comenzaba a ocupar la empatía cambió, al menos para muchos analistas, con los desarrollos de Heinz Kohut (1913-1981). Este autor plantea dos diferentes definiciones para la empatía, una abstracta y otra clínica.

De manera abstracta, Kohut (1959/1986) define la empatía como ~~la~~ introspección vicaria+, ya que sólo mediante la introspección en nuestra propia experiencia podemos aprender cómo se debe de sentir el otro en una situación psicológica similar. Lo anterior no significa que nuestra experiencia sea la misma que la del otro, sino sólo que la similitud de las experiencias nos permite aproximarnos a la experiencia del otro, algo muy parecido a lo que mencionaba Deutsch (1926, como se citó en Liberman, 2007).

De manera clínica, Kohut (1959/1986) define la empatía como la capacidad de pensar y sentir dentro del mundo interno de otra persona. La empatía sería lo que permitiría a un individuo sentir la experiencia de otro sin perder la capacidad para evaluar objetivamente los estados mentales de ese otro. Se trata de una observación ~~que~~ cercana a la experiencia+. Este autor aclaró que la empatía no debe ser asimilada a una acción o cualidad en las interacciones de una persona, lo que comúnmente se identifica con amor, compasión o cualquier otra emoción intensa, pero a la vez reconoce que solamente cuando una persona puede ver el mundo a través de los ojos de otra, es capaz de dar una respuesta adecuada.

La empatía en sí misma, como método de observación, es neutral; sólo las acciones que se derivan de ella pueden ser positivas o negativas. El uso que se le da a la empatía viene determinado por la naturaleza de la relación y las motivaciones conscientes e inconscientes de las personas implicadas.

La diferencia en cuanto a la concepción de la empatía de Kohut con los autores antes revisados (salvo en parte Ferenzci, 1928) es que este autor no coloca a la empatía como un facilitador o pre requisito importante para los procesos terapéuticos sino que la considera como un agente crítico de éstos.

Para Kohut (1959/1986) los aspectos más importantes en una terapia son la comprensión empática y lo que llama «frustraciones óptimas». El objetivo del tratamiento psicoanalítico no estaría en hacer consciente lo inconsciente, sino más bien en la construcción de una estructura psíquica formada por la «internalización transmutadora» y la reanudación de un desarrollo detenido. Todo ello se deriva de una teoría del desarrollo según la cual la necesidad de experimentar una *espequearización* empática durante la infancia es universal. Ello permite el desarrollo de un *self cohesivo*¹. La experiencia de la comprensión empática en el tratamiento constituye un encuentro parcial con una necesidad temprana que no ha sido satisfecha. Esta necesidad o demanda es imposible de satisfacer, sin embargo, en un tratamiento exitoso la *espequearización empática* del analista, aunque no llegue a ser perfecta, no constituirá una falla traumática como supuestamente ocurrió en los primeros años del paciente, sino más bien una «falla óptima». Gradualmente, será más tolerable para el paciente la imperfección de la comprensión empática del analista, hasta que llegue un momento que el paciente pueda sacar partido de la resonancia empática que es posible obtener de manera realista no sólo del terapeuta, sino también de otros *objetos self* fuera de la situación analítica.

Ahora quisiera retomar la forma de ver la empatía de Ferenczi (1928). Para él, a diferencia de Kohut (1959/1986), la empatía es un proceso y no un método, la finalidad del primero sigue siendo hacer consciente lo inconsciente.

¿Qué consecuencias pueden tener estas diferentes formas de entender la empatía?

Conuerdo con Celis, Bohart, & Greenberg (2003) y Bolognini (2004) en que concebir a la empatía psicoanalítica como un método, puede llevar al psicoterapeuta a forzarse a entender, en sentir lo que su paciente, a esperar un resultado después de su técnica (pues su objetivo es ser empático). Lo anterior,

¹El *Self* es una estructura interna de la mente que se conceptualiza a un nivel próximo a la experiencia, en la situación analítica surge y se expresa como una abstracción psíquica cercana a la realidad. Tiene una localización psíquica que puede aparecer como representación consciente, preconsciente e inconsciente, que incluso puede aparecer a veces como contradictorias (Kohut, 2007).

hace al analista más proclive a caer en actuaciones contratrasferenciales, a dejar de escuchar realmente a su paciente, algo muy común en los psicoterapeutas en formación.

No es desconocido, las muchas actuaciones contratrasferenciales que más de un psicoterapeuta y analista disfrazan de *intervención empática* (Frigola, 2012).

Bolognini (1997) aborda estos riesgos y hace énfasis en la complejidad de la empatía:

Debo decir que una buena parte de mis observaciones sobre la empatía van totalmente a la contra de los *lugares comunes* que, en general, no sólo los profanos, sino también desgraciadamente algunos colegas -ampliamente prevenidos pero poco dispuestos a profundizar en la cuestión- han alimentado sobre este concepto: en primer lugar, la idea según la cual habría una suerte de *bondad* analítica general en función de la cual el analista debe disponerse a priori positivamente y favorablemente respecto al paciente y sintonizarse en sustancia con su vivencia egosintónica, acordada con él. La empatía es, por el contrario, un fenómeno intra e intersíquico complejo y, en cierto sentido, *sin prejuicio*, que requiere una cierta capacidad de articulación interna y una desilusionada libertad de percepción y de representación de los afectos y de las configuraciones de todo tipo. (p.32)

Este autor considera que muchos analistas tanto en el sentido teórico como clínico, suelen simplificar el significado de la empatía. Considera que en la actualidad está predominando una difundida tendencia a homologar como

disposición empática+lo que sería mucho más apropiado definir como disposición concordante+, relacionada con la *contratrasferencia concordante*².

Bolognini llama a esta disposición concordante empatismo+, éste sucedería cuando el analista, resonando con el sentir del paciente cediera a la demanda de éste, motivado por sus propios conflictos inconscientes. Predominaría una fusión emocional que impediría distinguir por parte del analista su yo del yo del paciente.

Para él, la empatía es un estado complejo que no se limita a un acuerdo con lo vivido consciente egosintónico del paciente, ni con una parte específica consciente o inconsciente privilegiada por una teoría (como, por ejemplo, el self narcisista herido+de los adeptos a Kohut) sino que requiere espacio y suspensión para que los momentos de *immedesimazione* (identificación parcial y consciente) puedan darse articulados con las diferentes zonas y los distintos niveles internos del paciente (Montolíu, 2004).

Para Bolognini (2004a), con el cual coincido, la *disposición empática* implica estar oscilando entre la *contratrasferencia concordante* y la *complementaria*³. La definición de empatía para este autor (definición que se utilizará para este trabajo) es la siguiente: La empatía es una condición de contacto consciente y preconsciente caracterizado por discriminación, complejidad y articulación; ella comporta un espectro perceptivo amplio en el cual están comprendidas todas las tonalidades de color emocional, de las más claras a las más oscuras; y sobre todo un progresivo, compartido y profundo contacto con la complementariedad objetal, con el yo defensivo y con las partes escindidas del otro, no menos que con su subjetividad egosintónica+(p.6).

Con este recorrido, considero que la empatía psicoanalítica sólo es posible cuando el terapeuta cumple con los siguientes aspectos: análisis personal,

²Los mecanismos de introyección y proyección permiten que el analista identifique su yo en forma aproximada con el yo y el *ello* del paciente (Racker, 1966).

³El yo del analista se identifica con los objetos internos del analizado, es una consecuencia de las proyecciones del analizado.

supervisión, conocimiento al menos suficiente de la teoría psicoanalítica y conocimiento basto de la historia clínica y comportamiento de su paciente en sesión.

Quizá el lector se pregunte ¿por qué la supervisión está entre estos aspectos? Para responder, compartiré el análisis que realizan Celis et al. (2003) acerca de la validación de la empatía:

Existen tres aproximaciones posibles a la validación del conocimiento empático: la predecibilidad (capacidad para predecir lo que el paciente sentirá, pensará o hará), el juicio clínico de observadores externos, y el acuerdo de la persona con la cual se empatiza "empatía recibida" del paciente, frente a la "empatía expresada" del terapeuta. Como ocurre en otras áreas cuando se usan criterios múltiples, en el campo de la empatía no parece haber un alto grado de acuerdo entre los diferentes criterios. En algunos estudios que tratan de correlacionar la empatía expresada y la recibida, la media de dichas correlaciones no ha pasado de 0.24. Por ello se puede concluir que la empatía expresada no garantiza que el paciente se sienta entendido por el terapeuta. (párr. 18)

Estos autores concuerdan en que casi toda la bibliografía psicoanalítica relativa a la empatía se centra en las experiencias empáticas del observador y como consecuencia se ha dedicado poco estudio a la persona "objeto" de tal empatía (a excepción de los textos de la Psicología del Self). El papel de la empatía recibida en la validación se complica cuando se toma en cuenta algunos problemas críticos del concepto de empatía, como el empatismo. Un paciente puede sentirse empáticamente comprendido ante una interpretación inexacta del terapeuta, cuando ésta le permite ahorrarse la toma de conciencia de otros contenidos más dolorosos.

En este caso, resultaría imprescindible recurrir al juicio clínico por observadores externos de la "empatía expresada" por el terapeuta, ya que el conocimiento que éste adquiere a partir de su "resonancia empática" sería autovalidativo si no tomamos en cuenta el ajuste con la experiencia del paciente.

Empatía y contratrasferencia

Quisiera comenzar este tema mencionando que, al igual que Etchegoyen (2005), considero a la empatía psicoanalítica como una forma de contratrasferencia, tomando en cuenta la definición que Freud hace en 1910 en su artículo llamado *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*, "la respuesta emocional del analista a los estímulos que provienen del paciente, como resultado de la influencia del analizado sobre los sentimientos inconscientes del médico" (p.140). La ubico como una forma de contratrasferencia porque surge siempre de la influencia del paciente, sin embargo, en la empatía, la respuesta emocional del psicoterapeuta no tendría de base sentimientos inconscientes.

En aquel entonces, Freud la definía en función del analizado y le daba una connotación básicamente negativa pues consideraba que era necesario que el psicoanalista estuviera en condiciones de detectarla como tal y de dominarla. Entonces propone el autoanálisis como medio para superar aquellos puntos ciegos que evitarían que el analista tomara conciencia de su contratrasferencia (Freud, 1912/2008).

Pocos años después, en su trabajo *La técnica psicoanalítica*, escrito en 1919, Ferenczi da un paso más que cambia la forma en cómo se mira en aquel entonces a la contratrasferencia pues la concibe como indispensable para la emergencia de lo transferencial. Este autor la comienza a percibir como un factor que puede favorecer el proceso psicoterapéutico.

Stern (1924) habló de dos tipos de contratrasferencia: la que emergía de los conflictos personales del analista, resultando en un obstáculo para la comprensión

analítica; y la que sería respuesta a la transferencia del paciente, útil para el análisis. Si el analista pretende trabajar eficazmente, debía permitir el despliegue de sus fantasías y sentimientos, que su inconsciente resuene con el del paciente para poder captar las comunicaciones inconscientes de éste (Celis & Jacobs, 2002).

El primer tipo de contratransferencia estaría ligado a aspectos inconscientes e infantiles tanto del terapeuta como del paciente y propiciarían una actuación contratrasferencial, mientras que el segundo tipo favorecería el conocimiento de la dinámica inconsciente del paciente por parte del terapeuta.

La empatía psicoanalítica se ubicaría en relación con el segundo tipo, pero como consecuencia de la consciencia y control del primer tipo.

Por otra parte, en 1942, Fliess acota el concepto de contratrasferencia. Para él, en la primera fase, cuando el analista es objeto de la transferencia del paciente se estimula en el primero una respuesta pulsional, pero sólo puede llamarsele contratrasferencia cuando dicha respuesta repita una conducta infantil que utilice al paciente como sustituto del objeto infantil. (Bolognini, 2004)

En los años 60, Reich menciona que el paciente es un objeto en el que el analista deposita afectos y deseos de su pasado, pero que a fin de que no resulte perturbado el análisis, el analista debía mantener inhibido cualquier interés libidinal (Celis & Jacobs, 2002).

Estos dos autores entienden la contratransferencia de una manera similar a Freud, como un obstáculo y a diferencia de éste comienzan a estudiar el origen y las consecuencias de una manera más profunda.

Teniendo como base lo investigado por sus antecesores, su propia investigación y su experiencia clínica, Racker (1966) profundizó en los distintos matices que podría tomar la contratrasferencia.

Racker describe dos tipos de contratrasferencia, la concordante y la complementaria. En la concordante, los mecanismos de introyección y proyección

permiten que el analista identifique su *yo* en forma aproximada con el *yo* y el *ello* del paciente. Ésta se origina en la contratransferencia positiva sublimada y está en la base del movimiento empático.

En la contratransferencia complementaria, sucede cuando el *yo* del analista se identifica con los objetos internos del analizado, es una consecuencia de las proyecciones del analizado. Para este autor, a diferencia de la contratransferencia concordante, en la contratransferencia complementaria existe una mayor implicación de los conflictos del propio analista. No implica que en la contratransferencia concordante no existan, de hecho Racker advierte que en ésta hay identificaciones narcisistas que implican un mayor monto de participación contratrasferencial, es decir una mayor dificultad en la diferenciación analista-paciente. Es por esta razón que los conflictos pueden ser más evidentes en la contratrasferencia complementaria que en la concordante.

En los resultados, se podrá observar cómo el psicoterapeuta tiene que oscilar entre ambos tipos de contratransferencia y es más bien la consciencia o inconsciencia de sus propios conflictos los que lo pueden llevar ya sea a una situación empática o a una actuación contratrasferencial.

Visto desde otro punto, la contratrasferencia concordante y complementaria pueden surgir por la transferencia del paciente, por los conflictos infantiles del terapeuta o por ambas (como es mi caso en la sesión que expongo más adelante con la paciente María). La empatía psicoanalítica tiene que ver con poder distinguir su origen y utilizar dicho conocimiento para comprender de una manera más amplia la dinámica inconsciente del paciente.

Racker (1966) consideraba que al aceptar la transferencia como parte central del proceso analítico, deberíamos también reconocer al menos con la misma importancia el valor de la contratrasferencia, pues es a través de ella que sentimos y podemos comprender lo que el analizado siente y hace frente a sus instintos y sentimientos hacia el analista.

Para él, la transferencia y contratransferencia representan dos componentes de una unidad que se da vida mutuamente y crea la relación interpersonal de la situación analítica:

La realidad constante de la transferencia es respondida por la realidad constante de la contratransferencia, y viceversa. La transferencia lleva a una conducta real frente al analista y su labor, el cual .ya por los significados que para él tienen su propia persona, su trabajo y los sentimientos y actos del analizado hacia éstos- responde con sentimientos, angustias, defensas y deseos igualmente reales.

