

24-90

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA



**EL CONCEPTO DE CONTRATRANSFERENCIA
EN PSICOTERAPIA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

EDUARDO JOSE ONGAY MOGUEL

Asesor: Lic. Celso Serra Padilla

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	<u>Página</u>
INTRODUCCION	1
CAPITULO I LA INTERDEPENDENCIA ENTRE EL OBSERVADOR Y EL FENOMENO OBSERVADO	5
CAPITULO II LA SITUACION PSICOTERAPEUTICA. DEFINICION DE LOS CONCEPTOS FUNDAMENTALES	13
CAPITULO III EL CONCEPTO DE CONTRATRANS- FERENCIA. ANTECEDENTES	19
CAPITULO IV LA POSICION CLASICA: LA CON- TRATRANSFERENCIA COMO UN OBSTACULO	25
CAPITULO V LA POSICION INTERACCIONAL: LA CONTRATRANSFERENCIA COMO HERRAMIENTA TERAPEUTICA ...	71
CONCLUSIONES	154
BIBLIOGRAFIA	

Simplemente, somos más seres humanos
que otra cosa.

H. S. Sullivan

INTRODUCCION

Dentro de los conceptos psicoterapéuticos, quizá ninguno haya sido motivo de tanta controversia como el de la contratransferencia. Esta situación es resaltada por el hecho de que a partir de la primera mención que hizo Freud del tema en 1910, la literatura acerca de la contratransferencia fue casi inexistente durante los cuarenta años siguientes.

Sin embargo, a partir de 1950, aproximadamente, se expresó un creciente interés alrededor de este concepto y los psicoterapeutas de diversas corrientes comenzaron a publicar trabajos en donde se analizaban las reacciones, actitudes y sentimientos del terapeuta hacia el paciente. La contratransferencia comenzó a ser entonces centro de polémica, y las discusiones acerca de lo benéfico o perjudicial de su existencia, de la importancia de su uso como posible herramienta terapéutica o bien de su consideración como obstáculo para el tratamiento, se acrecentaron en la literatura psicoterapéutica.

Siendo la contratransferencia un concepto tan controvertido, el objetivo y la importancia del presente trabajo consiste en proporcionar

una sistematización de lo que se ha investigado, descubierto y aplicado acerca del tema.

Esta sistematización podrá facilitar al estudioso de la psicoterapia la comprensión de un tema sobre el que existen muchas y variadas opiniones, ayudándole a establecer con más claridad qué es lo que se entiende por contratransferencia y cuál es la importancia de ésta.

Es mi intención también, que esta serie de reflexiones acerca de un concepto en donde el personaje principal es el terapeuta, motive una autocrítica más constante de éste hacia su trabajo y una revisión más detallada de su diario quehacer psicoterapéutico.

La sistematización efectuada en el presente trabajo consiste en agrupar a quienes han escrito, en base a su experiencia clínica, acerca de este fenómeno, en dos grandes posiciones: la clásica y la interaccional. La división puede resultar convencional y un tanto esquemática, pero considero que de esta forma puede obtenerse una visión integral del desarrollo del pensamiento sobre la contratransferencia.

Por otra parte, es necesario aclarar que el estudio de la contratransferencia en este trabajo se refiere específicamente a la situación psicoterapéutica individual. Dicho de otra forma, a la interacción entre dos personas: el terapeuta y el paciente. Con esto no pretendo de ninguna manera negar que este fenómeno se dé a otros niveles como puede ser el caso de la psicoterapia de grupo. No obstante, dada la com

plejidad del tema, se prefirió enfocarlo en una sola situación.

El trabajo está integrado por cinco capítulos. En el primero, se intenta situar a la tesis en un contexto general, derivado de una conceptualización muy aceptada actualmente dentro de la ciencia: en todas las disciplinas científicas existe una interdependencia inevitable entre el observador y el fenómeno observado. Si esta relación es importante dentro de la ciencia en general, cobra especial relevancia en el fenómeno de la contratransferencia, que es en última instancia un producto de la interacción entre terapeuta (observador) y paciente (observado).

El segundo capítulo proporciona un marco más específico para el estudio de la contratransferencia, es decir, el concepto de la relación psicoterapéutica y la explicación de los elementos fundamentales que la conforman.

El capítulo tercero se refiere a lo escrito por Freud, acerca de la contratransferencia, desde su primera mención explícita del fenómeno, hasta algunas observaciones indirectas acerca de éste, como son sus recomendaciones de la actitud que idealmente deberían guardar los psicoanalistas. Aquí, a la vez que se proporcionan los antecedentes del concepto, se resalta la ambigüedad mostrada por el creador del psicoanálisis acerca del fenómeno de la contratransferencia.

En los capítulos cuarto y quinto se concentra el grueso del material dividido, como se mencionó antes, en posición clásica (Capítulo IV)

e interaccional (Capítulo V). En estos dos capítulos se incluye la reseña de lo escrito por los diferentes autores y los comentarios a cada uno de éstos. Los comentarios tienen como objetivo dar una visión integrada de las diferentes ideas acerca del concepto, estableciendo nexos entre los antecedentes de una idea y las posteriores elaboraciones de ésta.

Finalmente, se incluyen, en un capítulo de conclusiones, mis puntos de vista sobre el material presentado en los capítulos previos.

CAPITULO I

LA INTERDEPENDENCIA ENTRE EL OBSERVADOR Y EL FENOMENO OBSERVADO

La búsqueda de la objetividad ha constituido, desde siempre, una de las principales metas de la ciencia. Dado que las llamadas ciencias exactas han logrado una mayor objetividad -aunque no completa como se verá más adelante- en sus métodos de investigación, algunas corrientes de psicología han tomado a estos métodos como modelos, pretendiendo así obtener un grado de confiabilidad mayor en sus resultados. El excesivo interés mostrado por algunos estudiosos de la conducta humana por medir y cuantificar todos los datos posibles (como ocurre en la psicología conductista), es una consecuencia directa de la imitación de los métodos de estas ciencias. Quienes así proceden se ufanan de estar efectuando un verdadero estudio científico del hombre y declaran su desprecio por otras corrientes psicológicas argumentando su falta de objetividad. Sin embargo, la extrapolación de los métodos empleados por la física y otras disciplinas para el estudio del ser humano, no ha hecho más que distorsionar tanto la naturaleza del método como el objeto de estudio. El estudio del hombre supone una dificultad mucho mayor que no puede ser resuelta con la adaptación de métodos de medida rígida. Una de las causas de esta dificultad es la subjetividad que el estudio de la psicología necesariamente lleva consigo y que puede interfe-

rir en el estudio de un fenómeno dado. Esta subjetividad se manifiesta a través de los sentimientos, valores, creencias, etc., que el científico, como cualquier otra persona, posee.

La psicología conductista y mecanicista ha pasado por alto la pro pia emotividad del hombre que, como científico, estudia a otro hombre. Tal soslayo es totalmente congruente con su posición teórica, ya que las emociones del científico son variables irrelevantes para el estudio de la conducta.

Por otra parte, la ansiada objetividad buscada por la psicología, ha resultado relativa aún en ciencias como la física. Los descubrimientos de Einstein y Heisenberg han demostrado que la posición del hombre como observador de fenómenos físicos, tiene una total influencia en el desarrollo de éstos. Antes de los descubrimientos de Einstein acerca de la relatividad, la física estaba regida por los principios de la mecánica creada por Newton.

Las bases de la teoría de Newton son explicadas por Rosenblueth de la siguiente manera: "La mecánica newtoniana suponía la posibilidad de establecer una concatenación causal o determinista única entre los estados previos y los ulteriores de un sistema de partículas o de materia. Cuando se llegaron a conocer las leyes de esta concatenación, se decía: Si en un momento dado se pudiera determinar la posición exacta y la velocidad de todas las partículas del Universo, se podría entonces,

de acuerdo con esta teoría, inferir todos los estados del pasado, así como los del futuro. Esto implicaba, que una vez lograda esta determinación, la ciencia habría terminado su labor, podía entonces extrapolar hacia atrás y hacia adelante; con precisión y sin limitaciones".¹

El descubrimiento de la relatividad por Einstein, revolucionó la ciencia física, ocasionando una verdadera ruptura epistemológica no tan sólo en dicha ciencia, sino en la concepción del hombre dentro del Universo. De la teoría de la relatividad se desprende el hecho de que sólo se puede observar un fenómeno a través de lo que ocurre en el observador. Einstein rompió con el determinismo newtoniano al demostrar que no existe un tiempo absoluto: Cada observador posee una noción diferente del tiempo, por lo que la observación de un mismo fenómeno físico es necesariamente diferente dentro de cada uno de los observadores.

Una breve explicación del impacto logrado por la teoría de la relatividad en la física es la que ofrece Deveraux: "Dejando el margen debido para cierta cuantía de simplificación exagerada, el astrónomo relativista no estudia una estrella allá afuera sino aquí dentro, ... en sí mismo. Dicho de otro modo, estudia los eventos que se dan en o dentro de su observatorio y que sólo se presume tuvieron su origen en aquella estrella. Newton estudió los movimientos M y N, en movimiento relati

¹ Rosenblueth, A. El Método Científico. Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del I.P.N. México, 1975, p. 20.

vo uno respecto de otro, como si él hubiera estado en un cuerpo absolutamente fijo X. Einstein estudió los movimientos de los cuerpos M y N como si él hubiera estado en uno de ellos. Además, mientras estaba en el cuerpo M no pretendía estudiar los eventos 'que pasaban allá' en el cuerpo N; en lugar de eso, estudió las repercusiones de los eventos que tenían su origen en el cuerpo N tal y como afectaban a sus instrumentos que también estaban situados en el cuerpo M; es decir, estudiaba los eventos en sí mismo. Buena parte del extraordinario adelanto de la física moderna se debe a este estudio de los fenómenos físicos 'en el observador'².