Es evidente cuán importante es que el analista, si quiere liberar al paciente de sus represiones en sus relaciones con el médico+, esté dispuesto a aceptar plenamente no sólo la vivencia transferencial sino también la correspondiente vivencia contratransferencial. La respuesta interna total del analista es, decisiva para comprender e interpretar los procesos psicológicos del analizado. (p.96)

Al reconocer que los procesos psicológicos tanto del analista como del paciente son influidos por el otro y que esta influencia es totalmente benéfica (cuando es en su mayoría consciente) Racker retira parte del temor o resistencias+ que aún quedaban en los analistas alrededor de la contratransferencia por vivirla como un obstáculo que había que controlar y dominar. Ahora el énfasis recaía en entender su dinámica para usarla a favor del tratamiento, estudio que favorecería el contacto empático.

Racker piensa que el papel básico que desempeña la *transferencia positiva*⁴ en el proceso psicoanalítico consiste en suministrar la energía necesaria para la

⁴Proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. Se le llama positiva cuando tiene de base sentimientos tiernos (Laplanche & Pontalis, 2010).

colaboración del analizado, es decir la energía para ver el inconsciente, venciendo las resistencias. Análogamente, la *contratrasferencia positiva*⁵ desempeña un papel básico, suministrando la energía necesaria para ver el inconsciente del analizado, superando el analista sus contraresistencias.

Así como a través del tratamiento analítico la *fe* del analizado en el analista muestra su origen en el amor, puesto que el analizado presta oído al analista sólo mientras se mantiene su transferencia positiva, así también, en el caso del analista, la *comprensión* muestra su origen en el amor, puesto que el analista se identifica con el Ello y Yo del analizado sólo mientras se mantiene su contratransferencia positiva.

Considero que la empatía psicoanalítica no es posible si no existe en cierto grado contratrasferencia positiva (surgida del conocimiento del paciente y no de proyecciones del terapeuta). Si el psicoterapeuta no tiene algún tipo de interés basado en una identificación (analizada en el mejor de los casos) no tendrá la energía libidinal necesaria para poner al servicio del paciente las herramientas del psicoanálisis y su propia persona como psicoterapeuta.

Lo anterior no quiere decir que no se pueda trabajar con un paciente con una transferencia negativa y que muy probablemente genere también una contratrasferencia negativa, significa más bien que si el terapeuta no puede detectar en el inconsciente, preconsciente o consciente del paciente una demanda que pueda ser trabajada en el proceso analítico y de alguna manera el terapeuta pueda identificarse con ésta, el tratamiento no funcionará.

Es importante mencionar que ninguno de estos importantes autores ha dejado de lado los riesgos que existen cuando hay puntos ciegos en la contratrasferencia, riesgos que hasta la fecha siguen siendo estudiados (Celis & Jacobs, 2002).

Racker (1966) considera que uno de estos riesgos es cualquier *actuar* del analista que no sea la interpretación. Se refiere al impulso del analista de actuar

⁵Transferencia positiva del analista hacia el paciente.

según el papel que el analizado, en una parte de su personalidad (generalmente inconsciente), desea que el analista realice.

Este autor enfatiza que el analista no debe llevar de ningún modo a la realidad tal impulso cuando una angustia de una intensidad grande o mediana lo empuje a hacerlo, es decir cuando actuaría compulsivamente. En tales casos, lo indicado es callarse hasta haber recobrado el equilibrio interno, luego analizar de manera introspectiva lo sucedido y finalmente interpretar lo que atañe al analizado.

Más adelante, en la sesión donde trabajaré la actuación contratrasferencial se puede observar como es precisamente una respuesta emocional intensa mía (generada por una angustia inconsciente) la que me lleva a actuar el rol que desde la transferencia mi paciente demandaba.

Racker comenta que es muy distinto cuando el impulso de actuar no surge de una angustia promovida por determinado material, sino que se origina en la ineficacia más o menos crónica de las interpretaciones. El impulso aquí también provendría de la angustia (siendo ésta una respuesta a alguna forma de reacción terapéutica negativa del analizado), pero se trataría generalmente de una angustia leve aunque constante y no de irrupciones bruscas de angustia.

Esta diferenciación de Racker deja ver lo que más tarde se verá *como actuación contratransferencial o enactment y contra identificación proyectiva*⁶.

De acuerdo con Goldschmidt e Ivey (2008), el término *enactment* ha sido utilizado en un espectro muy amplio, en un principio estaba destinado a dar cuenta de la escena transferencia-contratransferencia creada en la sesión analítica a partir de las fantasías transferenciales del paciente. Inconscientemente, el paciente llevaría al analista a actuar tal como su fantasía se lo indica. El analista respondería al rol proyectado en él con un acto que iría más allá de lo que su trabajo analítico indicaría.

⁶Reacción del analista provocada por una excesiva identificación proyectiva del paciente (Grinberg 1956, citado en Borensztein, 2009).

La identificación proyectiva cumpliría un rol decisivo en dicha concepción. Con el tiempo, aparecieron otras definiciones en las cuales se consideró que la responsabilidad en los *enactments* es compartida. Se construirían por participación inconsciente mutua de analista y paciente.

En este punto es necesario hacer una diferenciación entre *enactment* y contra identificación proyectiva. Grinberg (1956, como se citó en Borensztein, 2009), considera que en la contra identificación proyectiva, el analista vive como algo extraño lo que el paciente forzó en él, contrario a lo que sucede en el *enactment*, donde el sentir del analista es egosintónico. Además, en el caso de la contra identificación proyectiva, lo proyectado por el paciente generaría lo mismo en diferentes analistas, el *enactment* no. Este último se inscribiría en una relación específica.

El *enactment* abarca la relación de transferencia/contratransferencia; las implica en su dinámica. Tiene de base tanto para el paciente como para el analista las relaciones de objeto infantiles en gran parte inconscientes.

Sandler (1976) plantea que la transferencia no es sólo la percepción ilusoria de otra persona, sino que ésta también incluye los intentos inconscientes y a menudo sutiles de manipular o provocar situaciones reales con otros que son repeticiones de aquellas experiencias tempranas. Esas manipulaciones o provocaciones que exigen al analista adoptar un rol, pueden o no ser aceptadas por éste, lo anterior dependerá de su predisposición inconsciente (Borensztein, 2009).

Steiner (2006, como se citó en Goldschmidt e Ivey 2008), considera que el *enactment* implica siempre rupturas del encuadre y de la actitud analítica que, inevitablemente, interfieren la capacidad del analista de pensar y de contener al paciente.

Otros autores, de los cuales Renik (2006) es el exponente más extremo, afirman que el *enactment* tiene consecuencias esencialmente terapéuticas. Señala su rol de traer a la consciencia constelaciones transferenciales-

contratransferenciales inconscientes permitiendo que los pacientes experimenten encuentros transformacionales emocionalmente vivos con sus analistas, facilitando el proceso elaborativo al dramatizar y cambiar conflictos transferenciales.

Goldschmidt e Ivey (2008) opinan que lo importante no reside en preguntarse si los *enactments* son buenos o malos, sino cómo son experimentados por el paciente y retomados por el analista, cómo sus reverberaciones inconscientes evolucionan a lo largo del tiempo y cómo se manifiestan en sutiles cambios en la cualidad de la interacción analítica.

Al tener de base identificaciones, las actuaciones contratrasferenciales representan en el momento un obstáculo para el entendimiento del paciente y sólo hasta su reconocimiento como tales permiten una mayor comprensión y favorecen la empatía psicoanalítica.

El papel del análisis personal y la supervisión de casos.

Para iniciar este apartado recordaré la aportación que Helene Deutsch (1926), realizó (sin ese objetivo) al concepto de empatía psicoanalítica al reflexionar sobre los procesos de identificación. Aborda el tema de la comunicación que puede establecerse entre el inconsciente del analista y el del analizado, poniendo énfasis en el hecho de que los procesos de desarrollo han sido similares para ambos y que, por lo tanto, los impulsos, los deseos y las estructuras de uno pueden sintonizarse bien con los del otro, conduciendo a una identificación. Deutsch explica que el contenido psíquico afectivo del paciente, que surge de su inconsciente, se convierte en una experiencia interior del analista, y sólo se lo reconoce como perteneciente al paciente en el curso de un posterior trabajo intelectual por parte del analista (Bolognini, 2004).

Esta autora deja ver dos puntos clave de la empatía, por un lado observamos que los desarrollos similares nos permiten comprender al paciente

y por otro, el trabajo intelectual por parte del analista permite percibir las particularidades del desarrollo de cada uno. La posibilidad del trabajo intelectual por parte del analista está dada por su propio proceso analítico.

El primero en tratar el tema fue Freud en su artículo llamado *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*, escrito en 1912, en este escrito, aconseja al analista detenerse a valorizar todo cuanto se le comunique, sin sustituir por una censura propia la selección que el enfermo trae a sesión. Explica que el analista debe volver hacia el inconsciente emisor del paciente su propio inconsciente como órgano receptor, acomodarse al analizado como el auricular del teléfono se acomoda al micrófono de la misma manera en que el receptor vuelve a mudar en ondas sonoras las oscilaciones eléctricas de la línea incitadas por ondas sonoras, lo inconsciente del médico se habilita para restablecer, desde los retoños a él comunicados de lo inconsciente, esto inconsciente mismo que ha determinado las ocurrencias del enfermo+(p. 115).

Freud considera, que antes de que el analista se sirva de su inconsciente como instrumento del análisis, éste debe cumplir con una condición psicológica. El analista no puede tolerar resistencias que aparten de su conciencia lo que su inconsciente ha discernido; de no ser así introducirá en el análisis una nueva selección y desfiguración mucho más dañinas que las ocasionadas por una tensión de su atención consciente. Para evitar lo anterior, no basta con que sea una persona más o menos normal+, es necesario exigirle que se someta a una purificación psicoanalítica, y tomando noticia de sus propios complejos que pudieran perturbarlo para aprehender lo que el analizado le ofrece. Termina su artículo explicando que cualquier represión no solucionada equivale a un punto ciego en su percepción analítica. Punto ciego que daría lugar a las actuaciones contratransferenciales o a una comprensión equivocada o incompleta de la dinámica inconsciente de nuestros pacientes.

El siguiente autor en explorar el papel que tiene el análisis personal en la práctica clínica fue Ferenczi, quien en su artículo escrito en 1928 llamado *El*

proceso de la formación psicoanalítica lo coloca como base para formarse como analista y posteriormente comprender el psiquismo humano.

Ferenczi menciona que el psicoanálisis se interesa esencialmente por los conocimientos introspectivos y subjetivos; pero para comprender el material psíquico recogido por otro nos vemos obligados a proceder mediante aproximación a nuestros propios procesos psíquicos e intelectuales. Este autor, concuerda con Freud en que los afectos y las acciones, no son inteligibles más que por la identificación con el otro. En otros términos, el analista debe ser capaz de reconstruir las emociones, los pensamientos, y los actos de otra persona, ya sea enferma o no, a partir del material asociativo proporcionado por ella.

Me parece que es en este punto donde muchas intervenciones que podrían estar basadas en la empatía fracasan. En un primer momento la identificación sucede, pero el analista o psicoterapeuta reconstruye las emociones de otra persona (inconscientemente) con base en su propia historia y conflictos y no en el material que su paciente le aporta.

Ferenczi, al igual que Helene Deutsch (1926, como se citó en Cabré, 2011) colocó como base de la empatía, la similitud en el desarrollo como seres humanos. En una conferencia celebrada en Madrid en 1928 mencionó lo siguiente:

Temo que me pregunten con inquietud si el futuro analista debe llegar a la neurosis, a la enfermedad mental, a ser un criminal o un niño para comprender y cuidar a tales sujetos. Lamento tener que responder afirmativamente, pero añadido también que no hay que ver en ello una corrupción de las psiquis por el análisis. Pues uno de los extraordinarios descubrimientos del psicoanálisis es la supervivencia en nosotros, en estado rechazado, de los diversos modos de reacción infantiles y primitivos de la psiquis, como los anillos de un tronco de árbol bajo la corteza, que el psicoanálisis puede traer a la conciencia.

Es suficiente con que evoquen las alucinaciones confusas, y a menudo amorales, de sus propios sueños, para convencerse que a veces sienten y piensan como enfermos mentales; determinadas formas atenuadas de angustia o de compulsiones, que se encuentran en casi todo el mundo y que pasan en general desapercibidas, tienen el mismo origen y la misma naturaleza que los síntomas neuróticos; ¿quién puede afirmar no haberse sorprendido nunca durante un sueño, con pensamientos que si se convirtieran en actos le hubieran colocado entre los criminales? Si ustedes preguntan en qué se diferencia un ciudadano honorable de un criminal, yo podría responderles: en que puede dominar perfectamente sus impulsos primitivos. En cuanto al carácter infantil, ¿no es cierto que si dejamos caer la máscara de los convencionalismos, surgen inmediatamente nuestra ingenuidad infantil, nuestro humor lúdico, nuestra crueldad infantil y nuestro salvajismo? El método psicoanalítico ayuda al futuro analista a descubrir al máximo y a dominar el inconsciente. (párr. 5)

Por su parte, Greenson (2002) considera que en la práctica del psicoanálisis terapéutico, el psicoanalista tiene que llevar a cabo ciertos procedimientos técnicos en el paciente y en sí mismo. Para utilizar éstos de manera adecuada, el psicoanalista tiene que utilizar ciertos procesos psicológicos que se producen dentro de él, porque las cosas que suceden dentro de su propio cerebro son los medios más valiosos que tiene para penetrar en la mente de otra persona. Por consiguiente, la destreza del psicoanalista está indisolublemente ligada a su propia mente inconsciente y al grado en que es accesible al empleo por su Yo consciente.

Greenson considera que se requiere una gran inteligencia y un elevado nivel cultural, ciertamente, pero aún es más importante que el analista tenga una mente inconsciente inteligible y disponible. El requisito de que todo psicoanalista

debe haber pasado por la terapia psicoanalítica para que se le permita tratar psicoanalíticamente a un paciente apunta no sólo a comunicar al analista la convicción personal de la validez de los factores inconscientes y a desensibilizarlo en aquellas partes donde sus propios problemas podrían deformar su juicio; el análisis personal del analista tiene la finalidad de poner a disposición de su Yo consciente las pulsiones, defensas, fantasías y conflictos inconscientes de su propia vida infantil y sus derivaciones posteriores. Lo que tiene importancia capital para el psicoterapeuta practicante es que sus conflictos inconscientes sean controlables y accesibles para emplearlos en su labor con los pacientes y no representen, como antes se mencionó, un punto ciego. El grado de resolución influirá en la destreza de que el psicoterapeuta pueda disponer. Su capacidad de lograr la satisfacción instintual sin conflicto aumentará la aptitud de su Yo para neutralizar ciertas funciones y reforzar las autónomas, así como la adaptabilidad de su Yo.

Podemos observar cómo la empatía como proceso consciente y preconsciente sólo es posible si existe el análisis personal, pues sólo a través de éste es como tenemos acceso a nuestras necesidades y fantasías que se mantenían inconscientes y que nos podrían dificultar la escucha analítica.

El proceso de diferenciación del que ya hemos hablado en otro apartado anterior y que forma parte de la empatía psicoanalítica, sería posible básicamente por el análisis personal.

Sin embargo, el análisis personal también puede evitar que más tarde el analista o psicoterapeuta en formación sea empático.

Kohut (1959/1986) reflexiona sobre el análisis didáctico y las implicaciones que éste tiene en la labor profesional del que se forma como analista. Este autor explora la manera en que la transferencia que establece el analizado con su analista didáctico puede cuartar más adelante una labor profesional adecuada. Considera que muchos analistas didácticos se adhieren a sus teorías o corrientes de una manera rígida y tienden a señalar o interpretar de una manera impositiva

más que a proponer o sugerir una explicación al sentir del analizado. Esta forma de trabajo le permite al analista didáctico mantenerse en un lugar seguro, le permite proteger su débil sí mismo (*self*). En el caso del analizado, se ve frenada toda manifestación de su sentir que no quede explicado por dichas interpretaciones, limitando su creatividad y el descubrimiento de su *self* auténtico. De esta manera el analizado se vuelve también un defensor de teorías que más tarde impondrá a sus pacientes.

Aquí surge una pregunta, ¿por qué es tan común que los futuros analistas se adhieran de esa manera a algunas teorías que después impedirán o limitarán su labor profesional y su conocimiento personal?

Kohut considera que el reacomodamiento post analítico del psicoanalista, esa sensación de bienestar y de salud psíquica que logra al finalizar su análisis didáctico, se encuentra entrelazado con su identidad profesional y con su funcionamiento como analista. Explica que cada persona se vuelve ~~adicta~~ adicta a su especie particular de salud mental, refiriéndose a que existe un temor a que retornen las inseguridades y desequilibrios anteriores si se renuncia a la actividad protectora o se le abandona de manera parcial. Lo anterior indica que ciertas actividades que en apariencia son puras manifestaciones de salud .realistas, adaptativas y socialmente útiles- pueden, por momentos y por determinadas personas, emprenderse con celo y fervor excesivos, con falta de tolerancia y sabiduría. De esta manera, la experiencia de formar parte del desarrollo histórico del psicoanálisis y de identificarse con éste, puede constituir para muchos analistas una fuerza que apunte su equilibrio psíquico y su bienestar.

Lo anterior, me parece que ha sido unos de los factores que ha impedido que la empatía psicoanalítica sea tomada con seriedad por muchos analistas.

Por otro lado, le recordaré al lector que la ~~validación~~ validación de la empatía psicoanalítica como proceso que favorece el conocimiento por parte del analista o psicoterapeuta del inconsciente de su paciente representa dificultades si se investiga a partir de la experiencia vivida por el paciente o incluso por el analista,

principalmente cuando el psicoterapeuta se encuentra en formación. El paciente podría considerar empática una interpretación que le evite un conocimiento doloroso que permanece inconsciente.

Ante este panorama, la supervisión se vuelve indispensable, pues brinda una mirada más amplia y objetiva de la forma de intervenir del psicoterapeuta en formación.

De hecho, el pionero en la empatía psicoanalítica (Ferenczi, 1928), consideró a la supervisión como un requisito indispensable para una buena praxis.

En la formación analítica, el candidato lleva a cabo análisis de sus pacientes ~~en~~ bajo control de un analista con más experiencia. Al discípulo se le confían algunos análisis; trabaja solo pero periódicamente da cuenta de su trabajo a su formador, que puede llamar su atención sobre eventuales errores técnicos y aconsejarle en cuanto a la forma de llevar la cura. El control prosigue hasta el momento en que el discípulo es capaz de trabajar solo. Durante este periodo de acompañamiento debe también adquirir un saber teórico mediante la lectura de las obras en que Freud y sus discípulos han consignado los resultados ya obtenidos. (párr, 10)

Joan Fleming (1987) enfatiza que el análisis personal, los seminarios teóricos y la supervisión hacen una contribución específica para la experiencia de aprendizaje total del candidato, y que cada una de las fases proporciona diferentes herramientas de aprendizaje experiencial, que contribuyen al desarrollo profesional, siendo la meta básica de estas experiencias educativas el desarrollo de un instrumento analítico o un ~~tipo~~ funcional en la cual la técnica de introspección, empatía e interpretación son altamente desarrolladas.

El término *supervisión* deriva etimológicamente del latín súper=sobre y videre=ver, es decir, visión desde arriba. Por tanto, denota una posición superior

de alguien, desde donde ve algo. En el campo de la formación del psicoterapeuta, su sentido es favorecer el desarrollo y la identidad profesional, el aprendizaje de una nueva forma de ser y actuar desde la orientación, ayuda y acompañamiento del supervisor, para una reflexión crítica de la propia práctica que lleva a una transformación en el ser, en el saber hacer y en el saber estar (Lobato, 1995).

Palacios (2002) piensa que el propósito de la supervisión es enseñar y no analizar, acompañando al terapeuta en su labor para que éste pueda resolver su contratrasferencia y escuchar sin distorsión a su paciente. Recordemos que la empatía psicoanalítica es en parte, por decir de una manera, la contratrasferencia pensada y elaborada+.

Para Santamaría (1985) la labor del supervisor no incluye la interpretación de los aspectos neuróticos o caracteropáticos del supervisando sino, si acaso, la recomendación de que examine sus dificultades en su propio análisis, siendo el *insight* pedagógico el objetivo rector de este proceso formativo. El buen supervisor ayuda al candidato a internalizar . a modo de auto supervisión- el proceso mediante el cual se le ayuda a manejar la transferencia y la contratrasferencia que florecen en su trabajo como analista. Los objetivos de la supervisión son entonces, el que el psicoanalista aprenda a evaluar la propia labor analítica y a lograr un *insight* pedagógico dentro de una alianza de aprendizaje con el supervisor, por lo que el *insight* del análisis es terapéutico y el de la supervisión es pedagógico, siendo la meta más importante de la supervisión el logro de una alianza de aprendizaje y la identidad del candidato como analista.

López (1991) cree que la supervisión tiene aspectos educacionales de importancia, ya que permite al analista con experiencia transmitir conocimientos técnicos al supervisando en un espacio reflexivo. También tiene aspectos formativos, ya que alienta el desarrollo de la empatía en el candidato y desarrolla su sensibilidad para captar los contenidos latentes en las producciones verbales del paciente. Hemos de agregar que la supervisión adquiere también la función de desarrollar en el candidato diferentes aspectos de estilo de ser la vida y de

reaccionar, que son propios de la persona que ha incorporado y cultivado la mística psicoanalítica como parte de su identidad.

CAPITULO 2. MÉTODO

Planteamiento del problema

Al iniciar la residencia, mientras en una de las clases se abordaba la importancia y características de la escucha en psicoanálisis y las intervenciones que devienen de esta, me surgió una pregunta ¿Cómo sabemos, nosotros como terapeutas, cuando hacemos un señalamiento o interpretación, que la información que brindamos a nuestros pacientes tiene que ver con ellos, con sus conflictos y dinámica inconsciente?

Al plantear la anterior pregunta a mi profesor, comenzamos a explorar los temas del análisis personal, la transferencia y la contratransferencia. Sin embargo, unos meses más tarde al iniciar mi practica me di cuenta que aun teniendo en cuenta la conflictiva personal, la historia del paciente, los fundamentos básicos del psicoanálisis y la supervisión, había un cierto espacio en donde nosotros como terapeutas nos aventurábamos, nos arriesgábamos al hacer un señalamiento o una intervención, nunca podíamos saber con certeza si nuestra forma de pensar al paciente era absolutamente cierta, solo hasta después de hacerla y ver la posterior reacción de éste.

Nada se puede hacer para evitar ese en el mejor de los casos %pequeño+ espacio donde se apuesta y se muestra al paciente la forma de concebirlo, es inherente a nuestro trabajo al hacer consciente lo inconsciente.

Al continuar con mi práctica clínica me di cuenta que si se trabajan a fondo los aspectos que tenemos en cuenta al señalar o interpretar (análisis personal, historia clínica del paciente, forma de transferencia y contratransferencia y supervisión) y que nos impulsan a que estos vayan en una dirección específica, podemos reducir significativamente ese espacio de apuesta.

La importancia de reducir dicho %espacio de apuesta+ ha sido reconocida desde sus inicios del psicoanálisis.

En su artículo escrito en 1913 llamado *Sobre la iniciación del tratamiento*, Freud propone nunca iniciar la labor interpretativa antes de que el analizado haya establecido una transferencia operativa, un rapport y agrega que éste puede verse entorpecido si desde el principio el analista se coloca en un punto de vista diferente al de la empatía. Más tarde, en 1921 en el capítulo VIII que se refiere a la identificación, de su artículo *Psicología de las masas y análisis del yo*, Freud le otorga gran importancia a la empatía, refiere que desempeña la parte principal en nuestra concepción del yo ajeno.

Posteriormente Ferenczi (1928) estudia directamente el tema de la empatía y la considera, a diferencia de Freud (1913/2008) como un agente indispensable a lo largo de todo tratamiento y no solo como un pre requisito para iniciarlo.

Pasan 40 años antes de que se vuelva a trabajar el tema de una manera profunda. En 1959, Heinz Kohut trasciende la forma de ver la empatía, colocándola no sólo como un agente que debe estar presente en todo tratamiento, sino como principal objetivo de éste, incluso más importante que volver consciente lo inconsciente.

Con estas inquietudes profesionales y distintas concepciones de la empatía psicoanalítica planteo las siguientes interrogantes:

¿De qué manera la empatía psicoanalítica me ha ayudado en mi labor como psicoterapeuta?

¿Qué lugar ocupa la empatía psicoanalítica dentro el proceso psicoterapéutico?

¿De qué manera, la empatía psicoanalítica favorece la cura?

Objetivo General

Demostrar que la empatía psicoanalítica se encuentra en el mismo nivel de importancia que la transferencia y la contratransferencia como factores que ayudan a comprender la vida anímica y que son herramientas básicas para lograr la cura de

los pacientes. También se pretende profundizar en los aspectos que la posibilitan y previenen de actuaciones contratrasferenciales.

Objetivos específicos

Mostrar los aspectos que posibilitan la empatía psicoanalítica por parte del terapeuta (análisis personal, teoría psicoanalítica, historia clínica de los pacientes etc.).

Exponer a través del proceso terapéutico de dos pacientes la importancia de la empatía psicoanalítica.

Supuesto general

En el presente trabajo pretendo evidenciar que la empatía del terapeuta con sus pacientes, permite una comprensión más amplia de la dinámica inconsciente (conflictos y defensas) de estos, posibilitando una intervención que lejos de acentuar las resistencias las disminuye. Permitiendo así, que el paciente comience a hacer conscientes sus conflictos y quizá también pueda elaborarlos.

Definición de categorías

Empatía psicoanalítica. Condición de contacto consciente y preconsciente caracterizado por discriminación, complejidad y articulación; ella comporta un espectro perceptivo amplio en el cual están comprendidas todas las tonalidades de color emocional, de las más claras a las más oscuras; y sobre todo un progresivo, compartido y profundo contacto con la complementariedad objetal, con el Yo defensivo y con las partes escindidas del otro, no menos que con su subjetividad egosintónica (Bolognini, 2004).

Defensa. Conjunto de operaciones cuya finalidad consiste en reducir o suprimir toda modificación susceptible de poner en peligro la integridad y la constancia del individuo biopsicológico. En la medida en que el Yo se constituye como la instancia que encarna esta constancia y que busca mantenerla, puede ser descrito como . lo que está en juego- y el *agente* de estas operaciones.

La defensa, de un modo general, *afecta* a la excitación interna (pulsión) y electivamente a las representaciones (recuerdos, fantasías) que aquella comporta, en una determinada situación capaz de desencadenar esta excitación en la medida en que es incompatible con dicho equilibrio y, por lo tanto, displacentero para el Yo. Los afectos displacenteros, *motivos* o *señales* de la defensa, pueden ser también el objeto de ésta.

El proceso defensivo se especifica en *mecanismos* de defensa más o menos integrados al Yo.

La defensa, marcada e infiltrada por aquello sobre lo que en definitiva actúa (la pulsión), adquiere a menudo un carácter compulsivo y actúa, al menos parcialmente, en forma inconsciente (Laplanche, 2010).

Conflicto psíquico. Se habla de conflicto, cuando en el sujeto se oponen exigencias internas contrarias. El conflicto puede ser manifiesto (por ejemplo, entre un deseo y una exigencia moral, o entre dos sentimientos contradictorios) o latente, pudiendo expresarse este último de un modo deformado en el conflicto manifiesto y traducirse especialmente por la formación de síntomas, trastornos de la conducta, perturbaciones del carácter, etc. El psicoanálisis considera el conflicto como constitutivo del ser humano y desde diversos puntos de vista: conflicto entre el deseo y la defensa, conflicto entre los diferentes sistemas o instancias, conflictos entre las pulsiones, conflicto edípico, en el que no solamente se enfrentan deseos contrarios, sino que éstos se enfrentan con lo prohibido (Laplanche, 2010).

Elaboración psíquica. Designa en diversos contextos el trabajo realizado por el aparato psíquico con vista a controlar las excitaciones que le llegan y cuya

acumulación ofrece el peligro de resultar patógena. Este trabajo consiste en integrar las excitaciones en el psiquismo y establecer entre ellas conexiones asociativas (Laplanche, 2010).

Tipo de estudio

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo y utilizará el estudio de caso como método para examinar las tres sesiones que se presentarán. Se eligió el estudio de caso porque éste permite analizar y comprender de manera profunda el objeto de estudio, para este reporte, la vida anímica de los pacientes. Este tipo de estudio posibilita describir, explicar y contextualizar de una manera más amplia las relaciones interpersonales (terapeuta-paciente) que permitirán dar respuesta al planteamiento del problema.

Participantes

David, psicoterapeuta de la clínica psicológica de la institución, residente de la maestría en psicoterapia para adolescentes.

Darío es un paciente de 18 años de edad, estudiante de segundo semestre del bachillerato. Es enviado al servicio de psicología por el departamento de jurídico (departamento que se encarga del cumplimiento de las leyes del plantel dentro del mismo) por encontrarse intoxicado de marihuana en clase.

María es una paciente de 17 años de edad, estudiante de cuarto semestre del nivel medio superior. Acude de manera voluntaria al servicio psicológico refiriendo inestabilidad emocional y tristeza por distanciamiento afectivo de los padres.

Instrumentos

Entrevista psicológica. Es una relación de índole particular que se establece entre dos o más personas. Lo específico de esta relación es que uno de los integrantes es un técnico de la psicología que debe actuar ese rol, y el otro necesita de su intervención técnica. Consiste en una relación humana en la cual uno de sus integrantes debe tratar de saber qué es lo que está pasando en la misma y debe actuar según este conocimiento. La regla básica consiste en obtener datos completos de su comportamiento total en el curso de la entrevista. Este comportamiento total incluye lo que recogeremos escuchando, vivenciando y observando durante la misma (Bleger, 1971).