Si Einstein acabó con la formulación determinista de la mecánica newtoniana en un plan básicamente teórico, Heisenberg logró lo mismo a un nivel empírico. El principio de incertidumbre o indeterminación de Heisenberg postula que la inclusión de un aparato para observar la posición de un electrón, modifica esta posición. Como el aparato es una creación del observador y, en cierto sentido, constituye una extensión de éste, la conclusión es que la presencia del observador influye en la posición del electrón.

La inclusión de estos ejemplos de la física en donde se ha demostrado que la objetividad es inalcanzable, ya que la presencia del observador modifica los hechos observados (aún cuando sean puramente

² Deveraux, G. De la Ansiedad al Método en las Ciencias del Comportamiento. Ed. Siglo XXI, México 1977, p. 337

físicos), tiene como objeto resaltar las dificultades que entraña el estudio del hombre por el hombre mismo. Se ha dicho que en física la só la presencia del observador modifica al fenómeno observado. En psicología, así como en las ciencias sociales, a las dificultades causadas por la presencia del observador hay que agregar un problema adicional el de la afectividad. Deveraux, quien ha estudiado ampliamente este tema, expresa que no es una casualidad el hecho de que los hombres que en su consideración más ampliamente modificaron el concepto del hombre en el Universo, nacieran en este orden: primero Copérnico, después Darwin y por último Freud. La tesis de Deveraux es que existe una relación inversamente proporcional entre la objetividad en el estudio de un fenómeno y la ansiedad que provoca su estudio. En la medida en que el fenómeno ocasiona mayor ansiedad, menos capaz parece el hombre de estudiarlo objetivamente. Dentro de este contexto puede entonces explicarse que el orden de los descubrimientos fuera éste y no otro. "Era más fácil ser objetivo acerca de los cuerpos celestes que del hombre en tanto que organismo, y ésto más fácil que la objetividad acerca de la personalidad y el comportamiento del hombre. Si Freud hubiera sido contemporáneo de Copérnico, y aún de Darwin, no hubiera podido crear un concepto psicoanalítico del hombre aunque hubieran habido los medios para recoger y comparar los datos brutos necesarios y él hubiera tenido acceso a ellos..."³

³ *Ibíd*em p. 27

Una idea parecida es la expresada por Pasternac⁴, quien señala que el físico puede poner, entre él y su objeto de estudio, una distancia considerable, ya que lo que estudia no está inmerso en la cotidianidad en que vive. Los fenómenos psicológicos representan el caso contrario, ya que al ser experimentados por todo ser humano, cualquiera puede pretender un conocimiento de tales fenómenos. Sin embargo, advierte Pasternac, esta familiaridad con los fenómenos psicológicos, lejos de facilitar su estudio objetivo, constituye un obstáculo para éste.

Otra diferencia importante entre la física y las ciencias del comportamiento es la relación que existe entre el observador y lo observado. Según Deveraux⁵, en la física esta relación es asimétrica, mientras que en las ciencias del comportamiento la relación es recíproca. Las estrellas o electrones observados para su estudio por el astrónomo o el físico nuclear, no pueden a su vez observar a éstos. En las ciencias del comportamiento la observación es simétrica y recíproca. El observador se convierte en un momento dado, en "observado" por el sujeto.

Esto es válido no tan sólo en el estudio del hombre -asegura Deveraux- sino también en los experimentos con animales. La unidireccionalidad de la observación en psicología es solamente el resultado de

⁴ Braunstein, N.; Pasternac, M.; Benedito, G.; Saal, F.; Psicología: Ideología y Ciencia. Siglo XXI, México 1981, pp. 113-114

⁵ Deveraux G. Op. Cit. Cap. III

una ficción, instrumentada a través de dispositivos experimentales que intentan nulificar la contraobservación en aras de una mayor objetividad de los resultados.

Deveraux señala que ciertos animales usados en experimentos y sobre todo los mamíferos superiores, sienten tanto agrado por los manejos del experimentador, que muchas veces no responden como podría esperarse al castigo o a los toques eléctricos que se les dan de manera punitiva,

La reciprocidad de las observaciones ha sido un hecho que se ha tomado muy en cuenta en un área específica de la psicología: la psicoterapia. Dentro de la psicoterapia la interacción u observación recíproca entre observador (terapeuta) y observado (paciente), constituye un hecho inevitable. Sin embargo, esto no da lugar a la afirmación categórica de que tal interdependencia imposibilite la obtención de datos válidos que otorguen al terapeuta elementos para conseguir su principal meta: ayudar al paciente.

Por otra parte, la posible contaminación causada por la fuerte carga emotiva que supone la relación psicoterapéutica, se convierte en obstáculo sólo cuando esta emotividad es mal usada o no entendida. Indiscutiblemente, el estudio del hombre por el hombre está cargado de innumerables problemas. No obstante, el desarrollo del psicoanálisis (que puede considerarse como el antecedente directo de las psicoterapias)

pías analíticamente orientadas), muestra que desde sus principios, se vió en el observador-psicoanalista una posible fuente de obstáculos. Este reconocimiento llevó a la implementación de una formación que posibilitara al terapeuta la reducción de la influencia de sus propios problemas en el tratamiento del paciente. De esta manera, el terapeuta debe someterse a un tratamiento personal que tiene como objetivo el mejor conocimiento de sí mismo, lo que le facilitará a su vez el mejor conocimiento del paciente.

La aceptación de que el hombre no puede ser totalmente imparcial y objetivo en el estudio de otro hombre iniciada por el psicoanálisis, situó a esta disciplina y a las psicoterapias derivadas de ella, en un nivel de gran comprensión de la naturaleza humana. Esta comprensión está basada en un hecho muy simple: cualquier persona en una relación intensa con otra, como ocurre en la psicoterapia, necesariamente lleva a esta relación una gran carga emotiva y aquí no importa que a uno se le denomine terapeuta y a otro paciente. A fin de cuentas, son dos seres humanos en contacto.

CAPITULO II

LA SITUACION PSICOTERAPEUTICA

DEFINICION DE LOS CONCEPTOS FUNDAMENTALES

La situación psicoterapéutica puede ser definida brevemente como una relación entre dos personas. Una de ellas, denominada paciente, acude a solicitar la ayuda de otra, conocida como terapeuta, debido a que desea lograr algún cambio positivo, producto de este contacto. Quizá quien mejor ha esclarecido la naturaleza de este tipo especial de relación es Sullivan, quien al referirse a la entrevista psiquiátrica expresa: "Según yo la veo, tal entrevista es, principalmente, una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos, más o menos voluntariamente integrado, sobre una base progresivamente desarrollada de experto-cliente, con el propósito de elucidar pautas características del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente, y qué pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas, y en la revelación de las cuales espera obtener algún tipo de beneficio".¹

Dentro de este marco de relación existen varios conceptos que pueden ser calificados como básicos. Aunque no existe un consenso generalizado acerca de lo que se considera como fundamental debido a las

¹ Sullivan, H. S. La entrevista psiquiátrica. Ed. Psique, Buenos Aires, 1977, p. 26

múltiples corrientes que existen dentro de la psicoterapia, se tratarán de explicar brevemente aquellos conceptos que son comúnmente usados por el psicoanálisis y por las llamadas psicoterapias analíticamente orientadas.

En general, puede decirse que los conceptos usados por estas corrientes psicoterapéuticas tienen su origen en los fundamentos técnicos expresados por Freud, aunque en la actualidad se conciben y utilizan en forma variada. De estos fundamentos surgieron los conceptos de transferencia, contratransferencia, resistencia, interpretación, "insight" y elaboración, que se explicarán a continuación.

La inclusión de una breve descripción de lo que es la situación psicoterapéutica y sus conceptos fundamentales, tiene como objetivo aclarar el contexto dentro del cual tiene lugar el fenómeno que es el motivo de este trabajo: la contratransferencia.

Transferencia. Las reacciones de transferencia son, en lo esencial repeticiones de una relación pasada. Estas reacciones son expresadas en forma de sentimientos, actitudes y fantasmas respecto de una persona actual, que no corresponden a ella, sino que son una repetición de reacciones formadas en relación con personas importantes de la primera infancia. La situación psicoterapéutica y en especial la que ocurre en el psicoanálisis, facilita el desarrollo de la transferencia, ya que el análisis de este fenómeno constituye una de las principales bases de la terapia psicoanalítica. En este contexto, el paciente "transfiere" al te-

rapeuta emociones y sentimientos que tuvieron lugar en el pasado y que ahora son resumidos en la figura de éste.