Historia clínica. Registro que permite organizar los datos obtenidos durante las entrevistas y posibilita la impresión diagnóstica así como la estrategia de tratamiento. Está formada de varias áreas como son: datos de identificación, motivo de consulta, historia familiar, escolar, social y personal (Portillo, 1998).

Observación. Es una técnica que permite adentrarse en profundidad a situaciones sociales y mantener un rol activo, así como una reflexión permanente, y estar pendiente de los detalles de los sucesos, los eventos y las interacciones. Permite comprender los patrones que se desarrollan y los contextos sociales y culturales en los cuales ocurren las experiencias humanas (Hernández, 2003).

Auto-observación. Es una técnica que permite registrar los sentimientos y emociones que van surgiendo en el propio sujeto, permite además reflexionar acerca de las conductas y formas de interactuar que surgen con base en las emociones y sentimientos.

Trabajo intelectual. Análisis teórico y autocrítico de la labor del psicoterapeuta que resulta de la auto observación, la supervisión, el análisis personal y los fundamentos teóricos del psicoanálisis.

Señalamiento. Observaciones sobre las verbalizaciones de los pacientes que tenían por objetivo que estos pusieran atención en sus respectivos relatos, principalmente en lo que no había sido advertido por ellos mismos (Etchegoyen, 2005).

Interpretación. Deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto. La interpretación saca a la luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta, en último término, al deseo que se formula en toda producción del inconsciente (Laplanche, 2010).

Procedimiento

Los pacientes fueron enviados o acudieron de manera voluntaria al servicio psicológico ubicado dentro de la misma institución. En este servicio se realizaron una serie de entrevistas (2 o 3) con una duración de aproximadamente una hora y media.

Después del periodo de entrevistas, se estableció el encuadre (horarios, costos, sesiones por semana, confidencialidad, etc).

En el caso de Darío, fue de 1 sesión por semana. El tratamiento duró 6 meses porque éste fue dado de baja por faltas consecutivas sin avisar.

En el caso de María, fue de 1 sesión por semana durante los seis primeros meses y 2 sesiones semanales durante el siguiente año. El tratamiento duró un año y seis meses. Se finalizó por qué la paciente ingreso a la universidad (los pacientes sólo pueden ser atendidos mientras son alumnos).

La psicoterapia brindada fue de orientación psicoanalítica, que consiste en investigar e interpretar de una manera controlada las resistencias, la transferencia y el deseo inconsciente del paciente con el objetivo de restituir un funcionamiento

anímico adecuado (Laplanche, 2010). Lo anterior se logra motivando al paciente a decir todo cuanto pasa por su mente, tratando de evitar todo tipo de filtros+ que su propia forma de ser le imponga (asociación libre).

La información otorgada por los pacientes durante su proceso terapéutico fue expuesta y analizada por mi supervisor (forma oral y escrita), mi analista (forma oral) y por mi (forma oral y escrita), todo a la luz de la teoría psicoanalítica.

Consideraciones éticas

Tanto los pacientes como sus padres firmaron un consentimiento donde se informa el inicio del tratamiento del adolescente y su deseo voluntario de iniciarlo. En el caso de los pacientes que acuden por mandato del departamento de jurídico, su asistencia al servicio de psicología se encuentra +condicionada+ pues se les indica que de no acudir a dicho servicio podrían ser dados de baja de la institución educativa. En el consentimiento informado se explica a los pacientes y sus padres (cuando son menores de edad) que la información brindada durante su atención psicológica puede ser utilizada con fines académicos siempre manteniendo el anonimato de los involucrados. Por lo antes mencionado, los nombres reales de los pacientes con los que se trabajó en este reporte fueron cambiados.

Se les informa también que las sesiones pueden ser grabadas en audio o video de igual manera con fines académicos y de investigación relacionadas con la residencia de psicoterapia para adolescentes.

Todo lo elaborado en este trabajo fue analizado desde un marco teórico psicoanalítico y bajo supervisión.

CAPITULO 3. RESULTADOS

Los resultados fueron trabajados a la luz de tres sesiones, una por cada apartado que compone esta sección. Las sesiones que se trabajan en *Actuación contratrasferencial* y *Empatía psicoanalítica* corresponden a María en diferentes momentos del tratamiento. La sesión expuesta en *Empatía y contratrasferencia negativa* corresponden a Darío.

Antes de comenzar con las sesiones de María mencionaré los datos más relevantes de su historia clínica.

Nota: Las frases entrecomilladas corresponden a citas textuales de los pacientes.

3.1 Actuación contratrasferencial

Historia clínica de María

María tiene 18 años de edad, al momento de la primera entrevista cursaba el cuarto semestre de la educación media superior. Acudió a la clínica de psicología de manera voluntaria con el siguiente motivo de consulta *“Últimamente estoy muy sensible e irritable y eso me estresa mucho, además constantemente lloro+”*

Área familiar

El padre de la paciente se llama Pablo, tiene 45 años de edad, es guardaespaldas, la madre se llama Margarita, tiene 43 años y es enfermera, Luisa es su hermana de 24 años, es diseñadora industrial, finalmente está Ramón, su hermano de 17 años que estudia en la misma institución que María. Además tiene una media hermana (hija del padre), de nombre Alejandra de 26 años de edad (no se sabe a qué se dedica).

La paciente considera ser muy apegada a su padre, sin embargo, explica que éste por su forma de ser, evita hasta cierto punto que ella se acerque

sentimentalmente, debido a que tiende a ser explosivo, aprehensivo y enojón, aunque también culto, un aspecto que comparten. La mayor parte del tiempo mantienen una buena relación, platican mucho sobre libros y música, no obstante ella lo percibe como poco afectuoso y distante.

Con su madre, a diferencia de su padre, es más fácil hablar, ésta es más sensible, más relajada y más afectuosa, pero en cuanto a autorizarle permisos para salir con amigos o discusiones por algún incumplimiento de María en relación a las reglas de la casa, tiende a ser enojona y explosiva, por ejemplo cuando llega tarde y no avisa. Con Ramón lleva una relación regular, siempre han estado juntos en la escuela, con dejo de tristeza menciona que antes se llevaban mejor, explica que su hermano se parece mucho a su padre, se guarda mucho las cosas, todo se lo toma a broma y eso a veces hace complicada su relación. Con su hermana Luisa lleva una buena relación, casi no pelean salvo cuando su hermana tiene sus ataques de ira (se molesta y trata mal a los demás sin razón aparente), empero, la mayor parte del tiempo pueden platicar y convivir muy bien. Con Alejandra prácticamente no convive puesto que vive con otra familia y en otro estado de la república, no obstante explica que cuando la llega a ver o por algún motivo conviven se llevan bien.

Área escolar

Lo que más recuerda de la primaria, es que había entrado un poco más grande que los demás, ya que cumplía años en noviembre y entraban en septiembre, por lo que tuvo que esperar un año más, antes de que la pudieran inscribir. Menciona que siempre llevó buenas calificaciones, pues su papá le ayudaba con las tareas y él era muy perfeccionista. Conmovida, recuerda que en aquel tiempo todos cenaban juntos, situación que en la actualidad no es común.

Recuerda que cuando entró a la secundaria se sentía muy rara, principalmente porque no tenía amigos, pero luego conoció a dos chicas y se sintió mejor, a ella no le gustaba molestarse+sus clases, era tranquila, no se drogaba ni nada, sin embargo menciona que estaba obsesionada con todo lo relacionado a

los años, menciona que era como depresiva (en ocasiones se sentía triste y llegaba a realizarse cortadas superficiales de manera transversal en los antebrazos). En esos tiempos conoció a su primer novio, se llama Mauricio, recuerda que él la buscaba todo el tiempo, ella lo percibía como inseguro. Al poco tiempo de haber iniciado su relación María le dijo que lo había engañado con otro chico (lo inventó para que éste se alejara y le permitiera relacionarse con otro chico que a ella le gustaba). Durante su estancia en la secundaria, tuvo un accidente que le dejó algunas cicatrices leves en la cara (difíciles de percibir) lo cual a veces le incomoda, pues piensa que la mayoría de la gente las percibe.

Área social

Aunque María no se describe como una adolescente sociable, refiere que ha ido aprendiendo de sus amigos y su círculo de amistades parece crecer. Casi no sale con sus amigos, principalmente porque su madre le pone trabas de manera constante.

Área personal

María se describe como una persona introvertida, sensible, que no permite fácilmente el acceso a los demás, insegura, con miedo a hablar por sentir que no lo hace de manera adecuada (siente que dice cosas que incomodan a los demás y después a ella misma) principalmente en público. No le gusta que se le acerquen cuando se siente triste o emotiva porque llora o agrade verbalmente. Le gusta que le reconozcan lo que hace sin que tenga que pedirlo, sólo se muestra tal y como es cuando se siente confiada.

Le gusta la natación, leer, dibujar, pintar, la música clásica y también el metal, además de los animales, principalmente los perros porque le hacen fiesta cuando la ven llegar.

Considera que sus principales hábitos buenos son ser muy ordenada y hacer lo importante primero y liberarse después para hacer lo que quiera. Dejar la

tarea para después y no dormir bien por terminarla en la noche es uno de los hábitos malos que tiene junto con los de comer muchos dulces o a veces cualquier tipo de comida además de necesitar lentes y no usarlos. Aunque no sabe si son buenos o malos, tiene la costumbre de escribir y cantar, principalmente cuando se encuentra triste. María tiende a guardar todo lo que encuentra relacionado a un buen momento de su vida, como fotos, conversaciones, cartas y regalos.

Lo que de ella le agrada, es que es afectiva con la gente que conoce, que es simple, que se ríe fácil, que sabe escuchar, que le gusta ayudar, que comprende rápido las cosas cuando les dedica tiempo. No le gusta que continuamente corrija a la gente cuando se encuentran hablando aun sabiendo que eso les molesta, también le desagrada que tiende a terminar las frases de los demás y que a veces por cualquier cosa como un comentario o broma la hagan sentir mal. Además le desagrada tener la cara y cuerpo diferentes a sus hermanos, considera que sus hermanos tienen su cuerpo bonito y ella no (sus hermanos son delgados y altos, ella es de estatura baja y complexión gruesa).

Constantemente tiene dificultades para dormir, menciona que una vez que logra quedarse dormida, tiene el problema que se despierta muy temprano y si no se para a hacer algo siente que está perdiendo su día.

No le gusta estar sola, principalmente en la calle, porque siente que la están viendo feo o que alguien la sigue y se siente insegura.

María tiende a ser tranquila, sin embargo en ocasiones es explosiva. Por ejemplo cuando molestan a sus amigos, cuando no la escuchan o cuando toman sus cosas sin su permiso.

Actualmente no tiene pareja, recientemente terminó una relación porque el chico con el que salía (Mario) se hizo novio de otra chica, argumentando que entre él y ella no existía un noviazgo. Es importante mencionar que la paciente se mantenía distante del chico porque tenía temor a que no funcionara la relación y habían acordado hacer una especie de prueba piloto antes de ser novios. Poco

antes de que el muchacho iniciara la otra relación, ella manifestaba el deseo de iniciar un noviazgo con él.

Como metas a largo plazo tiene el casarse, tener hijos, estar estable en algo y ya no vivir en su casa al terminar su carrera. Le gustaría estudiar diseño y comunicaciones visuales en la INAP o psicología.

Espera que la terapia le ayude a ser más estable emocionalmente y que las cosas no le afecten tanto.

La siguiente viñeta corresponde a la sesión 53.

Viñeta

Para fines explicativos se dividió en tres partes la viñeta.

T= Terapeuta M = María

1ra parte

M: Me siento muy confundida, hoy ha sido un día mmm no sé, ya pronto tendremos que decidir la carrera para la universidad, luego no sé, los profesores (silencio de 20 seg). Hoy tuve la clase de psicología y al profesor no sé qué le pasa, todo el tiempo nos está como regañando, nos dice que es muy importante lo de la elección de carrera y es que como que muchos no sabemos aún que estudiaremos, nos dice que no nos vayamos a equivocar y todo eso, como que le molesta que la mayoría quieran estudiar diseño, a cada rato está diciendo que no le ponemos atención, que como todos van para diseño la psicología no nos importa, pero ni sabe, cómo que siempre está molesto, yo creo que es a él al que no le gusta su carrera

T: Parece que así es

M: Pero ay, en lugar de que nos oriente nos está ahí regañando nada más (silencio unos segundos). Luego hoy en la mañana, aquí en la escuela vi a un señor que le vino a cantar las mañanitas a su hijo, su hijo era ya grande, tenía

alguna enfermedad mental o algo, me dio mucha ternura, me dieron ganas de llorar

T: ¿Qué fue lo que te conmovió?

M: Pues que aunque ya está grande, su papá vino a celebrarle su cumpleaños, que el chavo hasta se puso como a llorar, que lindo su papá

T: Me parece que esta escena te conmueve precisamente porque percibes el involucramiento o interés del padre hacía su hijo y me parece que tiene que ver con lo que mencionas antes del profesor de psicología y ustedes, donde a ustedes o al menos a ti, te gustaría que los orientara, quizá te gustaría que tu papá te ayudara a elegir tu carrera o al menos que te apoyara en tu decisión

M: Pues sí me apoya o no sé, es que si le digo que quiero estudiar diseño me va a decir que es por influencia de mi hermana, si le digo que psicología me va a decir que estudie aparte otra carrera por si no me va bien, o sea como que él me deja elegir, pero dice que elija bien para que no me equivoque, no sé

T: Te ~~deja~~ deja+elegir pero parece que hay un pero para cualquier decisión que tomes

2da parte

M: Si (silencio largo). Tengo muy poco tiempo para decidir y ya se va terminar también el semestre y todo

T: María me he dado cuenta que desde hace unas semanas no vienes a sesión los miércoles, quería saber si ya no vas a venir esos días para poder ocupar ese horario

M: Pues si verdad, que se aproveche (lo dice con un volumen bajo y su semblante se torna triste). Suena su teléfono celular, es su padre que le llama para avisarle que no podrá pasar a recogerla a la escuela, al colgar se le humedecen sus ojos y se queda en silencio.

T: ¿Qué pasa María?

M: Mi papá no podrá venir por mí

T: ¿Por eso te sientes triste?

M: Si (silencio largo)

T: Me parece que tiene que ver con lo que te acabo de decir, sobre las inasistencias

M: Si, es que me siento como desamparada

T: Abandonada quizá

M: Si (llora)

T: Yo no te estoy abandonando María, de hecho había pensado que podría atenderte en otro horario, me habías dicho que no venías porque la sesión de los miércoles era ya muy tarde y la zona de por aquí es peligrosa, en este momento tengo otro horario disponible más temprano ¿Qué dices?