Contratransferencia. Dado que la contratransferencia es el tema de esta tesis, aquí sólo se dará en forma breve la definición de Laplanche y Pontalis en su Diccionario de Psicoanálisis: "Conjunto de las relaciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste".²

Resistencia. La siguiente definición de resistencia corresponde a Greenson: "Resistencia significa oposición. Todas las fuerzas que -- dentro del paciente se oponen a los procesos y procedimientos de análisis, es decir, que estorban la libre asociación del paciente, que obstaculizan los intentos del paciente de recordar y de lograr y asimilar "insight", que operan contra el yo razonable del paciente y su deseo de cambiar, todas estas fuerzas pueden considerarse resistencia".³

Interpretación. Puesto que la situación terapéutica es una relación que funciona básicamente a nivel verbal, las intervenciones del terapeuta tienen una primordial importancia. Aún cuando se han reconocido otros tipos de intervención como la confrontación y el señalamiento, la interpretación sigue siendo considerada como el principal proce-

² Laplanche, J. y Pontalis, J. Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Labor, Barcelona, 1977, p. 83

³ Greenson, R. Técnica y práctica del psicoanálisis. Siglo XXI, México, 1980, p. 70

dimiento del terapeuta.

La interpretación es un procedimiento usado por el terapeuta, a través del cual estimula al paciente hacia el logro progresivo del autoconocimiento y de la conciencia. Esto se logra a través de "las explicaciones del analista concernientes al significado de los pensamientos del paciente, las fantasías, asociaciones y sueños; lo que éstos revelan acerca de las intenciones reales del paciente, pasadas y presentes, y sus verdaderas actitudes hacia las personas importantes de su vida".⁴

"Insight". El concepto de "insight" es uno de los más controvertidos dentro de la psicoterapia. En general, el término se refiere a un autoconocimiento, a una comprensión de sí mismo. No obstante, el punto principal de discusión es si este conocimiento debe llevarse a cabo de una manera racional e intelectualizada, o debe de estar ligado a una experiencia emocional. Singer considera que en la teoría psicoanalítica de Freud el "insight" tiene una connotación puramente racional. Este autor señala que tal concepción del concepto no tuvo ningún efecto benéfico ni a nivel teórico y tampoco de ayuda a los pacientes. Esto motivó que se buscaran nuevas conceptualizaciones del "insight", por lo que algunos autores comenzaron a opinar que éste es efectivo cuando lleva aparejada una experiencia efectiva. Finalmente, Singer considera que la diferenciación entre "insight" racional y emocional es superflua.

⁴ Singer, E. Conceptos fundamentales de la psicoterapia. Fondo de Cultura Económica, México, 1979, p. 178

"Un examen cuidadoso de las condiciones necesarias para la experiencia se abra paso en la conciencia, lleva a la reducción de la dicotomía entre el "insight" intelectual y el emocional. Esta reconciliación se apoya en el reconocimiento de que las cualidades personales necesarias para el verdadero insight intelectual y el insight emocional son idénticas".⁵

Elaboración. El concepto de elaboración está estrechamente ligado al de "insight" y al igual que éste, ha sido objeto de arduas discusiones. La antigua idea de que el objetivo del tratamiento psicoterapéutico era volver consciente lo inconsciente y la obtención de insight, ha sido cambiada. El sólo surgimiento de estos fenómenos no garantizan al paciente un cambio real y duradero, tal y como lo han señalado Sandler y Col.⁶

Según Greenson, el concepto de "traslaboración*" se refiere básicamente a la repetición y elaboración de insights obtenidos por la interpretación. Es particularmente necesaria la repetición cuando se intenta analizar y vencer las resistencias de transferencia".

"Todo cuanto sigue al nuevo insight y conduce a un cambio de actitud o comportamiento, puede considerarse proceso de traslaboración".⁷

⁵ Ibíd., p. 304

⁶ Sandler, J.; Dare, Ch. y Holder, A. The patient and the analyst. Ed. George Allen and Unwin Ltd. Londres, 1973, p. 121

⁷ Greenson, R. Op. Cit., p. 305

* Esta es otra de las traducciones que se han dado al término: "working-through".

Sandler y colaboradores sostienen un punto de vista similar al expresar que "parece ser de gran utilidad el mantener a la elaboración - como un concepto esencialmente clínico y descriptivo.

Este ha sido considerado como una parte necesaria del proceso terapéutico psicoanalítico y está en relación con la necesidad de superar resistencias provenientes de todas las fuentes. No obstante, el que el paciente no logre cambiar, aún cuando haya obtenido un insight producto de una interpretación, puede ser debido a factores diferentes a la resistencia. La necesidad de un reforzamiento a fin de complementar el aprendizaje obtenido, la formación de nuevas estructuras y el abandono o extinción de las antiguas, tiene mucha relevancia en este proceso. El aprendizaje y la modificación de estructuras pueden no ser parte de la elaboración, pero sí una consecuencia de ésta".⁸

⁸ Sandler y Col. Op. Cit., p. 127

CAPITULO III

EL CONCEPTO DE CONTRATRANSFERENCIA ANTECEDENTES

El hecho de que la contratransferencia sea un fenómeno acerca del cual existen diferentes y variados puntos de vista, hace difícil establecer una definición única del concepto. El término contratransferencia implica, a través del prefijo "contra", una respuesta a la transferencia, es decir, la respuesta del terapeuta a las actitudes y sentimientos del paciente hacia él. Estas actitudes y sentimientos no son más que repeticiones de otros anteriores, que tuvieron lugar en el pasado y con personas especialmente significativas en la infancia del paciente. Durante el curso de un tratamiento psicoterapéutico, las actitudes experimentadas en el pasado por el paciente, son reproducidas en la figura del terapeuta. De esta manera, la conformación del término indica que se trata simplemente de una forma de reacción. De hecho, parece ser que fue éste el significado original del concepto.

El estudio de este aspecto de la relación paciente-terapeuta, se inicia con Freud, quien se refirió a la contratransferencia, en 1910, de la siguiente manera: "Se nos ha hecho visible la 'contratransferencia' que surge en el médico bajo el influjo del enfermo sobre su sentir inconsciente, y nos hallamos muy inclinados a exigir, como norma gene-

ral, el reconocimiento de esta 'contratransferencia' por el médico mismo y su vencimiento".¹

El creador del psicoanálisis indicó así que la contratransferencia era algo que obstaculizaba el buen curso del tratamiento psicoanalítico y que, por lo tanto, debía de evitarse. Este señalamiento dió origen a la formación de una corriente de opinión sobre la contratransferencia, que ha sido considerada como la posición clásica.

Sin embargo, a pesar de que Freud vió en la contratransferencia un aspecto importante, debido a que podía representar una fuente de problemas para el desarrollo del análisis, dedicó muy poco interés a su estudio. Se limitó a señalar la importancia de impedir la existencia de resistencias que desviarán la atención del analista en su trato con el paciente. Al respecto escribió: "Es indiscutible que la resistencia de estos defectos no vencidos por un análisis previo descalifican para ejercer el psicoanálisis, pues, según la acertada expresión de W. Stekel, a cada una de las represiones no vencidas en el médico, corresponde un punto ciego en su percepción analítica".²

El reconocimiento de que los problemas no resueltos del terapeuta podían llegar a convertirse en un obstáculo para el progreso del pa-

¹ Freud, S. El Porvenir de la Terapia Psicoanalítica. (1910) en Obras Completas, Tomo II. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, p. 1566

² Freud, S. Consejos al Médico en el Tratamiento Psicoanalítico (1912), Op. Cit. Tomo II, p. 1657

ciente, dió lugar a la creación del análisis didáctico, procedimiento que hasta la fecha sigue considerándose como requisito indispensable para la formación de psicoanalistas. Según Freud, este procedimiento, además de proporcionar al analista el conocimiento de los elementos ocultos de su personalidad, le daba la oportunidad de obtener "directamente y por su propia experiencia aquellas pruebas que no puede aportar el estudio de los libros ni la asistencia a cursos y conferencias".³

Otra referencia de Freud acerca del fenómeno de la contratransferencia se encuentra en su trabajo Observaciones sobre el "amor de transferencia". En éste, al comentar que el enamoramiento de las pacientes hacia sus analistas es un suceso inevitable y a la vez uno de los fundamentos de la teoría psicoanalítica, dice: "Para el médico supone una preciosa indicación y una excelente prevención contra una posible transferencia recíproca, pronta a surgir en él. Le demuestra que el enamoramiento de la sujeto depende exclusivamente de la situación psicoanalítica y no puede ser atribuido en modo alguno a sus propios atractivos personales, por lo cual no tiene el menor derecho a envanecerse de aquella 'conquista'".⁴

Freud expresa así claramente que el que un terapeuta se enamo-

³ Freud, S. Ibidem p. 1657

⁴ Freud, S. Observaciones Sobre el Amor de Transferencia (1914), Op. Cit. Tomo II, p. 1690.

re de su paciente es una reacción contratransferencial, aunque aquí la califica de "transferencia recíproca". Con ésto, vuelve a subrayar que la contratransferencia es una respuesta a la transferencia del paciente.

Pasaron más de quince años para que Freud volviera a ocuparse de la interferencia que ocasionan los problemas no resueltos del analista en el tratamiento del paciente. En su trabajo Análisis Terminable e Interminable expresa que los progresos obtenidos durante un psicoanálisis no dependen tan sólo del paciente, sino también de la individualidad del analista. Al mismo tiempo, reconoce que los psicoanalistas no han alcanzado "el nivel de normalidad psíquica hasta el cual desean educar a sus pacientes".