M: Si, gracias, es que si está peligroso y ya es muy tarde y mi hermano no me espera, me da miedo irme sola (silencio largo, parece menos triste).

3ra parte

He tratado de platicar con algunos compañeros, como de hacer otros amigos, Fanny sigue sin hablarme, pero como que andan en otras cosas, no sé, trato como de hacer la plática, pero como que sólo les interesa la música y andar fumando. La otra vez conocí a una chica, hablamos sobre la elección de carrera, le platiqué que estaba preocupada por eso y también le hablé de cómo me siento, le dije que me sentía triste y confundida, que pensaba que todos estaban como echando a perder su vida, no se preocupan por lo que pasará después, pero como que la chica no quiso seguir escuchándome o no sé, porque después que terminé de hablar me dijo que tenía que irse y se fue.

T: Me parecen dos temas importantes, el de la elección de carrera muy presente en estos momentos para todos los que ya salen este año, sin embargo hablar de tus emociones más profundas no parece muy adecuado para una primera plática

M: Ja ja, tal vez, yo creo que se espantó

T: Pues no sabemos, pero me parece importante pensar ¿por qué habrás traído esos temas a la plática tan rápido?

M: Pues no sé, es que ahorita como mi amiga con la que siempre platico no me habla y pues con lo que pasó con Mario, como que no tengo con quién hablar, como que son con los que más me entiendo y platico

T: Me parece que esa urgencia de poder hablar con alguien de lo que te sucede es lo que te llevo a hablar apresuradamente de tu sentir, lo que la mayoría de veces se te dificulta hacer

M: (Asiente y permanece en silencio)

T: Vamos a dejarle hasta aquí por el día de hoy, nos vemos la próxima sesión.

Introducción al análisis.

Para comenzar, quisiera mencionar que en un primer momento consideré esta sesión como un ejemplo de empatía psicoanalítica y no como un ejemplo de actuación de la contratrasferencia. Lo pensé como empatía psicoanalítica, teniendo en mente mi planteamiento inicial: La empatía del terapeuta con sus pacientes, permite una comprensión más amplia del funcionamiento psíquico de estos, posibilitando una intervención que lejos de acentuar las resistencias las disminuye. Permitiendo así, que el paciente comience a hacer conscientes sus conflictos y quizá también pueda elaborarlos. Lo anterior considerando a la empatía como una condición de contacto consciente y preconsciente caracterizado por discriminación, complejidad y articulación. La empatía comporta un espectro perceptivo amplio en el cual están comprendidas todas las tonalidades de color emocional, de las más claras a las más oscuras; y sobre todo

un progresivo, compartido y profundo contacto con la complementariedad objetal, con el yo defensivo y con las partes escindidas del otro, no menos que con su subjetividad egosintónica (Bolognini, 2004a).

La pregunta es ¿cómo había entendido yo lo anterior? Pienso que tratar de escribirlo me llevaría a repetir casi todo lo anterior (intelectualizar), pero sin la cita. Sin embargo el ~~%casi+~~ es lo que me ha permitido acercarme más a la verdadera comprensión de la empatía psicoanalítica. Este ~~%casi+~~ es el producto de la supervisión, de mi propio trabajo terapéutico y de una revisión más amplia de la teoría que se relaciona con la empatía psicoanalítica. Consideraba que en la empatía tendría que haber un cierto ~~%compromiso emocional+~~ por parte del psicoterapeuta. Con compromiso emocional, me refiero a una respuesta emocional intensa (significativa para el terapeuta, positiva o negativa amor-odio) que junto con una base teórica, su propio análisis, la práctica y la supervisión lo llevarían a señalar, interpretar o callar en el momento oportuno y con las palabras adecuadas. A nivel inconsciente, traduje ~~%profundo contacto emocional+~~ como ~~%respuesta emocional intensa+~~. Pero ¿por qué lo habré traducido de esa manera?

Para responder a la anterior pregunta hablaré un poco sobre lo que me impulsó a trabajar en torno a la empatía. Cuando comencé a trabajar con pacientes tenía la sensación de cuando se ve un partido del equipo favorito por televisión, es emocionante, se puede tener un panorama amplio de las jugadas, se puede observar la ofensiva y la defensiva de cada equipo, pero no se vive el clima presente en el estadio, en las gradas. Esta sensación la llevé a mi propio análisis y a supervisión. En mi análisis descubrí que lo que yo buscaba inconscientemente era tener un mayor contacto emocional con mis pacientes no sólo para comprenderlos mejor, sino para contrarrestar la distancia emocional que yo tenía con otras personas en mi vida personal. En la supervisión se abordó el tema de la flexibilidad del terapeuta en el trabajo con adolescentes, tema que al investigar me llevó a otros dos, que son el fundamento de este trabajo: la contratrasferencia y la empatía psicoanalítica.

En aquel momento, había quedado al descubierto en mí, el principal motor de mi investigación y también una parte del aspecto que me llevaría a actuar la contratrasferencia, una parte, porque la sesión que presento fue posterior a dichos cuestionamientos.

Análisis (parte 1)

Analizaré las sesiones por medio de dos apartados: *auto-observación* y *trabajo intelectual*. La auto-observación corresponde a mí sentir y pensar en el momento de la sesión, el trabajo intelectual corresponde a la reflexión posterior respecto de aquella auto-observación, básicamente con la ayuda de la supervisión, mi propio análisis y el conocimiento teórico sobre los temas que se abordan en el presente trabajo.

Auto-observación

En esta primera parte, siento que de alguna manera, el hacer alusión a su profesor de psicología estuvo relacionado con lo que esperaba de mí como terapeuta.

Pienso que se ha sentido conmovida porque dicho acontecimiento le recuerda la relación distante con su padre (tema principal de sus sesiones durante mucho tiempo). Me parece que a ella le gustaría que su padre estuviera emocionalmente más cerca de ella.

Siento que desde la transferencia ella me está pidiendo que la oriente, que basado en lo que sé de ella (su forma de ser y de sus cualidades que dice tener y que en algunos momentos ha mostrado) le brinde ese empujón y esa seguridad que necesita para decidir, pero creo que también su exigencia es hacia un padre que le puedo estar representando.

Trabajo intelectual

Mi sentir no incluye solamente una comprensión de lo que puede estar sintiendo mi paciente, no sólo me permite ver el dilema en el que se encuentra y el distanciamiento afectivo de su padre, sino también me permite pensar lo que demanda desde la transferencia, me permite además traer material de otras sesiones y de su historia clínica para poder pensarla.

Teniendo en cuenta la definición de empatía psicoanalítica arriba mencionada, se puede observar que en la primera parte de la sesión existe una distancia adecuada entre María y yo, una distancia emocional que me permite ver su dinámica inconsciente. En esta primera parte, mi Yo se ~~va~~ identifica con el Yo de mi paciente al igual que con otras partes de la personalidad, esto es lo que Racker (1966 como se citó en Etchegoyen 2005) llama la contratransferencia concordante. Entrecomillo la palabra identificación porque si tomamos estrictamente su significado no podríamos decir que existe una distancia empática con esta paciente. Lo anterior, principalmente porque la identificación es inconsciente y la empatía es mayormente consciente e implica la posibilidad de diferenciación, articulación y trabajo intelectual, lo cual es ajeno al inconsciente. En su artículo llamado *Okkulte Vorgängewährend der Psychoanalyse* (Procesos ocultos durante el psicoanálisis) Helene Deutsch (1926, como se citó en Bolognini, 2004), aborda el tema de la comunicación que puede establecerse entre el inconsciente del analista y el del analizado, poniendo énfasis en el hecho de que *los procesos de desarrollo han sido similares para ambos* y que, por lo tanto, los impulsos, los deseos y las estructuras de uno pueden sintonizarse bien con los del otro, conduciendo a una identificación. Deutsch explica que el contenido psíquico afectivo del paciente, que surge de su inconsciente, se convierte en una experiencia interior del analista, y sólo se lo reconoce como perteneciente al paciente en el curso de un posterior trabajo intelectual por parte del analista. La posibilidad de dicho trabajo intelectual está dada por una distancia emocional adecuada que a su vez se logra básicamente por el trabajo de análisis personal.

Análisis (parte 2)

Trabajo intelectual

¿Qué es lo que escuche conscientemente cuando ella dice %sí, tengo muy poco tiempo para decidir y ya se va terminar también el semestre y todo+?

Siento que mi intervención le deja ver, con sufrimiento, a un padre distante y poco empático (en la forma corriente de la palabra), me percibo un poco triste de verla sufrir. Creo que su %todo+se refiere a que también la terapia terminará y se quedará sin el apoyo que ésta le ha brindado, pienso que es una forma de reclamo, así que decido hablar de sus inasistencias, tratando de regresarle su responsabilidad, en otras palabras, quería mostrarle que yo tenía la disposición y el espacio y que dependía de ella utilizarlo. A decir verdad pensé que decidiría ir sólo una vez por semana como lo había estado haciendo, pero era necesario hablarlo.

¿Qué es lo que %escuche+inconscientemente?

Me siento triste de verla sufrir por el distanciamiento de su padre y siento que está triste también porque yo al igual que su padre la abandonaré en poco tiempo (2 meses), siento que ha sido culpa suya no venir, que yo he estado aquí esperándola.

En los renglones anteriores se puede ver que el que se sentía abandonado era yo. En realidad era yo el que sufría su ausencia, este sufrir tenía que ver con mis identificaciones que a lo largo de su tratamiento se fueron generando, la principal, la distancia afectiva con nuestros padres, en especial con mi padre. La identificación genera en mí un aumento de afecto que me lleva a una fusión donde no puedo distinguir mis objetos y mi Yo de los de mi paciente. Es probable que dejar de trabajar con ella significara para mí, una forma de abandonarme a mí mismo. Por esa razón introduzco fuera de tiempo mi señalamiento de sus

inasistencias, éste era un tema en todo caso para abrirlo al inicio de la sesión, para dar tiempo para trabajarlo, para no mezclar más temas que generaran una ansiedad innecesaria en mi paciente y que impidiera su elaboración.

Con lo anterior no quiero decir, que la paciente no se sintiera abandonada, quizá lejos estuvo de ser una proyección mía, sin embargo mi contratrasferencia en ese momento oculta para mí, me impidió seguir escuchándola e interpretar el rol que desde la transferencia me demandaba, además de matizar mis siguientes intervenciones. Al respecto, Goldschmidt e Ivey (2008) refieren que el *enactment* es una manera de evadir inconscientemente el dolor de experimentar y entender realidades emocionales difíciles.

En la siguiente parte de la sesión se puede observar como actúo la contratrasferencia, colocándome en el rol de padre.

Auto-observación

Cuando ella dice %que se aproveche el espacio+siento que mi intervención sobre las inasistencias la ha hecho sentir desplazada, me duele verla triste y por poco mis ojos también se humedecen. En aquel momento recordé los momentos en que yo me he encontrado triste durante mi propio tratamiento y el apoyo que significa sentir y saber que alguien está ahí de manera %lacondicional+ al menos para ayudarte a entender tu vida.

Trabajo intelectual

Aquí, mis identificaciones me quitan la posibilidad del trabajo intelectual que menciona Deutsch (1926, como se citó en Bolognini, 2004). Aunque tengo claro intelectualmente mi papel como terapeuta, mis señalamientos no corresponden a dicha elaboración sino al rol que inconscientemente he adoptado. Varios autores (Ferenczi, 1928; Kohut, 1986 & Bolognini, 2004) advirtieron el hecho de que la empatía psicoanalítica se entendiera muy similar a la contratrasferencia concordante de Racker (1953, como se citó en Etchegoyen, 2005), y el analista

cediera a la demanda inconsciente del paciente, motivado básicamente por sus propios conflictos, que tienen de base identificaciones. Bolognini (2004) llama a este fenómeno **empatismo**. Stolorow (1997, como se citó en Celis et al, 1997) considera que muchas personas que se convierten en psicoterapeutas tienen, en su historia infantil, como elemento común el haber sido excesivamente requeridos para satisfacer funciones psicológicas arcaicas en alguno de los padres, requerimiento éste que es revivido fácilmente por los deseos y estados arcaicos del desarrollo de los pacientes.

En esta parte de la sesión se puede observar como yo evito la posibilidad de entrada de la representación de su padre real y me coloco yo en su lugar, dando énfasis a lo que mi intervención podría haber generado en ella.

Auto-observación

Respecto al tema de las inasistencias, yo pensaba que María elegiría sin conflicto acudir sólo una vez por semana, dado que constantemente faltaba a una de sus dos sesiones semanales. Sin embargo cuando observe su reacción al tocar el tema, me sentí muy conmovido, consideré que a ella realmente le interesaba venir y que en efecto su dificultad era el horario y los peligros que implicaba ese horario.

Trabajo intelectual

Nuevamente evito tocar la representación de su padre real y me coloco en el lugar de aquél facilitando un cambio de horario, **quidándola** de los peligros como lo haría un padre, calmando mi ansiedad de separación. La terminación de la terapia era un hecho y con mi señalamiento evite abordarla a fondo, **negándola**.

Análisis (parte 3)

Auto-observación

Al comenzar a hablar de sus dificultades para relacionarse con sus amistades, ya más tranquila, siento que nuevamente puede trabajar y que he

promovido a través de un adecuado *holding*+ un atenuamiento de las defensas que a su vez ha permitido que hable de su dificultad de contacto con los demás.

Trabajo intelectual

Parece el diálogo de una hija con su padre, no quiero dar a entender que este dialogo sólo, sea una evidencia de dicha relación, pero me parece que al no haber interpretado la transferencia es evidencia y resultado de ello.

Recordemos que Goldschmidt e Ivey (2008) concluyeron que en el *enactment* el analista respondería al rol proyectado en él con un acto que iría más allá de lo que su trabajo analítico indicaría y que la responsabilidad en estos sería compartida. Se construirían por participación inconsciente mutua de analista y paciente.

Además, lo considero un *enactment* porque el distanciamiento de su padre con María y sus consecuencias en su forma de relacionarse con lo demás, es un tema que ha surgido de manera frecuente desde el inicio de su tratamiento, es decir, es un aspecto conocido para ambos y que a mí ya me había permitido alertarme de su demanda transferencial (prueba de ello es la primera parte de la sesión) pero que aún con dicho conocimiento sucedió.

Ahora bien ¿Cuál es la consecuencia del *enactment* y cuál es su relación con la empatía psicoanalítica, si es que la hay?

Steiner (2006, como se citó en Goldschmidt e Ivey 2008), considera que el *enactment* implica siempre rupturas del encuadre y de la actitud analítica que, inevitablemente, interfieren en la capacidad del analista de pensar y de contener al paciente.

Por otro lado, Renik (2006) afirma que el *enactment* tiene consecuencias esencialmente terapéuticas. Señala su rol de traer a la consciencia constelaciones transferenciales-contratransferenciales inconscientes permitiendo que los pacientes experimenten encuentros transformacionales emocionalmente vivos con sus

analistas, facilitando el proceso elaborativo al dramatizar y cambiar conflictos trasferenciales. Me parece una postura extrema, concuerdo con Goldschmidt e Ivey (2008) en que lo importante no reside en preguntarse si los *enactments* son buenos o malos, sino cómo son experimentados por el paciente y retomados por el analista, cómo sus reverberaciones inconscientes evolucionan a lo largo del tiempo y cómo se manifiestan en sutiles cambios en la cualidad de la interacción analítica.

Al respecto, es importante mencionar que en las sesiones posteriores a la sesión presentada, María se mostró menos angustiada con respecto a la relación con sus padres lo cual al parecer le permitió continuar elaborando los conflictos relacionados a estos. Sin embargo, sólo las primeras semanas tuvo una asistencia regular para luego volver a faltar con frecuencia. Lo anterior podría ser atribuible tanto a un efecto negativo del *enactment* como a una forma defensiva de la paciente ante la separación, separación que abordé y luego evité en la sesión.

Pienso que este *enactment* ha tenido tanto consecuencias negativas como positivas. Por un lado me parece que el colocarme en el lugar del padre y actuar de la manera en que ella lo demandaba desde la transferencia ha permitido una mayor tolerancia de ambos para abordar el tema.

Mi mayor tolerancia ha surgido del trabajo intelectual posterior y el reconocimiento de mi participación inconsciente, lo cual tiene que ver, en parte con el *segundo momento* del *enactment*, en el cual analista y paciente trabajan lo sucedido. Evidentemente el segundo momento sólo sucede si el analista se ha percatado de su participación. Respecto a lo anterior, hay opiniones divididas, pero en general, se considera que antes de cualquier señalización o interpretación después del *enactment* se observe las repercusiones que en el paciente ha tenido y se opte por una autorrevelación selectiva.

Ahora bien, Borensztein (2009) y Bolognini (2004) consideran que los *enactment* o participaciones inconscientes del analista sirven de base para

desarrollar la empatía psicoanalítica, pues favorecen una mayor comprensión del paciente y del propio sentir del analista.

3.2 Empatía psicoanalítica

Para introducirnos completamente a lo que considero la empatía psicoanalítica y sus efectos en la clínica, recordaré al lector que trabajaré sobre una sesión también con María, pero un año antes. Primero mencionaré algunos aspectos que considero importantes y que sucedieron en las sesiones anteriores a dicha sesión.

En aquel entonces, María acudía a una sesión por semana. Se había estado trabajando en la forma de relacionarse con Genaro, su novio. Se sentía molesta porque se comenzaba a dar cuenta que tanto su ex novio (Saúl) como Genaro tenían características de personalidad similares, características encontradas también en su padre. Por lo regular, ex novio, novio y padre estaban muy ocupados en diversas actividades, lo cual desde su punto de vista impedía ~~que~~ aunque ellos quisieran+ tener un mayor acercamiento emocional con ella.

Paciente:

~~Yo~~ entiendo, yo también estuve trabajando como promotora (alumnos inscritos que dan la bienvenida al alumnado nuevo, mostrándoles el plantel, los diferentes departamentos etc.) y sé que a Saúl no le ha de quedar tiempo para nada+

~~Yo~~ sé que tiene broncas familiares (se refiere a Genaro) y pues eso como que roba su atención, por eso yo no le digo lo que me pasa, de por sí ya se la pasa mal y yo le digo más cosas, pues no, mejor sólo lo escucho+

Otro tema abordado era la desaprobación de su madre ante su comportamiento y forma de vestir, en general su madre parecía reprobar casi todo lo que significara o demostrara el crecimiento de María, es decir lo que se relacionara con los procesos de independencia y ejercicio sexual propio de la adolescencia.

Madre:

%Con ese corte de cabello te ves fea (la paciente se había hecho un corte a la moda) se te veía mejor antes+

%Para qué te maquillas? no lo necesitas+

%No te voy a comprar esos pantalones todos rotos, si quieres que te compre unos, elige de los que están completos+

Durante estas sesiones, la paciente se había mostrado en terapia cada vez más enojada y triste, sin embargo parecía incapaz de mostrar su enojo a las personas relacionadas con éste, principalmente porque pensaba que al mostrarlo la rechazarían y se irían de su lado, en el caso de sus padres, se molestarían y se alejarían aún más de lo que ella ya los percibía.

La creencia inconsciente de que efectivamente había cosas más importantes que ella, se anudó con su temor a ser abandonada al mostrar su molestia y tristeza, lo cual provocó que María comenzara a reprocharse su sentir y su actuar, a enojarse con ella misma ante la compulsión a la repetición⁷, mostrando un superyó severo⁸ que le impedía elaborar su conflictiva y relacionarse de una manera distinta a pesar de los señalamientos que yo le hacía entorno a ello.

Paciente:

%No puede ser, otra vez le volví a llamar, me dijo que no me había llamado porque estaba muy ocupado, ya tenía una semana que no hablábamos, le dije que le llamaba más tarde+

%Soy una estúpida, no puedo cambiar, si ya sé lo que va a pasar ¿por qué lo sigo haciendo?+

⁷Proceso incoercible y de origen inconsciente, en virtud del cual el sujeto se sitúa activamente en situaciones penosas, repitiendo así experiencias antiguas, sin recordar el prototipo de ellas, sino al contrario, con la impresión muy viva de que se trata de algo plenamente motivado en lo actual (Laplanche, 2010).

⁸Se caracteriza por la tendencia a construir ideales elevados o por el sadismo de la conciencia crítica (Bleichmar, 1976).

%ah! me desespera ese maldito reloj que no avanza (el reloj del consultorio se había quedado sin pila)+

En ese tiempo, María comenzó a faltar, lo consideré una forma de abandonarse a sí misma, como ella sentía que los demás lo hacían. Se lo señalé, y aunque %aceptó+el señalamiento, las faltas y autorreproches continuaron.

Me comenzaba a dar la sensación de que la sesión semanal apenas alcanzaba para que ella se %desahogara+ y que en parte esto favorecía que no alcanzara a analizar lo suficiente sus conflictos y por lo tanto no hubiera cambio.

Es importante mencionar que desde aquel entonces la paciente me resultaba agradable, me había dado cuenta que teníamos gustos en común y que algunas experiencias de nuestras vidas eran similares. Además la percibía comprometida con su tratamiento. Teniendo en cuenta estas identificaciones consulté en supervisión la posibilidad de trabajar dos sesiones por semana, quería descartar que ésta tuviera de base una motivación personal. Mi supervisor coincidió en que una segunda sesión beneficiaría a María.

Nota: En las posteriores sesiones que corresponden a los apartados Empatía psicoanalítica y Empatía psicoanalítica y contratransferencia negativa se incluirá la auto-observación dentro del desarrollo mismo de la sesión y sólo el trabajo intelectual se realizará de manera posterior. Lo anterior con fines prácticos.

Viñeta.

T: ¿Qué tal?

M: estoy muy mal (comienzan a salir sus lágrimas, continua con un largo silencio).

Auto-observación

Pienso que hay algo muy doloroso y le cuesta trabajo hablarlo, decido esperar en silencio, sin embargo, el silencio se posterga mucho (dos minutos), continúa sollozando, me da la impresión de que lucha contra ella misma para poder hablar, entonces hago otra pregunta tratando de quitar ese freno.

T: ¿Qué pasó?

M: (continua en silencio).

Auto-observación

Aunque ella parece más tranquila, sigue sin hablar. Me siento un poco angustiado al verla así, trabada, me viene a la mente lo que había dicho la última sesión antes de irse %me desespera ese maldito reloj porque no avanza+. Decido tomar la palabra.

T: ¿recuerdas lo que dijiste la última sesión antes de irte?

M: mm no

T: dijiste %odio ese reloj porque no avanza+ como concluyendo o sintetizando lo que habías hablado en las sesiones anteriores, el enojo contigo misma por no poder cambiar. Pensando en eso considero adecuado que vengas a dos sesiones por semana, eso puede ayudar a que veamos algunos aspectos que aún no hemos visto y que quizá impiden que puedas cambiar ¿qué piensas?

M: sí, es que llega el martes y yo ya me siento muy mal y la sesión es hasta el viernes. El fin de semana estuvo todo mal, mi mamá no me habla, se enojó porque me hice esta perforación sin su autorización (parte superior de la oreja) dice que parezco vaga, como todos los demás, me enojé mucho, me subí a mi cuarto y ahí me quedé casi toda la noche, no bajé a cenar. De todos modos estaban todos enojados, mi mamá y mi papá estaban molestos no sé por qué, mi papá andaba de grosero conmigo. Ramón se había ido con su novia y no llegaba.

Después los escuche y ya estaban todos, ya había llegado también mi hermana, sentí feo no estar ahí. Cuando estaba en mi cuarto me acordé de cuando era chica, (silencio largo) últimamente me he acordado mucho de eso. Recuerdo que estaba jugando con un primo mayor que yo, no me acuerdo a qué jugábamos, pero me acuerdo que de repente estaba encima de mí, yo salía corriendo, no

recuerdo nada más, bueno, como que me acuerdo que me llevaron a un psicólogo, pero no estoy segura si fue por eso o por otra cosa.

Auto-observación

Siento que lo que impedía que ella hablara era su temor a que las cosas que le van sucediendo la rebasaran, que no pudiera elaborarlas, que como el reloj se quedaría detenida en el sufrir. Creo que ella ha sentido que la sesión extra le ayudará a ~~avanzar~~ y ha decidido confiar. Me siento bien, siento que he hecho bien mi trabajo.

T: ¿se lo has preguntado a tu mamá?

M: sí lo he pensado, pero como que hay algo que me detiene, no sé, ayer lo pensé, como que ya estaba todo más tranquilo, pero pues no dije nada. Fuimos a ver unos cortometrajes, hubo dos que como que me sacaron de onda. En el primero había un niño gateando en el piso y una mujer u hombre sentado en una silla, después de un rato el niño comienza a llorar, como que busca que le den su mamila o de comer, jala el pie de la persona que está sentada, pero no le hacen caso, pasa mucho tiempo así, después en otra escena, sale un perrito ahí mismo con el niño, el perrito busca su plato para comer, cuando lo encuentra el niño va hacia él y lo empuja contra el plato muy fuerte hasta lastimarle su cabeza, se ve bien feo. En el segundo hay tres personas en una como cocina o cuarto, dos mujeres y un hombre, una mujer está sentada, la otra hace algo en una como mesita ahí mismo, como que dándoles la espalda a la mujer sentada y al hombre que estaba entre éstas de pie. Después se ve como que el hombre trata de tocar la pierna de la chica que está sentada, la chica se incomoda, se ve que la que está de pie se da cuenta, pero no hace nada, al contrario se sale.

T: ¿Qué tienen en común estos cortometrajes?

M: no sé

T: me parece que tienen en común, que los personajes principales sufren de un abandono o descuido en un momento en el que se encuentran vulnerables

M: sí, es cierto

T: me parece que te llamaron la atención porque están relacionados con lo que antes contaste

M: ¿por qué?

T: es probable que en aquel momento que sucedió este posible abuso sexual+tú te hayas sentido vulnerable, descuidada o desprotegida por tus padres

M: (silencio) sí, tal vez

Análisis

Trabajo intelectual

Uno de los objetivos de la psicoterapia psicoanalítica es que el psicoterapeuta en primer lugar y después el paciente mediante el señalamiento o la interpretación puedan hacer conscientes las partes inconscientes y defensivas del Yo del segundo, que impiden ver lo que mantiene reprimido.

Es claro que en la primera parte de la sesión, no tengo la suficiente claridad de lo que le sucede a mi paciente, sin embargo tengo un referente importante por su historia y por su dinámica inconsciente de las últimas sesiones. Lo anterior me permite ir delimitando las causas de su silencio, me permite inferir qué lo motiva. Al respecto, en su artículo llamado *Elasticidad en la técnica psicoanalítica* escrito en 1928, Ferenczi reflexiona sobre los momentos en que el analista debe comunicar algo a su paciente y en la forma de hacerlo. Este autor se realiza las siguientes preguntas ¿Cuándo puede estimarse que el material proporcionado es suficiente para sacar conclusiones? ¿En qué momento el silencio es una tortura inútil para el paciente?

Ferenczi ubica la respuesta en la auto-observación que brinda el análisis personal, la experiencia clínica, la historia del paciente y el conocimiento de los fundamentos de la terapia psicoanalítica.

En este caso, mis identificaciones habían sido tomadas en cuenta y llevadas a mi análisis y a supervisión, lo cual me daba cierta seguridad en mi sentir contratrasferencial y mis asociaciones.

Es cierto, hubo angustia también de mi parte, pero estaba más anudada al sufrir de mi paciente, que a la intolerancia del silencio o a alguna identificación.

Es mi angustia ante su sufrir y mi deseo de brindarle un espacio que la contenga lo que me motiva, no pretendo protegerla del sufrir como en la sesión anterior donde hablé de contratrasferencia, pretendo brindarle el espacio seguro y suficiente para que trabaje sus conflictos.

Pensando la posibilidad de una actuación contratrasferencial, consideraría que en todo caso mi actuar fue impulsado más por un ~~deber ser~~ deber ser+ buen terapeuta común al iniciarnos en éste trabajo, que a una cuestión identificatoria. La diferencia desde mi punto de vista, es que en la primera se fuerza la escucha, se quiere entender para acertar y en la segunda se pierde la escucha, se deja de percibir la diferencia. Es cierto, al final en ambas posturas se puede dejar de escuchar al paciente, pero insisto, en una se buscan los motivos, en la otra ya se encontraron en el psicoterapeuta sin que se haya dado cuenta.

Es posible que el lector considere que mi proceder fue apresurado y que actué el rol materno, que yo a diferencia de su madre y por mi angustia si hablé, que adopté la función materna de contener. Esta conclusión me parece en parte acertada, si adopto una función materna, pero no como una actuación contratrasferencial, la prueba de ello es que la paciente continua trabajando a lo largo de la sesión sobre el objeto introyectado de la madre.

En su libro *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (1996) Winnicott habla sobre la contratrasferencia y el tratamiento psicoanalítico, en este apartado, este autor hace la diferenciación de dos técnicas o actitudes del analista frente a sus pacientes. En la primera refiere que el analista toma una actitud clásica, es decir, comunicarse con el paciente desde la posición que lo coloca la neurosis o psicosis de transferencia, ser una especie de fenómeno transicional

pues representa al mismo tiempo el principio de realidad y un objeto subjetivo. En la segunda postura, el analista toma una actitud o posición más flexible, éste tendrá que interpretar el rol de la madre para el infante del paciente. Me parecía que en ese momento María requería del rol materno que la sujetara para transitar por el sufrimiento que le estaba generando la distancia emocional de sus padres.