Freud acepta, de esta manera, que los analistas pueden tener problemas no resueltos que pueden ocasionar dificultades en el tratamiento. Este puede considerarse un intento por parte de Freud, de desmitificar la ya para entonces mítica figura del psicoanalista ecuánime y calculador. Esto queda más claro cuando Freud al comentar los ataques hechos en contra del psicoanálisis, por el sólo hecho de que los psicoanalistas no hubieran alcanzado ese adecuado nivel de "normalidad psíquica", los rechaza diciendo que "presentan exigencias injustificables. Los psicoanalistas son personas que han aprendido a practicar un arte peculiar; además de ésto, ha de permitírseles que sean humanos como los demás".

La posición de Freud en este aspecto no es muy clara, ya que si bien reconoce que los psicoanalistas son personas comunes y corrientes, subraya al mismo tiempo la importancia de que el analista posea "un grado considerable de normalidad y de salud mentales", a la vez que una especie de "superioridad", a fin de que pueda servir al paciente, algunas veces como modelo y otras como maestro.⁵

En general, éstas son las referencias que de manera directa hizo Freud acerca de la importancia que representan la personalidad y los problemas no resueltos del analista durante el tratamiento de un paciente. No obstante, en otras ocasiones mencionó -a manera de recomendación- el comportamiento que el analista debía de seguir durante el curso del tratamiento psicoanalítico. Ejemplo clásico de estas sugerencias en la actitud de espejo en donde Freud asienta que el terapeuta debe ser para el paciente como un espejo que sólo refleje los sentimientos de éste.⁶ Sin embargo, este psicoanalista-espejo debía también tener una habilidad muy especial; comprender el inconsciente de su paciente a través de su propio inconsciente, "... o dicho en una fórmula, debe orientar hacia lo inconsciente emisor del sujeto su propio inconsciente, comportándose con respecto al analizado como el receptor del teléfono con respecto al emisor...".⁷

⁵ Freud, S. Análisis Terminable e Interminable (1937), Op. Cit. Tomo III, p. 3361

⁶ Freud, S. Consejos al Médico en el Tratamiento Psicoanalítico. (1912), Op. Cit. p. 1658

⁷ Ibíd. p. 1656

CAPITULO IV

LA POSICION CLASICA: LA CONTRATRANSFERENCIA COMO UN OBSTACULO

Como quedó asentado en el capítulo acerca del trabajo de Freud sobre la contratransferencia, su breve comentario en torno a que ésta constituye un obstáculo para el buen curso del tratamiento psicoanalítico, dió origen a lo que se conoce como la posición clásica sobre el -- concepto de contratransferencia. En general, los autores que defienden esta posición comparten la idea original de Freud en el sentido de que la comprensión del paciente por parte del analista está limitada por los problemas inconscientes y no resueltos de éste.

Quizá el primero en ocuparse de la contratransferencia después de Freud fue Ferenczi¹, quien en 1919 llamó la atención sobre la necesidad de que el analista aprendiera a controlar sus propios afectos. Para Ferenczi, el analista tiene que llevar a cabo una doble tarea durante el tratamiento. Por una parte, debe observar al paciente y construir su inconsciente a través de sus verbalizaciones y, por la otra, controlar su propia actitud hacia él analizando y corregirla cuando sea necesario. A esto último, Ferenczi le llama "el dominio de la contratrans

¹ Ferenczi, Sandor. On the technique of psycho-analysis (1919), en Langs, R. The therapeutic interaction, Volumen 1. Ed. Jason Aronson, Nueva York, 1976

Otro ejemplo lo constituye la observación de Freud en el sentido de que el analista debe tomar como modelo "la conducta del cirujano que impone silencio a todos sus afectos e incluso a su compasión humana y concentra todas sus energías psíquicas en su único fin: practicar la operación conforme a todas las reglas del arte".⁸

De esta forma Freud negó y de alguna manera prohibió a sus seguidores la existencia de sentimientos hacia sus pacientes, actitud que en parte pudo haber provocado que el estudio de la contratransferencia quedara estancado durante largos años. Es muy probable que también esta posición haya causado la idea bastante generalizada sobre la figura de un psicoanalista frío, casi deshumanizado y quien pocas veces muestra un interés real y afectivo por sus pacientes.

⁸ *Ibíd.* p. 1656

CAPITULO IV

LA POSICION CLASICA: LA CONTRATRANSFERENCIA COMO UN OBSTACULO

Como quedó asentado en el capítulo acerca del trabajo de Freud sobre la contratransferencia, su breve comentario en torno a que ésta constituye un obstáculo para el buen curso del tratamiento psicoanalítico, dió origen a lo que se conoce como la posición clásica sobre el -- concepto de contratransferencia. En general, los autores que defienden esta posición comparten la idea original de Freud en el sentido de que la comprensión del paciente por parte del analista está limitada por los problemas inconscientes y no resueltos de éste.

Quizá el primero en ocuparse de la contratransferencia después de Freud fue Ferenczi¹, quien en 1919 llamó la atención sobre la necesidad de que el analista aprendiera a controlar sus propios afectos. Para Ferenczi, el analista tiene que llevar a cabo una doble tarea durante el tratamiento. Por una parte, debe observar al paciente y construir su inconsciente a través de sus verbalizaciones y, por la otra, controlar su propia actitud hacia él analizando y corregirla cuando sea necesario. A esto último, Ferenczi le llama "el dominio de la contratrans

¹ Ferenczi, Sandor. On the technique of psycho-analysis (1919), en Langs, R. The therapeutic interaction, Volumen 1. Ed. Jason Aronson, Nueva York, 1976

ferencia" y señala que, para poder lograrlo, es necesario el propio análisis del analista.

Por otra parte, advierte que el dominio de los afectos contratransferenciales no implica llegar al extremo de convertirse en un terapeuta indiferente y hasta repelente con su paciente. Para él, esta actitud significa esencialmente una resistencia a la contratransferencia, pero no el control de ésta. Si no se logran controlar los afectos, pueden presentarse algunas consecuencias negativas, como es el caso de provocar demandas y expectativas irracionales por parte del paciente.

Las manifestaciones contratransferenciales constituyen para Ferenczi expresiones de psicopatología no resuelta, por lo que ésta debe modificarse a través de un cuidadoso análisis de los afectos del analista.

En el trabajo de Ferenczi puede notarse muy claramente la influencia de los señalamientos de Freud respecto a la contratransferencia: ésta debe ser controlada para que no interfiera en el tratamiento. No obstante, resalta la importancia de la actitud humana que debe tener el analista, en lo que parece ser un intento de conciliar las diferentes opiniones que expresó Freud respecto a la actitud del analista y que fueron vistos en el capítulo anterior.

En 1924, A. Stern² definió a la contratransferencia en los mismos términos que la transferencia, es decir, como una forma de vivir el presente en términos del pasado. En su trabajo, hace notar que muchas reacciones contratransferenciales son respuestas a las manifestaciones de transferencia provenientes del paciente y sugiere que las fallas técnicas son debidas, en ciertas ocasiones, a la contratransferencia.

Asimismo, señala que muchas reacciones inapropiadas a la transferencia, tanto positiva como negativa, son debidas al narcisismo del analista, al que considera como la mayor fuente de escollos. Pone especial énfasis también en los problemas homosexuales no resueltos del analista, que pueden interferir en el tratamiento si el paciente presenta igual tipo de dificultades.

Parece que fue Stern el primero en delimitar, de manera explícita, a la contratransferencia como una reacción a la transferencia del paciente, a la vez que la definió como una transferencia en sí misma. Aquí se encuentra ya implícito el señalamiento de que el terapeuta puede estar en las mismas condiciones del paciente, es decir, reaccionando transferencialmente hacia él. Esta observación cobraría mayor importancia en el posterior desarrollo del concepto, como se verá más adelante.

² Stern, Adolph (1924). On the countertransference in psychoanalysis. 11:166-174 en Langs R. Opc. Cit.

Otro de los primeros trabajos es el de Hann-Kende³, quien en 1933 subrayó la importancia del control de la contratransferencia por parte del analista agregando que una de las tareas más problemáticas que tiene que cumplir el terapeuta, es el neutralizar los problemas a través de la contratransferencia. Las reacciones de contratransferencia -señala- comienzan desde que ocurre el primer encuentro entre el analista y el paciente. Para esta autora, la relación entre el inconsciente del analista y el del paciente es un requisito indispensable para el tratamiento, pero si el analista libidiniza la relación, esto puede interferir en el conocimiento de la problemática del paciente, quien es muy sensible a las actitudes libidinales del terapeuta.

Aquí es necesario aclarar que el término "libidinizar la relación" debe significar para esta autora, la erotización de la relación terapéutica por parte del analista, lo cual sí sería un serio obstáculo para el tratamiento.

Así, la contratransferencia es vista como un reflejo inevitable de problemas inconscientes no resueltos en el analista, por lo que el entendimiento del paciente y el buen trabajo analítico, requieren que el terapeuta esté totalmente consciente de las dificultades que pueden acarrear sus respuestas contratransferenciales, y a menudo el curso del tratamiento analítico precisa de un autoanálisis suplementario del analista.

³ Hann-Kende, Fanny (1933). On the role of transference and counter-transference in psychoanalysis. En Langs, R. Op. Cit.

Este señalamiento ha cobrado particular relevancia, ya que, en nuestros días existe un amplio consenso acerca de que el analista debe estar en un constante autoanálisis cuando está tratando a un paciente.

Hann-Kende finaliza señalando que la contratransferencia es tan inevitable como la transferencia, pero es conveniente que no obstaculice el desarrollo del tratamiento.

Posterior a éste, apareció otro trabajo publicado por Alice y Michel Balint (1939)⁴ en el que los autores critican la función de espejo que idealmente el analista está obligado a cumplir. Consideran que la conceptualización que comúnmente se hace acerca de la pasividad del analista es comparable a un tipo de "esterilidad analítica" que realmente es muy difícil de alcanzar. Existen muchas características relacionadas con el analista y su consultorio que son materialmente imposibles de ocultar y que necesariamente afectan el curso del análisis. Resaltan, entre otras, el diván usado por el analista, la forma en que da por terminada la sesión y muchas otras situaciones que denotan la personalidad del analista. Los Balint hacen hincapié en que, dadas estas características acerca de la personalidad del terapeuta, la posición de neutralidad y función de espejo por parte del analista son harto difíciles de cumplir.

⁴ Balint, Alice y Balint Michael (1939). On transference and counter-transference. 20:223-230 en Langs, R. Op. Cit.

Por otra parte, mientras que el elemento personal y la atmósfera analítica creada por cada analista y con pacientes específicos varía mucho, los resultados de la experiencia analítica permanecen relativamente constantes. Visto desde este ángulo, la situación analítica es el resultado de la interacción entre la transferencia del paciente y la contratransferencia del analista, situación complicada por las reacciones provocadas en cada uno por la transferencia del otro.

Así, los autores definen a la contratransferencia como la transferencia del analista hacia el paciente, lo que probablemente pueda interferir en el tratamiento. Los Balint critican fuertemente los consejos de Freud al resaltar la dificultad de cumplir con la función de espejo recomendada por éste. Además sitúan al analista en un plano más real, considerando que como todo ser humano, es incapaz de prescindir de su personalidad. Asimismo, colocan a la contratransferencia en un plano de interacción entre el terapeuta y el paciente, aunque no llegan a proponer su uso.

En un ensayo publicado en 1947, Sharpe⁵ analiza las dimensiones contratransferenciales del funcionamiento del analista. Algunas actitudes que pueden contribuir a crear dificultades contratransferenciales son: la agresión oral, las introyecciones o proyecciones patológicas, problemas obsesivos y la búsqueda de satisfacciones infantiles.

⁵ Sharpe, Ella (1947). The psychoanalist, International Journal of Psychoanalysis, 28: 1-60

Otra fuente de contratransferencia son los deseos libidinales no resueltos hacia uno o ambos padres. Una consecuencia de esto, son los sentimientos amorosos y los deseos del analista de tener relaciones sexuales con sus pacientes.

Sharpe hace énfasis en que el analista debe interpretar y comprender al paciente, en lo que respecta a no responder a los deseos sexuales de éste, e intenta también distinguir la sobreidentificación con el paciente de la verdadera empatía, así como la contratransferencia sexual no sublimada y, por otra parte, la curiosidad sexual que ya ha sido sublimada y que sirve de motivación a la profesión de analista.

Es importante recalcar la distinción que Sharpe hace entre dos fenómenos que pueden ser confundidos por el terapeuta y llevarlo a reaccionar contratransferencialmente. La empatía puede ser una buena base para el trabajo terapéutico, pero cuando ésta se excede y se transforma en una sobreidentificación, el terapeuta habrá perdido necesariamente el contacto con el verdadero material del paciente, y por consecuencia, la comprensión de éste.

Por otra parte, es conocido que la curiosidad sexual puede ser uno de los motivos de elección de la profesión de psicoterapeuta. No obstante, es necesario que esta curiosidad haya sido entendida y elaborada por el terapeuta, de tal manera que aquella no funcione como un motor inconsciente que impulse la actividad de éste.

Leo Berman (1949)⁶ describe principalmente las reacciones del analista hacia el paciente que no tienen un componente de contratransferencia en el sentido clásico de la palabra, es decir, no constituyen un obstáculo. Sin embargo, señala que pueden existir también manifestaciones de contratransferencia que sí interfieran en la relación terapéutica.

Para este autor el analista debe ser un observador frío de lo que ocurre en la mente del paciente y, a la vez, un ser humano cálido y amigable, señalando que "muchos de los sentimientos positivos de los analistas hacia sus pacientes comprenden un rango amplio de sentimientos cuya totalidad puede ser calificada como dedicación". Es esta dedicación en el sentido de ser un buen guía y un buen padre para el paciente, lo que hace que las actitudes del terapeuta sean genuinas y efectivas.

En este contexto, puede decirse que Berman toma una posición contratransferencial, porque no es necesario que el terapeuta se convierta en un "buen guía" y mucho menos, en un "buen padre". No obstante, aquí puede notarse también un intento por parte de este autor de humanizar más la relación analista-paciente, aunque quizá adoptar la figura de un buen padre no sea la mejor manera de lograr esa humanización.

⁶ Berman, L. Countertransference and attitudes of the analyst in the therapeutic process (1949). *Psychiatry*, 12: 159-166

Una idea muy parecida es la expresada por Alexander y French quienes consideran que la psicoterapia es una experiencia emocionalmente correctiva. El terapeuta, al ser un "buen gufa" y un "buen padre", va a lograr esclarecer las dificultades que tuvo el paciente con las figuras significativas de su desarrollo. Esto le permitirá una apreciación más realista y humana de las figuras, estas figuras importantes.⁷

Por otra parte, Berman apunta que el paciente neurótico es intuitivamente consciente de los sentimientos del analista hacia él y recalca que esta situación debe ser tomada en cuenta cuidadosamente. El analista puede suprimir y reprimir su agresión, pero esta represión produce consecuencias en la calidad, cantidad y en el "timing" de las interpretaciones.

Asimismo, resaltan algunas dificultades provocadas por las respuestas del paciente a las manifestaciones de contratransferencia del analista. Así, el hecho de que algunos tratamientos sean repentinamente abandonados por el paciente y el caso de otros en que las dos partes deciden suspenderlo por no haber corregido progresos, son el resultado de la percepción del paciente al sentir en el terapeuta a alguien incapaz de tener afecto por él y darle la dedicación de un padre.

Otro tipo de dificultad surge cuando ciertos pacientes son lo bas

⁷ Alexander, F. y French, T. Terapia Psicoanalítica. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1965

tante intuitivos para darse cuenta de que el terapeuta está reaccionando en forma emotiva y responden en forma negativa al tratamiento.

Estos problemas son producto de la incorrecta actuación del analista, quien bajo situaciones de "stress" muestra alguna tendencia a reaccionar de la forma en que lo hicieron los padres del paciente durante la infancia de éste.

Estos señalamientos de Berman indican que puede existir una estrecha relación entre la contratransferencia y la reacción terapéutica negativa. Cuando un paciente, en lugar de mejorar empeora, generalmente suele atribuirse este empeoramiento a dificultades internas del mismo paciente. En general, la reacción terapéutica negativa se ha asociado a una incapacidad del paciente para soportar su propio bienestar. Sin embargo, aquí Berman expresa que cierto tipo de pacientes pueden percibir la contratransferencia de su terapeuta y responder consecuentemente, en forma negativa. El negativismo de su reacción sería entonces debido a un incorrecto manejo de la situación por parte del terapeuta, ocasionado a su vez por su contratransferencia que no ha sido entendida y que por lo tanto, no puede ser manejada.

Berman subraya que es precisamente en estas situaciones problemáticas cuando la dedicación germina por parte del terapeuta puede ser gran ayuda. Es decir, debe de ser capaz de manejar apropiadamente sus reacciones emotivas, entendiéndolas e interpretándolas en la transferencia del paciente.

Annie Reich (1951)⁸ es considerada como una de las principales exponentes de la posición clásica de la contratransferencia. Para esta autora, la contratransferencia es un fenómeno similar al de la transferencia, es decir, el paciente representa para el terapeuta un objeto del pasado sobre el cual son proyectados deseos y sentimientos.

Reich considera conveniente hacer una diferencia entre la contratransferencia propiamente dicha y las manifestaciones de "acting out" del analista. Contratransferencia, en sentido estricto, significa que el paciente representa para el analista un objeto de su pasado y en quien éste deposita sus sentimientos y deseos, de la misma manera como en la transferencia el paciente lo hace con el analista. Esto ocurre de forma súbita, bajo condiciones específicas y con pacientes específicos. A estas manifestaciones de contratransferencia, la autora las llama también "agudas".

El "acting-out", por el contrario, incluye todas aquellas circunstancias en las que el trabajo de análisis tiene para el analista un significado inconsciente. En este caso, los pacientes no constituyen para el terapeuta objetos reales en los que algo es transferido, sino sólo los medios por los que algunas necesidades del analista tales como calmar la angustia o dominar sentimientos de culpabilidad, son gratificadas.