En éste punto se podría pensar que *holding* es igual a empatía psicoanalítica, pero no es así. Pensando en estas dos posturas de las que habla Winnicott, la empatía en primer lugar tendría que ver con saber qué rol elegir con cada paciente (en algunos pacientes, el rol materno acentuaría sus defensas, objetivo contrario al de la empatía psicoanalítica) y en segundo y más importante, sentir que se puede trabajar en dicha postura. Lo primero está relacionado con la experiencia clínica y el conocimiento teórico del psicoanálisis, lo segundo con el análisis personal. Puedo imaginar que el lector no ha olvidado mi actuación contratrasferencial con esta misma paciente un año más tarde y que me encuentro proclive a adoptar inconscientemente dicho rol, es decir, que más que un trabajo basado en la empatía está basado en un rol inconsciente que más tarde se hará más fuerte y permitirá mi actuación contratrasferencial. Aquí servirá recordar que la empatía tiene su origen en la concepción de que todos hemos tenido procesos de desarrollo similares pero no iguales. Esta concepción nos puede llevar a dos caminos distintos, al de la identificación y al de la empatía. Al de la identificación si equiparamos similares con iguales, dando como resultado las actuaciones contratrasferenciales. Al de la empatía si hacemos énfasis en ~~pero no iguales~~ pero no iguales. Esta última postura nos da la libertad de explorar y no actuar desde la contratrasferencia, nos ~~autoriza~~ autoriza señalamientos o interpretaciones que no tienen un sustento total en la historia del paciente (ningún señalamiento o interpretación lo tiene), pero sobre todo y más importante nos impulsa a estar atentos a la confirmación de estos en nuestros pacientes, lo cual no ocurre en la identificación. Es precisamente el trabajo de mis identificaciones y la historia de mi paciente lo que me permite tomar la palabra en lugar de seguir insistiendo. Un paso quizá aventurado pero no injustificado. La prueba de ello es que la paciente expresa su

conflictiva y trae el tema del posible ~~ab~~abuso sexual, un tema que no se había tratado.

Con esto último, quiero tocar un punto que me parece importante al pensar la empatía en psicoanálisis, seguramente muchos esperarán que la empatía cuente con un sustento más confiable, que justifique totalmente estos movimientos. Pensar de esa manera es peligroso, de hacerlo, se caería en pensar a la empatía como un método, como lo hacen los psicólogos del *self* (Bolognini, 2004). La empatía psicoanalítica se sustenta en el análisis personal, la experiencia y por supuesto en la historia y dinámica del paciente, siempre teniendo en cuenta el encuadre y la neutralidad. Como dije antes, se comprueba en los efectos terapéuticos que obtiene el paciente, en la disminución de sus defensas.

El momento o situación empática no tiene que ver sólo con el analista o sólo con el paciente, tiene que ver con el trabajo analítico de ambos.

3.3 Empatía psicoanalítica y contratrasferencia negativa.

Historia clínica de Darío

Darío tiene 16 años de edad y cursa el primer semestre del bachillerato, es enviado a la clínica de psicología por jurídico (instancia encargada de hacer cumplir las reglas del plantel educativo) por encontrarse bajo los efectos de la marihuana dentro de clase. Darío fue atendido una vez por semana durante 6 meses.

Área familiar

El paciente vive solamente con su madre de 52 años, quien es enfermera. Sus padres se separaron desde hace aproximadamente 3 años, la razón ~~de~~ discutían mucho+. Lleva una relación ~~de~~ regular+ con su madre pues a veces discuten, según él por cosas sin mucha importancia como el tiempo que pasa él en la computadora o los quehaceres domésticos que el paciente deja de hacer. Darío describe a su madre como enojona, que se contiene de las cosas que van pasando y que le molestan, y luego explota. Con respecto a su infancia, menciona que su madre siempre le ha dado todo ~~de~~ es del tipo de madres muy cariñosas y que siempre están al pendiente+, sin embargo en ocasiones se llegan a enojar y se dejan de hablar hasta por días, no obstante en caso de tener algún problema de salud, ella siempre le ayuda aunque estén enojados, pero se comporta emocionalmente distante.

Aunque se separaron sus padres, él ve a su padre con frecuencia, éste tiene 53 años de edad, es impresor gráfico. Darío considera que tiene una buena relación con su padre, piensa que es una persona ~~de~~ ecta+, refiriéndose a que no es conflictiva, arregla los problemas que surgen sin pelear, lo único ~~de~~ malo+ es que fuma mucho y a veces ha tomado hasta caer dormido.

Tiene tres hermanos, Antonio, de 36 años, casado, que trabaja como policía; Mario de 30 años, vive en unión libre y se desempeña como taxista y Leticia de 26 años, casada, dedicada al hogar. Con Antonio lleva una ~~de~~ buena+

relación, menciona que éste siempre ha sido como un padre para él, que antes, cuando eran más chicos y vivían juntos, su padre trabajaba todo el día y quien lo orientaba en muchos sentidos era su hermano, éste platicaba y jugaba mucho con él, también le compraba cosas y lo cuidaba. Con Mario, la relación es difícil, debido a que éste es muy agresivo y toma mucho, ~~se~~ puede platicar con él, pero hay que tener cuidado de no hacerlo enojar+.

Con su hermana Leticia lleva una relación ~~regular+~~, debido a que ésta es muy sensible y se enoja ~~de~~ cualquier cosa+sin embargo casi nunca se enojan, pues Darío trata de no hacer o decir cosas que le molesten a la hermana, él considera que hay mejor maneras de arreglar las cosas que enojándose.

Área escolar

Su estancia en la primaria ~~fue~~ agradable+, pese haber estado en tres diferentes escuelas, pues de dos fue expulsado por mala conducta. Con respecto a la secundaria, en primer año mantenía un desempeño normal y tenía pocos amigos, sin embargo en segundo, dice haber decidido ~~de~~ estramparse+ y relacionarse con amigos ~~con~~ los que era puro desastre, no entraban a clase y sólo perdían el tiempo haciendo tonterías+, lo cual repercutió en su rendimiento escolar de tal manera que reprobó el segundo grado. Después en tercer año, considera haberse ~~compuesto~~ como persona+, ya entraba a clases y hacía todo lo necesario para llevar buen rendimiento. Actualmente cursa el primer semestre del bachillerato, lleva un rendimiento bajo y considera que su principal problema ha sido el de ser encontrado bajo los efectos de la marihuana en clase.

Área social

Darío refiere tener dos amigos desde ya hace mucho tiempo, ellos son Marco y Roberto, son sus amigos porque tienen gustos similares a los de él, además cuando tienen un problema, tienen la confianza de platicárselo y apoyarse entre ellos. Cuando están juntos, acostumbran ir a jugar billar, a cenar en casa de alguno o a tomar alguna cerveza y platicar. Es muy raro que se enojen entre ellos,

en general se llevan bien y se debe desde su punto de vista a que se conocen ya desde mucho tiempo atrás.

Área personal

Darío es un adolescente que se considera extrovertido, que demuestra su afecto y también lo que piensa tanto con su familia como en las relaciones de noviazgo que ha tenido, sin embargo sus padres y hermanos consideran lo contrario, dicen que es frío y sarcástico. De hecho, antes tenía muchas discusiones con su madre porque ella le contaba algo y él le hacía comentarios sarcásticos, lo cual la hacía enojar, por esta razón ha dejado de hacer dichos comentarios.

En cuanto a las relaciones de pareja, le desagrada tener una novia fija, considera que es mucha responsabilidad, por lo que sus relaciones son de corto tiempo. Menciona que de repente y aunque se encuentre bien con una chica ~~se le~~ bota la canica y se mete con otra+. Actualmente no tiene pareja, explica que una chica de su salón le gusta mucho, pero que ella tiene novio, y aunque ésta decía también quererlo, no ha dejado a su novio. Además, él siente que ella lo trata como a ~~los~~ todos los demás+, lo cual lo llevo a tomar la decisión de ya no hablarle, pese a sentirse triste de unas semanas a la fecha por tal decisión.

Refiere ~~no~~ tener adicciones+, que en el caso de la marihuana, ~~sólo~~ la ha consumido hace alrededor de un mes, al menos tres veces por semana+.

En sus tiempos libres le gusta tocar la guitarra y ver películas que lo hagan reflexionar como la de ~~la~~ naranja mecánica+. Tiene gusto por la lectura aunque sólo le gusta leer ~~las~~ cosas importantes+, además disfruta de salir con sus amigos a tomar una cerveza y platicar. Le molestan las personas que creen ser cultas o tratan de aparentarlo y no lo son, él se considera una persona ~~no~~ culta+. Darío considera que es una persona tranquila, que ~~no~~ nunca pone mucho interés en nada+, que así logra su tranquilidad, refiere que evita enojarse con los demás porque eso no lleva a nada, que mejor trata de tranquilizarse y arreglar las cosas. También explica que a

veces no se da cuenta de las cosas que son importantes y que necesita una experiencia fuerte para darse cuenta. Por ejemplo, tuvo que sufrir la separación de la chica que le gustaba, para darse cuenta que él era el plan de respaldo de ella, que ella no era su novia y que él estaba esperanzado a algo que no iba a suceder.

A Darío le gustaría ser un músico profesional de los buenos, no cualquier porquería.

La sesión

En las viñetas anteriores trabajé la empatía desde la contratrasferencia concordante y desde la contratrasferencia complementaria según la clasificación de Racker (1948, como se citó en Werbin y De León, 2007). En el caso de actuación de la contratrasferencia fue del tipo concordante. Una sintonización de mi Yo con su Yo, más tarde se vuelve una identificación con su *self*, que al final y por mis propios conflictos personales me lleva a una actuación de la contratrasferencia en forma complementaria, representando el objeto que la paciente demandaba de manera inconsciente. En la segunda viñeta existe una contratrasferencia principalmente concordante y consciente que permite una percepción más adecuada de la dinámica inconsciente de la paciente y que permite un acercamiento empático y no una actuación contratrasferencial.

En ambas viñetas existe una ligazón afectiva positiva (identificación, comportamiento paternal, simpatía) con la paciente. Con ligazón afectiva positiva, me refiero a que dichos sentimientos, emociones y comportamientos están relacionados con representaciones favorables y no amenazantes, tanto de la paciente como mías.

Es común, fuera y dentro del ámbito psicoanalítico que la empatía se piense unida y solo posible si existe dicha ligazón afectiva positiva. Dicha concepción es correcta si hablamos del uso y significado corriente de la empatía, pero incorrecta si entramos al terreno de la empatía psicoanalítica.

Para explicar lo anterior ahora trabajaré esta última a la luz de un paciente con el que predominaba la contratransferencia negativa.

Fragmento de la primera sesión.

T: Terapeuta D: Darío Llega 20 minutos tarde.

T: ¿Qué tal?

D: ¿estoy loco?

T: ¿A qué te refieres?

D: pues no sé, tú eres el experto, tú eres el que está o .¿estás graduado?

T: sí, soy psicólogo

D: pero eres .¿cómo se llama?.....residente o sea no estás graduado

T: soy residente de la maestría en psicoterapia para adolescentes

Auto-observación

Me sentía molesto por su forma de tratarme

D: cuando digo que quiero saber si estoy loco, me refiero a si soy poco convencional (lo dice con cierto entusiasmo)

Auto-observación

Recordé algunos datos de la entrevista:

%Un músico bueno, no cualquier porquería+

%soy una persona culta+%me molestan los que sólo aparentan serlo+

%me trataba como a todos los demás+

%me di cuenta que yo era el plan de respaldo+

También me hacia la pregunta ¿qué le estaría representando yo?

T: ¿poco convencional?

D: si, como el personaje de la película *la naranja mecánica* estaba bien loco, lo trataron de volver normal

T: me parece que no te gusta sentirte normal+

D: pues, es que los chavos de mi edad son como *o* lo que te decía, tratan de ser cultos y no lo son, ni saben de libros, yo ahorita estoy leyendo X libro, ¿lo has leído?

T: No

D: el otro día estaba platicando con un chavo que según lo había leído y ni sabía bien de que se trataba, nada más lo hacen como para apantallar a las chicas o no sé

Auto-observación

Pienso que *ser* diferente+o poco convencional, para él es como ser especial a los ojos de los demás y de sí mismo y que le molesta que los que ni siquiera se esfuerzan en *ser* especiales+o diferentes obtienen el reconocimiento o afecto que él no

T: ¿y tú por qué lees?

D: (silencio largo) pues no sé, para saber y no aparentar, para tener tema de plática con, pues porque me gusta aprender

T: para saber y no aparentar, para tener tema de plática, parece que no sólo el chico con el que platicabas busca impresionar a las chicas

D: ja (se ruboriza) pero yo sí soy culto, no lo aparento

T: y eso te hace diferente

D: si, no soy como los otros

T: Darío, me parece que a veces buscas o quieres colocarte en un lugar en donde sientes que tienes más oportunidades de %ganar la batalla+ de conquistar a la chica, un lugar en donde quizá te sientes %superior+a los demás

D: (hace una expresión de incomodidad que trata rápido de desaparecer) si a veces, es que si odio ser normal, me siento no sé cómo.. (Silencio largo)

T: ¿cómo te sientes ahorita?

D: ja, bien (lo dice como si tratara de convencerse a sí mismo)

T: no suenas muy convencido

D: es que me acorde de la chica que me gustaba, la que tiene novio, me siento mal cuando la veo, no sé, me da como coraje, por qué decía que me quería y no se alejó de su novio, además es un tipo que fuma y toma un buen, la otra vez la vi también a ella fumando ahí enfrente de los baños, sólo la salude así como con la mirada, él la va a llevar por un camino que le va a hacer daño. Cuando recién la conocí y yo fumaba (tabaco), ella luego me decía que no lo hiciera y me lo quitaba de los labios, por eso siento feo por ella, antes como que si le interesaba estar sana y ahora parece que no, la están influenciando mal, yo ahora ya no fumo y pues nunca he tomado así como que seguido o mucho

Auto-observación

Me siento conmovido, pienso que él ha %bajado la guardia+ un poco y que está tolerando verse vulnerable

T: fumas marihuana

D: jaja, pero pues no es tan dañina como el tabaco, además pues la voy a dejar

T: no dudo que te sientas mal al ver que ella se encamina en algo que se puede volver una adicción, pero me parece que cuando la vez, lo que más te lastima no es el daño que ella se hace, sino que la persona que la está influenciando o por quien ella se está %dejando influenciar+no eres tú Darío

D: (silencio largo) pues tal vez

Análisis

Trabajo intelectual

Para comenzar el análisis de esta viñeta recordaré al lector que la empatía psicoanalítica implica un progresivo, compartido y profundo contacto con la complementariedad objetal, con el Yo defensivo y con las partes escindidas del otro, no menos que con su subjetividad egosintónica (Bolognini, 2004).

Poco después de iniciada la sesión me comencé a sentir molesto con Darío por su modo altivo de hablar. Era razonable que en el fondo él estuviera molesto, puesto que no acudía a la clínica de manera voluntaria. Pero aquella molestia se había anudado a un rasgo narcisista de su carácter.