⁸ Reich, A. On countertransference (1951), *International Journal of Psychoanalysis*, 32:25-31

A través de esta actitud, el analista puede también obtener gratificaciones narcisistas y seguridad en sí mismo. Un ejemplo de esta actitud inconsciente es lo que Reich llama el 'toque de Midas'. "Esto es como si todo lo que el analista tocase se convirtiese en oro. El es como un curandero mágico; restaura la potencia y anula la castración. Sus pacientes se convierten en genios sólo por el hecho de ser sus pacientes. Es obvio cuan gratificante puede ser para el analista esta actitud y también cuantos peligros entraña".⁹

Siguiendo la línea de pensamiento según la cual la contratransferencia es un obstáculo, Reich señala que este fenómeno tiene un efecto negativo en la comprensión de los problemas del paciente, en la aplicación de la técnica y provoca disturbios en la atención flotante del analista y en la aceptación de la transferencia del paciente. Más adelante, Reich vuelve a hacer énfasis en que una de las expresiones de acting-out más problemáticas, es la derivada del narcisismo del terapeuta. En general, las fases incómodas del tratamiento requieren del analista gran paciencia y un equilibrio en su narcisismo, por lo que puede ser muy peligroso que este equilibrio sea roto, es decir, cuando el terapeuta depende del paciente para satisfacer sus necesidades narcisistas.

Las dos manifestaciones de contratransferencia señaladas por Reich, son diferentes también en la facilidad o dificultad de su manejo

⁹ *Ibidem.* p. 28

La contratransferencia aguda (o sea, la contratransferencia propiamente dicha), es mucho más fácil de manejar que la contratransferencia de "acting out" que tiene que ver con el carácter del analista. En las manifestaciones agudas es frecuente que un poco de autoanálisis pueda revelar qué es lo que está sucediendo y proporcionar así una solución al conflicto.

Las formas permanentes y más generalizadas de contratransferencia (las de acting out), son mucho más difíciles de tratar, ya que están conectadas con profundas dificultades de personalidad del analista, y para éstas, según Reich, sólo existe una solución: más análisis personal para el terapeuta.

Asimismo, hace una diferenciación entre ciertos tipos de motivos que pueden impulsar a los psicoanalistas a la elección de su profesión. Pone el ejemplo de muchos analistas que, después de varios años de trabajo, se encuentran aún entusiasmados por el hecho de tener acceso a la vida secreta de sus pacientes. Estas personas pueden ser consideradas como voyeuristas, es decir, como alguien que satisface sus curiosidades sexuales infantiles. La curiosidad -agrega Reich- es considerada como requisito indispensable dentro de la personalidad del analista, pero esta curiosidad debe estar desexualizada, ya que si se manifiesta como una respuesta sexual, significa una inevitable interferencia en el tratamiento.

Resumiendo, puede decirse que Reich sigue la línea de pensamiento según la cual la contratransferencia es un obstáculo, subrayando que éste fenómeno tiene un efecto negativo en la comprensión de los problemas del paciente y en la correcta aplicación de la técnica, a la vez que provoca disturbios en la atención flotante del analista y en la aceptación y manejo de la transferencia del paciente.

Puede considerarse a esta autora como el más claro exponente de la posición clásica. Sus anteriores señalamientos acerca de los efectos negativos de la contratransferencia pueden ser vistos como un resumen del pensamiento clásico acerca de este fenómeno.

Por otra parte, es interesante observar que casi en los mismos años en que comenzaron a aparecer trabajos en donde se marcaba un rumbo distinto acerca de la transferencia, Reich establece con la mayor claridad las consecuencias negativas de ésta. En suma, sus ideas representan el pensamiento original de Freud: la contratransferencia interfiere con la comprensión del paciente, por lo tanto, hay que superarla.

En un trabajo posterior, escrito en 1960,¹⁰ Reich llama la atención sobre el creciente interés que en años anteriores se mostró acerca de la contratransferencia. Según la autora, entre algunas de las causa

¹⁰ Reich, A. Further remarks on countertransference. (1960), International Journal of Psychoanalysis, 41: 389-395

sas que motivaron este interés se encuentran el que la técnica y la conducta seguida por los psicoanalistas sufrieron varios cambios a raíz de que el psicoanálisis dejó de centrar su interés en las neurosis solamente y amplió su campo hacia otros tipos de patología como las psicosis, en donde la respuesta emocional del terapeuta adquiere gran importancia.

Por otra parte, las experiencias obtenidas durante el entrenamiento de candidatos a analistas, han demostrado la existencia de muchas interferencias emocionales en éstos, recordando a los analistas ya establecidos, dificultades similares que ellos también tuvieron que enfrentar durante su formación.

Dentro de este interés por la contratransferencia, Reich señala que se han manifestado opiniones en el sentido de que ésta puede ser usada, al igual que la transferencia, para cumplir de mejor forma con las metas terapéuticas del psicoanálisis. Agrega que el propósito de su trabajo es discutir esta idea y refutarla.

La corriente de opinión que sustenta que la contratransferencia puede ser un instrumento para la labor terapéutica, será el tema del siguiente capítulo. Sin embargo, dado que Reich pertenece a la posición clásica, el resumen de este artículo se incluye aquí, aun cuando los señalamientos acerca de los autores que critica, se vean con más detalle en el próximo capítulo. Algunas de las críticas de esta autora

serán tomadas en cuenta en las conclusiones del trabajo, con lo que se contará con una visión más integrada del tema.

Según Reich, una de las concepciones erróneas sostenidas por algunos de los autores que consideran a la contratransferencia como herramienta terapéutica, es la visión de ésta como la respuesta total del analista hacia el paciente, es decir, todas las reacciones conscientes e inconscientes y aun sus formas de conducta durante la sesión.

La autora expresa: "Esto es tan incorrecto como llamar transferencia a todo lo que emerge del paciente en relación al analista durante el tratamiento, y no distinguir entre las manifestaciones de los impulsos inconscientes y la conducta adaptada a la realidad. El analista es para el paciente y el paciente para el analista, también un objeto real y no sólo un objeto de transferencia o contratransferencia".¹¹

Agrega que las respuestas conscientes deberían ser consideradas como contratransferencia sólo si llegan a presentarse con una gran intensidad o bien si son acompañadas por sentimientos inapropiados como los sexuales y agresivos.

Asimismo, el gran énfasis puesto en la contratransferencia trae consecuencias prácticas, pues según la autora la importancia dada a la respuesta emocional ha llevado consigo una gran demanda de honestidad

¹¹ Ibidem. p.p. 389-390

hacia el terapeuta. Esta demanda de honestidad ha llegado al extremo de que algunos autores, como Little (1951), proponen la comunicación de la contratransferencia al paciente, en la creencia de que ésto tendrá consecuencias benéficas para éste.

Muchas veces es inevitable reconocer algunas manifestaciones de contratransferencia, tales como el olvido de algo, o un error en el cobro de honorarios. Este reconocimiento puede ser hecho con el objetivo de permitir al paciente la libre verbalización de lo que él piensa respecto al error cometido. No obstante, esto es muy diferente a abrumar al paciente con los propios problemas del terapeuta, lo que interfiere con la secuencia del tratamiento al introducirse material que además de extraño, es irrelevante para el paciente.

Para Reich, otra de las concepciones erróneas es considerar que cualquier interpretación equivocada o cualquier error en el manejo de la técnica es una expresión de contratransferencia. Esto ha llevado a la idea de que la principal tarea del supervisor es señalar la contratransferencia del supervisado, en vez de enseñar la forma en que se aplican los principios del psicoanálisis a una situación clínica específica. Esta concepción presupone que el terapeuta ha nacido con un conocimiento inherente de la psicopatología y de la técnica psicoanalítica y que los errores están regularmente basados en sus problemas internos, pero que no tienen nada que ver con la falta de conocimiento o experiencia.

Además de los cuestionamientos anteriores, esta autora expone lo que quizá sea su principal crítica a quienes están a favor del empleo de la contratransferencia. Señala que se ha valorado en forma exagerada la respuesta emocional del terapeuta, a tal grado que ha venido a desplazar a la interpretación, que se considera como el principal medio de intervención del terapeuta. Reich explica este señalamiento expresado que " a riesgo de generalizar indebidamente, yo aventuro la opinión de que la concepción de que es más importante el efecto de la contratransferencia y los profundos impactos emocionales del analista que la interpretación, representa un retorno al concepto del efecto terapéutico de la abreacción formulado por Ferenczi, quien aparentemente poseía una especial capacidad para llevarlo a cabo con sus pacientes".¹²

Finaliza afirmando que el énfasis puesto en la participación emocional del analista, relega a la interpretación a un segundo término, por lo que el proceso de análisis permanece incompleto. El no dar importancia a la interpretación significa que el análisis del yo queda parcialmente omitido. Cualquier comprensión de la interacción de las diferentes estructuras psíquicas es dejada fuera, así como el esfuerzo por analizar la patología del yo y corregirla. En vez de esto, se realiza un intento por trabajar directamente con el ello del paciente para ejercer una inmediata influencia sobre las relaciones objetales. "Este

¹² Ibidem. p. 394

tipo de enfoque va en contra de la formulación más importante de Freud respecto a los esfuerzos analíticos: 'Donde estaba el ello, ahora debe estar el yo'. Por lo tanto, no se puede esperar ningún efecto benéfico del empleo de estos métodos".¹³

Dentro de las críticas hechas por Reich a quienes sostienen que la contratransferencia puede ser utilizada para comprender al paciente, resalta su oposición a considerar como contratransferencia todo lo que surge del terapeuta. Esta crítica es muy válida, ya que puede perderse especificidad si todos los sentimientos, actitudes, forma de vestir, etc., son vistos como una respuesta contratransferencial.

La contratransferencia debería ser considerada como tal sólo cuando comprenda sentimientos o fantasías distorsionados que no corresponden a la realidad del paciente. De otra manera, sería imposible distinguir esta reacción de la empatía, esfuerzos terapéuticos y otros factores que conforman la realidad del terapeuta y su función. Como bien dice Reich, esto sería tanto como pensar que todo lo que el paciente dice, siente y hace respecto a su terapeuta es transferencia y que la realidad no existe.

Sin embargo, la autora parece no haber comprendido la proposición del uso de la contratransferencia. Quienes lo proponen, no han indicado que la respuesta emotiva sea un sustituto de la interpretación.

¹³ Ibidem, p. 394

Por el contrario, expresan que esta reacción sea puesta, una vez entendida, hecha consciente y elaborada, al servicio de la interpretación. Es cierto que se ha hablado mucho de la gran importancia de la respuesta emotiva del terapeuta, pero sólo como un medio y no como un fin en sí misma. Estas ideas serán vistas con mayor detalle en el próximo capítulo.

En un trabajo realizado en 1952, Gitelson¹⁴ señala que idealmente, el analista debe ser una figura neutral, en la cual el paciente pueda desplazar sus relaciones de objeto especialmente significativas, es decir, su transferencia.

Por esta razón, el analista debe ser previamente analizado. Así se intenta evitar que se presenten interferencias en el proceso de análisis, ya que el terapeuta debe preservar su anonimato y separar la afectividad del paciente de la suya propia.

Sin embargo, este autor reconoce que, en la práctica, este ideal no siempre se consigue. La situación analítica puede ser afectada por el estilo personal del analista y la transferencia puede ser contaminada por los momentos que anteceden o siguen a la hora de sesión.

Gitelson expresa que aún sobre la base de que el terapeuta haya sido bien analizado, pueden encontrarse en él cinco factores que even-

¹⁴ Gitelson, M. (1952), The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 33: 1-10

tualmente pueden interferir con el tratamiento. Estos son:

- 1). Residuos post-analíticos, tales como una identificación remanente con su propio analista.
- 2). Motivos narcisísticos enmascarados caracterológicamente, como puede ser el deseo aparente de curar en forma benévola, cuando en realidad este deseo es percibido en forma omnipotente.
- 3). Impulsos inconscientes que, aunque ya hayan sido analizados en relación a otros objetos y otras circunstancias, encuentran refugio en la actividad profesional del terapeuta.
- 4). Vestigios de antiguos conflictos que pueden resurgir en la situación terapéutica y provocar actitudes defensivas en el analista.
- 5). Problemas en la vida personal y actual del analista que no hayan sido resueltos e integrados.

Por otra parte, Gitelson hace una distinción entre dos tipos de contratransferencia: 1). La reacción del analista hacia el paciente como un todo, y 2). La reacción hacia aspectos parciales de éste.

La reacción del analista al paciente como un todo, no es considerada por este autor como contratransferencia, sino simplemente como una interferencia en los sentimientos del terapeuta acerca del paciente y subraya que esta situación tiene lugar en las primeras sesiones, en donde el paciente se ha vuelto un objeto de transferencia para el terapeuta.

En contraste con estas manifestaciones de transferencia, la contratransferencia ocurre en el contexto de un análisis ya establecido y

comprende las reacciones del analista hacia la transferencia del paciente, o bien cuando el material que éste trae a la sesión toca un problema no resuelto en el terapeuta y lo hace reaccionar con algún tipo de respuesta de emergencia.

Gitelson apunta que el terapeuta tendrá siempre residuos de aspectos no analizados y partes no integradas, aunque es de esperarse que esto sea susceptible de análisis y de integración. Sin embargo, al mismo tiempo se sabe que el material del paciente, sus defensas y transferencias, están ejerciendo una presión continua sobre el inconsciente del analista. Mientras más lejos esté el material proporcionado por el paciente de la parte no analizada del terapeuta, mayor probabilidad de éxito tendrá el tratamiento.

Gitelson subraya de nueva cuenta que el análisis en realidad no termina, y que ninguna persona está total y perfectamente analizada. Para el autor, esto significa que el terapeuta puede caer en cualquier momento en las respuestas de emergencia antes mencionadas, las cuales constituyen la base del fenómeno de la contratransferencia.

Situado en la posición clásica, Gitelson propone la utilización de algunos elementos que puedan ser usados por el terapeuta a fin de que la contratransferencia no se convierta en un obstáculo.

Subraya que existen reacciones sintomáticas en el terapeuta que

pueden darle un indicio de que algo anda mal en su funcionamiento, ante lo que debe tratar de descubrir y analizar su significado en la situación analítica.

Aunque Gitelson considera que no existe el analista que funcione como una mera pantalla, ya que actúa tal y como es en realidad, esto no quiere decir que su personalidad sea el principal instrumento de la terapia. El tratamiento debe efectuarse sobre la base de lo que el paciente lleva a las sesiones, así que la contratransferencia constituye una parte accidental e intrusiva del analista dentro del tratamiento.

Quizá la parte más interesante del trabajo de Gitelson, es que trata de hacer más específica aún la definición de contratransferencia. Contrariamente a otros autores que ya han sido vistos (M. y B. Balint, 1939; A. Reich, 1950), Gitelson no considera a la contratransferencia como una respuesta transferencial del terapeuta hacia el paciente, sino como una aceleración de los problemas no resueltos de aquel, estimulados por el material que éste lleva a sesión.

En 1953, Fliess¹⁵ escribió un artículo con el propósito de definir y delimitar los fenómenos de contratransferencia y contraidentificación. Asimismo, intenta dejar claro que, en oposición a las actitudes deseables del analista hacia su paciente, estas dos son indeseables.

¹⁵ Fliess, R. (1953), Countertransference and counteridentification.
Journal of the American Psychoanalytic Association, 1:268-284

Fliess escribe: "Si se requiere una consistencia en la definición para identificar a un concepto de manera clara, el término 'contratransferencia' debe, en virtud de su definición, ser reservado para el equivalente en el analista de lo que es designado como transferencia en el paciente. Es entonces obvio que la contratransferencia no es, como la transferencia un fenómeno deseable y un prerequisite para el análisis, sino algo indeseable y además, un obstáculo. Cuando el paciente transfiera sobre el analista conflictos infantiles, está reviviendo éstos en una situación en la que deberán ser resueltos. Cuando el analista contra-transfiere algo en el paciente, está reviviendo sus propios conflictos los cuales, ni son el objeto del análisis, ni pueden ser resueltos. El paciente es forzado a reaccionar en una situación, que en vez de ser intrínseca, es extrínseca a su pasado y que constituye un accidente y no un tratamiento. Idealmente, por lo tanto, la contratransferencia no debería ocurrir".¹⁶

Añade que la contratransferencia debe ser siempre analizada por el terapeuta a través de asociaciones combinadas con interpretaciones de fragmentos de autoanálisis, tal y como lo hizo Freud con sus sueños.

Fliess expone que el analista puede manejar su reacción contratransferencial de dos maneras, dependiendo de si el paciente se da cuenta de ésta o no.

¹⁶ *Ibidem*, p. 68

- 1). Si el analista (como debería ocurrir), se vuelve consciente de la contratransferencia antes de que el paciente haya hecho lo mismo, entonces debe de efectuar un intenso autoanálisis fuera del tratamiento.
- 2). Si el analista ha producido un síntoma de contratransferencia de tal forma que el paciente se de cuenta de éste, parte del autoanálisis debe serle comunicado.

El autor incluye dos ejemplos intentando justificar su primera aseveración y uno que describe y justifica la última. En este ejemplo, el analista había cometido un lapsus linguae que después fue analizado por él y comunicado, parcialmente, a la paciente. Esta mostró, después de ese hecho, un gran avance en su tratamiento, a través de asociaciones que la llevaron a descubrir el principal problema de su existencia.

Más adelante en su trabajo, Fliess trata de definir y explicar el concepto de contraidentificación, señalando que un prerrequisito para el estudio de ésta es el descubrimiento de Freud de que la identificación constituye un remanente regresivo de una relación objetal.

Advierte que es imposible delimitar el concepto de contraidentificación tan bien como el de contratransferencia, ya que mientras que la transferencia es un fenómeno completamente elaborado desde los días de Freud, la identificación requiere aún de más estudio en cuanto a su origen y forma de acción.

De igual forma que la contraidentificación, la contratransferencia

tiene también un aspecto regresivo, lo que la hace ser en parte una contraidentificación. Es esta coexistencia clínica de los conceptos, lo que llevó al autor a la necesidad de estudiarlos y discutirlos bajo un mismo título.

Para Fliess, la contraidentificación es debida a antiguas relaciones objetales del analista que quedaron asociadas a conflictos y que, como tales, emergen en forma inconsciente e interfieren en el desarrollo del trabajo terapéutico.

La contraidentificación, al igual que la contratransferencia, ocurre como respuesta al mismo proceso dentro del paciente. Es un fenómeno que pudiera llamarse recíproco y que duplica la identificación del paciente.