En un inicio, me es proyectada una representación negativa de los objetos de Darío a la que yo reacciono inmediatamente con enojo. En aquel momento me resulta imposible ver que hay detrás de aquella postura que toma frente al tratamiento y mi figura como terapeuta.

Su comportamiento era desconocido para mí, era el primer paciente que en una primera sesión se manifestaba de aquella manera, también era de mis primeros pacientes que atendía en la residencia. Lo anterior, en un principio me impidió hacerme una pregunta clave ¿qué le estoy representando?. Sin embargo no consideré adecuado hacer algún señalamiento en aquel momento y continué escuchando hasta tener un panorama más amplio.

Momentos después, cuando él deja ver su deseo de ser ~~un~~ poco convencional+ vienen a mi mente datos obtenidos en las entrevistas que hablaban de una persona que por un lado busca ser alguien que destaca y por otro lado que se siente poco valioso para los demás.

Lo anterior permite, en primer lugar que mis identificaciones dejen de estar puestas en sus objetos internos y comiencen a colocarse en su yo, en contenidos de su *self* que muestran un Darío que sufre y que busca protegerse del dolor.

Son precisamente aquellos contenidos los que me permiten por un lado comprender su dinámica defensiva, su transferencia negativa y por otro y como consecuencia, descolocarme del rol que él me proyectaba con base en sus objetos.

Quizá el lector se preguntará antes que nada ¿Por qué inicié un tratamiento con una persona que no quiere hacerlo?

El primer motivo es la institución, la escuela condiciona a este tipo de alumnos, se les da a elegir entre ser expulsados o acudir a un proceso psicoterapéutico.

El segundo motivo, es posibilitar en el paciente mediante el inicio del proceso una demanda propia de recibir dicho tratamiento.

Pienso que en la viñeta presentada, se puede observar lo que quizá se pueda volver una demanda de tratamiento de Darío. No puedo asegurar lo anterior, no se puede dejar de lado que no acude de manera voluntaria. Desde mi punto de vista, la empatía psicoanalítica no crea la demanda, sólo puede favorecer que se haga consciente, es decir, no se puede ser empático con un paciente que ni consciente ni inconscientemente considera necesitar de un proceso psicoterapéutico.

Ahora bien, con esta viñeta, he querido mostrar, como ya lo mencionaba Schafer (1983) que la empatía psicoanalítica no se limita sólo a las experiencias emotivas que se consideran que es bueno vivir en análisis, evitando empatizar, por ejemplo, con el orgullo desmesurado, la sociopatía o el sadismo (Bolognini, 2004). Me parece que este tipo de empatía tiene que ver con ser capaces de entender por un lado por qué el paciente ha adoptado dichos comportamientos o formas de

relación y por otro y como resultado del anterior análisis, poder tomar la postura más adecuada hacia dicho paciente.

En esta línea, Bolognini (2004) refiere lo siguiente:

En ciertos casos, es más realista y provechoso sintonizarse con el paciente, a través de una actitud de empatía parcial, con sus vivencias y características incluso francamente negativas, si dominan en su personalidad y en particulares circunstancias del análisis.

De esta manera evitaremos proyectarle a toda costa los fantasmas de las partes buenas o de aquellas partes idealizadas de nuestros objetos internos para garantizarnos un ambiente humanizado en donde se pueda vivir, negando más o menos clamorosamente la realidad; y veremos las cosas como están, de conscientes, claro está, siendo que a nuestra sintonía empática no le podrá faltar, para ser bastante completa, un cierto grado de articulación y de complejidad: así, nuestra sensibilidad perceptiva deberá hacerse disponible para captar, por ejemplo, la desesperación tras la dureza, la angustia de insuficiencia tras la grandiosidad, la confusión tras la falsedad y la marca de antiguas heridas tras el sadismo.

Pero también se debe estar dispuesto a no pretender amar+ rápido por la fuerza al paciente así como se presenta, por obligación o por una compulsiva disposición bien pensante, síntoma de un cliché profesional idealizado y poco realista.

Una cosa es tener confianza en las posibilidades evolutivas de una persona, postular la existencia de un núcleo cálido, de relación y germinativo en cada ser humano, más allá de las corazas y de los estratos rocosos de todo tipo, y ser de tendencia confiada respecto de la posibilidad de desarrollar una

experiencia psicoanalítica fructífera. Otra cosa es representarse al paciente, con optimista, escotomizante afabilidad, siempre y sólo como un gatito despistado que finalmente ha encontrado en el analista a la mamá extraviada, disponiéndose a instaurar un clima prematuramente reparador, más que autorrepresentativo y elaborativo de análisis. (p.161)

Finalmente, Bolognini considera que la falta de una correcta y realista percepción empática de los aspectos negativos de los pacientes puede causar situaciones de colusión inconsciente, de estancamiento, de evitación y de superficialización de la relación, así como una escasa claridad para distinguir entre la agresividad y la hostilidad del paciente.⁹

⁹Mientras que la agresividad tiene “como intención final acercarse al objeto, y a menudo es, además, una tentativa de relacionarse, o, ¿por qué no?, de diferenciarse, dado que garantiza una posibilidad de descubrir dónde está uno y dónde está el otro; la hostilidad (hostis), al contrario, tiene el propósito de destruir, humillar y, sobre todo, de triunfar sobre el objeto” Giannakoulas (1996, como se citó en Bolognini, 2004).

CAPITULO 4. CONCLUSIONES

Cuando expresé mi deseo de estudiar la empatía en psicoanálisis a algunos profesores, la primera respuesta fue negativa, me expresaron lo siguiente: «la empatía no existe en psicoanálisis», «ponerse en los zapatos del otro no puede ser en el psicoanálisis», «muchos analistas o que se dicen analistas terminan involucrándose sentimental y sexualmente con sus pacientes argumentando que fueron empáticos». Esta mala fama de la empatía psicoanalítica entre analistas, principalmente ortodoxos, me parece corresponde en parte al mal manejo que se le ha dado al término empatía por muchos *psicólogos del self* aparentemente basados en el método de Kohut, como lo refiere Bolognini (2004), y también al lastre que el término empatía en psicoanálisis ha tenido que cargar y poco a poco abandonar para tomar un nuevo significado, este lastre es el de pensar a la empatía psicoanalítica como la capacidad de «ponerse en los zapatos del otro», y que ciertamente no existe en psicoanálisis.

Como lo describía Greenson (2002), la empatía psicoanalítica surge principalmente en los niveles consciente y preconscious, como una identificación consciente, es decir, el analista empático nunca deja de ver sus propios conflictos, tal como lo explicaba Ferenczi (1928) «siempre se toman en cuenta los aspectos narcisistas del propio analista». De esta manera, la diferenciación es parte fundamental de la empatía. El analista, como decía Deutsch (1926, como se citó en Liberman, 2007), ha tenido un desarrollo similar a cualquier otra persona, pero nunca será el mismo, pues hay los datos clínicos para cada persona, por lo que incluso una fusión empática es inexistente, por lo tanto sólo existen, en palabras de Kohut (1959/1986), experiencias cercanas.

La tercera frase habla en representación de lo que Ferenczi (1928), Kohut (1959/1986) y Bolognini (2004) han advertido: que la empatía se entendiera muy similar a la contratrasferencia concordante y el analista cediera a la demanda consciente del paciente (empatismo), motivado básicamente por sus propios conflictos, que tienen de base identificaciones. Esta forma de entender la empatía llevaría a la violación de la regla de abstinencia por parte del psicoterapeuta.

Lo anterior, me ha motivado a hacer a lo largo de este trabajo una diferenciación muy clara entre empatía y actuar contratrasferencial, acentuando siempre que la empatía psicoanalítica conlleva un proceso de discriminación o escrutinio que permite entender de la manera más completa, las reacciones contratrasferenciales y el inconsciente del paciente.

En este trabajo, he pretendido situar a la empatía psicoanalítica como un aspecto indispensable para llevar a cabo el tratamiento de cualquier paciente. No sólo como un prerequisite como lo decía Freud (1913/2008), sino como una cualidad que será vital a lo largo de todo el tratamiento del paciente, como lo trataba de explicar Ferenczi (1928) en sus primeras aproximaciones. No la considero la base del tratamiento como Kohut (1959/1986) porque me parece que la empatía psicoanalítica no es un método, sino un proceso que requiere un conocimiento personal amplio tanto del analista (análisis personal) como del paciente (aspectos defensivos, historia clínica etc). Además me adhiero a Bolognini (2004) cuando refiere que, considerar la empatía como una finalidad en el terapeuta lo hace forzarse a ser *emipático*, lo cual puede conllevar una pérdida de su libertad asociativa tan importante en el tratamiento psicoanalítico. El terapeuta puede estar más enfocado a resonar con el paciente que a analizar su sentir como respuesta a lo que su paciente manifiesta (introspección) y entonces vendrá la imposibilidad de diferenciar y comprender realmente al paciente.

Por otra parte, es importante diferenciar la empatía psicoanalítica de la *función alfa y capacidad de rev rie* de Bión (1967, como se citó en Alzueta, 2011). La función alfa, unida a la capacidad de *rev rie*, fueron conceptos que Bion desarrolló con base en la identificación proyectiva (al igual que la empatía). Sin embargo, Bion enfatiza la posibilidad de identificarse con las necesidades del infante y con la capacidad para traducir los elementos beta emitidos por el bebé en elementos alfa. Si bien, la empatía psicoanalítica incluye esa capacidad, esta se enfoca más en el proceso que permite saber cuáles elementos beta corresponden al paciente y cuales al psicoterapeuta, favoreciendo una desidentificación que

lejos de alejarnos de la problemática del primero, nos permitan verla con más claridad.

Dentro del psicoanálisis, la empatía ha ido cambiando de significado. En un inicio y siendo introducida en el sentido simple por Freud (2008/1913) y hasta llegar a otorgarle la primicia dentro del psicoanálisis por Kohut (1959/1986).

Este recorrido teórico-clínico que han hecho los autores, pero principalmente mis errores y aciertos en mi formación como psicoterapeuta, me han permitido visualizar no sólo la complejidad de la empatía psicoanalítica, sino de la labor psicoanalítica como tal. Considero que la empatía psicoanalítica ocupa un lugar muy importante dentro de la labor psicoterapéutica, pues permite una comprensión más amplia del funcionamiento psíquico de los pacientes, posibilitando una intervención que lejos de acentuar las resistencias las disminuye. Permitiendo así, que el paciente comience a hacer conscientes sus conflictos y quizá también pueda elaborarlos.

La empatía psicoanalítica se encuentra aún en un proceso de resignificación, tratándose de desencajar del actuar contratrasferencial y la simple actitud empática que comporta una visión limitada del funcionamiento psíquico de los pacientes.

Desencajarse de esta visión aún muy compartida, no será fácil pues asimilar la empatía de esa manera disminuye las angustias tanto del terapeuta como de los pacientes, sin embargo, como se ha visto en el presente trabajo esto se aleja de la verdadera cura psicoanalítica.

Me parece que hay toda una línea de investigación que se ha abierto al comenzar a profundizar en el proceso de la empatía psicoanalítica. Pienso en lo mucho que puede ayudar entender los procesos de la empatía psicoanalítica cuando se trata de una terapia breve y de emergencia, cuando se habla de un Yo auxiliar, un Yo que el psicoterapeuta presta o pone al servicio del paciente. ¿Qué riesgos trasferenciales y contratrasferenciales conllevan estos tipos de intervención?. Considero que el estudio del proceso empático puede ayudar no

sólo a tener muy clara la función y el lugar que ocupa el psicoterapeuta sino también la base que rigen sus señalamientos.

Recordemos que nuestro compromiso más importante no es con los pacientes, la institución que nos forma o la escuela teórica con la que más nos identificamos y adoptamos, nuestro compromiso más importante es con la verdad (aspectos inconscientes que rigen nuestro actuar), con esa que encontramos en el diván en nuestro propio análisis y buscamos encontrar en nuestros pacientes.

La práctica clínica nos lleva a cuestionar o confirmar la teoría, he ahí el compromiso con la verdad, a veces nos apegamos a las teorías que consideramos explican mejor a nuestros pacientes y a nosotros mismos dejando de lado que en ocasiones nuestro apego no es resultado de una convicción posterior a un análisis profundo sino a una barrera que nos protege de aquellos mensajes (internos y externos) que nos llegan y desestabilizan emocionalmente. Entonces cuestionar una teoría puede implicar cuestionarnos a nosotros mismos. Yo creo que el compromiso con la verdad es esa posibilidad de cuestionamiento en el terapeuta.

Este trabajo lo comencé teniendo como base una idea equivocada de la empatía psicoanalítica, se podría decir que una base que me tranquilizaba con respecto a mis intervenciones con mis primeros pacientes. Descubrir que esa base no era la adecuada me generó en un principio intranquilidad pero me llevó a un mayor entendimiento y a más cuestionamientos que han ido fortaleciendo mis bases teóricas y mejorando mi trabajo como psicoterapeuta lo cual dicho sea de paso me alegra. Es como llevar la forma de trabajo de mi propio análisis personal a mi trabajo profesional, dando pasos equivocados llegamos a los correctos, a los que nos llevan a la ~~verdad~~ verdad. Aprendí a no ser empático sólo con mis pacientes, sino también conmigo mismo, a entenderme, a comprender por qué elegí desarrollar el presente reporte en torno a la empatía psicoanalítica.

REFERENCIAS

- Alzqueta, M. (2011). *Wilfred Bion: Conceptos básicos*. Recuperado de <http://institutoananda.es/bion/>
- Bion, W. (1987). *Aprendiendo de la experiencia*. México: Paidós.
- Bleichmar, H. (1976). *La depresión*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Bolognini, S. (1997). Empatía y ~~em~~patismo+. *Libro Anual de Psicoanálisis. XIII*. España: Biblioteca nueva.
- Bolognini, S. (2004). *La empatía psicoanalítica*. Buenos Aires: Lumen.
- Bolognini, S. (2004a). *Complejidad de la empatía psicoanalítica: Una exploración teórica . clínica*. Recuperado de: http://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup100/100-bolognini.pdf
- Borensztein, C. (2009). El enactment como concepto clínico convergente de teorías divergentes. *Revista de psicoanálisis, 67*, 177-192.
- Borgogno, F. (1992) *Evoluzione della tecnica psicoanalítica*. Recuperado de: <http://www.pep-web.org/document.php?id=rpsa.038.1047a>
- Celis, M., Bohart, A. y Greenberg, L. (2003). Reconsiderando el concepto de empatía. Nuevas direcciones en psicoterapia. *Aperturas Psicoanalíticas, 13*. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000237&a=Reconsideracion-del-concepto-de-empatia-Nuevas-direcciones-en-psicoterapia>
- Celis, M. & Jacobs, T. (2002). Contratrtransferencia, pasado y presente: una revisión del concepto. *Aperturas Psicoanalíticas, 25*. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000434&a=Contratrtransferencia-pasado-y-presente-una-revision-del-concepto>