Siendo de naturaleza regresiva interfiere con las identificaciones que no tienen componentes regresivos, como es el caso de la empatía. La empatía incluso representa una fase singular del trabajo del terapeuta, que le sirve como herramienta. Puede ser también explicada en términos de la necesaria identificación que el terapeuta tiene que hacer con su paciente. Idealmente, el terapeuta pierde un poco de la función de autoobservación de su yo, a fin de ponerla al servicio del paciente. En un momento dado, se pone en lugar del paciente mediante un mecanismo que sigue la secuencia de introyección-introspección y re-proyección del material que así ha obtenido. Por el contrario, en la contra-

identificación, por sus características regresivas y de reacción, el terapeuta pierde los límites de su yo en los objetos con los que se ha identificado dentro del paciente. Estos objetos son a su vez confundidos con los que el paciente ha proyectado a través de su identificación en el propio terapeuta. Obviamente el resultado de este proceso es la pérdida total de la posición de control y de las actividades de regulación y observación del yo del terapeuta.

Es interesante observar que Fliess, aunque concibe a la contra-transferencia como un obstáculo, propone al mismo tiempo su utilización y de la manera más radical que quizá exista: comunicándola al paciente. Aquí es importante insistir en lo que se señaló en la introducción; la división de los autores es un tanto esquemática y arbitraria pero es a la vez un intento de sistematización de lo que se ha dicho acerca de este concepto tan polémico.

Por otra parte, aunque Fliess propone su utilización es necesario observar que esta utilización es solamente considerada a través de un sólo medio: la comunicación del autoanálisis del terapeuta. En este sentido, este autor podría estar haciendo un mal uso del concepto y su aplicación, ya que no sugiere usarlo como vía de comprensión a lo que sucede en el paciente, sino como una salida ante una situación de emergencia. Esto marcaría la gran diferencia entre Fliess y quienes proponen un uso más constructivo de la contratransferencia y justificaría a la vez su inclusión en este capítulo.

En un trabajo muy relacionado con el anterior, Grinberg¹⁷ introduce el término de "contraidentificación proyectiva". Aunque aclara - que la contraidentificación proyectiva no es precisamente una reacción de contratransferencia, sino "un aspecto parcial y específico de la reacción del analista que se produce a veces como consecuencia de la exagerada identificación proyectiva del paciente"¹⁸, se considera pertinente incluirla aquí, ya que las consecuencias de esta reacción son consideradas por el autor como negativas para el tratamiento. Asimismo, más adelante se explicará la diferencia que este autor hace entre contratransferencia y contraidentificación proyectiva.

Esta contraidentificación proyectiva puede tener como principio la empatía que, como es sabido, es una de las bases de la labor analítica. La empatía puede definirse como la capacidad de comprensión del material que se recibe, y la medida en que el analista puede ubicarse en el lugar del analizado.

A la empatía sigue la identificación con el paciente, de manera parcial y transitoria, proceso que como afirma Grinberg "es en gran parte consciente, y por medio del cual el analista introyecta los distintos conflictos objetales de su paciente (y en los que él mismo es también tomado como objeto) y después de elaborarlos y metabolizarlos, los

¹⁷ Grinberg, L. (1956), Aspectos mágicos en la transferencia y contra-transferencia. Revista de Psicoanálisis, 22: 1-69

¹⁸ *Ibidem*, p. 35

re-proyecta en forma de interpretaciones. Si bien una parte suya se -- encuentra desempeñando distintos roles correspondientes a los diferentes objetos internos del analizado, otra parte permanece atenta y vigilante, manteniendo el control de la situación y dando lugar a la tarea útil y positiva del análisis".¹⁹

Grinberg subraya que la identificación a la que él se refiere estaría comprendida dentro de las llamadas "identificaciones patológicas".

"La contraidentificación proyectiva -dice el autor- se produce específicamente como resultado de una excesiva identificación proyectiva que no es percibida conscientemente por el analista y que, como consecuencia, se ve 'llevado' pasivamente a desempeñar el rol que en forma activa -aunque inconsciente- 'forzó' dentro suyo".²⁰

En un artículo posterior, Grinberg (1962)²¹ trata de subrayar la diferencia entre el proceso de contraidentificación proyectiva y las reacciones de contratransferencia que son el resultado de los propios conflictos emocionales del analista, o bien de sus residuos neuróticos reactivados por los conflictos del paciente.

¹⁹ Ibídem, p. 36

²⁰ Ibídem, p. 37

²¹ Grinberg, L. (1962), On a specific aspect of countertransference due to the patient's projective identification. International Journal of Psychoanalysis, 43:436-440

Con el propósito de hacer más esquemáticamente la diferencia entre estos conceptos, el autor describe dos procesos que co-existen en la mente del analista. En el proceso denominado por él A, el analista es el sujeto activo de los mecanismos proyectivos e introyectivos del paciente. En este proceso, Grinberg describe tres fases: 1). Cuando el analista introyecta selectivamente los diferentes aspectos del material del paciente, ya sea éste verbal o no verbal, con su correspondiente carga emotiva; 2). Cuando el terapeuta elabora y asimila las identificaciones producidas por su identificación con el mundo interno del paciente, y 3). Cuando el terapeuta reprojecta los resultados de su asimilación por medio de las interpretaciones.

Este sería el modelo del analista que funciona normalmente, sin que ninguna obstrucción sea producida por la interacción con el material del paciente.

1 En el proceso B, el analista funciona como un objeto pasivo de las introyecciones y proyecciones del analizado. Aquí pueden presentarse dos tipos de situaciones diferentes: 1) Que la respuesta emocional del analista sea debida a sus propios conflictos y ansiedades; intensificadas o reactivadas por los conflictos del paciente; 2) Que la respuesta sea bastante independiente de las emociones del analista y surja, fundamentalmente, como una reacción ante las proyecciones del paciente. Esta respuesta significaría una contraidentificación proyectiva. El analista no estaría entonces respondiendo por sí mismo, sino que su respues

ta sería un reflejo pasivo de la intensa identificación proyectiva del paciente.

La primera situación sería entonces la contratransferencia propia mente dicha, y la segunda una manifestación específica de ésta, debida a la intensa identificación proyectiva del paciente y que el terapeuta no puede manejar.

Abundando sobre el fenómeno de la identificación proyectiva y la respuesta del terapeuta a éste, Grinberg explica que ocurre en una situación en la que participan dos personas. Sin embargo, en este proceso la mayor cuota es aportada por el paciente, quien muestra una intensa violencia en su identificación. Esta intensidad en la respuesta está normalmente relacionada con experiencias infantiles traumáticas, durante las cuales el paciente estuvo expuesto al mismo proceso.

Generalmente, el analista puede reaccionar ecuánimemente cuando se presenta una situación de este tipo. Así, por ejemplo, puede interpretar apropiadamente el material del paciente, mostrándole que la violencia de su mecanismo no logra impactarlo. Sin embargo, la situación puede volverse intolerable para él y entonces puede reaccionar de las siguientes formas:

- a) Con un rechazo inmediato e igualmente violento al material que el paciente intenta proyectar en él.
- b) Ignorando o negando este rechazo a través de un severo control o algún otro mecanismo defensivo, aunque tarde o temprano esta reacción se hará manifiesta de alguna manera.

- c) Sufriendo los efectos de la intensa identificación proyectiva y contraidentificándose en respuesta. Aquí el analista actúa de una forma real y concreta, como si hubiese adquirido y asimilado las partes proyectadas en él.

El concepto de contraidentificación proyectiva fue el producto de dos trabajos anteriores, el de Sharpe (1947) y Fliess (1963). Sharpe ya hacía notar que una sobreidentificación con el paciente podría colocar al terapeuta en una situación de confusión entre lo que pertenece al paciente y al terapeuta mismo. Fliess hizo el mismo señalamiento sólo que sugirió que este proceso surge en el terapeuta como una respuesta a la identificación del paciente. Grinberg amplió el término y la concepción del fenómeno al agregar que el proceso tiene una base proyectiva y en donde existe un gran peligro ya no sólo de que el terapeuta pierda control de la situación terapéutica, sino que incluso sea llevado a actuar involuntariamente por los deseos inconscientes del paciente.

En 1958, José Barchilón²² publica un artículo en donde advierte acerca de los peligros que pueden entrañar lo que el llama las "curas" de contratransferencia, que "como su nombre lo indica y en contraste con las curas de transferencia, las cuales son debidas a mecanismos que ocurren en la mente del paciente, este tipo de curas pueden ocurrir como resultado de deseos y esfuerzos inconscientes por parte del analista".²³

²² Barchilón, J. (1958), On countertransference "cures". Journal of the American Psychoanalytic Association, 6: 222-236

²³ *Ibidem*, p.22

El autor señala que él se dió cuenta de este hecho a través de su propio análisis y de su trabajo de control con sus supervisores, notando además que algunos psiquiatras en entrenamiento y con poca experiencia, obtenían a veces resultados sorprendentemente buenos en casos muy difíciles.

En principio, este éxito aparente y fácil puede considerarse como resultado de un gran entusiasmo por parte del principiante y como manifestación de una facultad intuitiva de comprensión de las necesidades y conflictos emocionales de sus pacientes. Sin embargo, Barchilón expone que, reflexiones basadas en seis casos, lo llevaron a pensar que las curas más dramáticas eran debidas a la contratransferencia. En estos casos los siguientes factores fueron de gran importancia: un interés inmediato del terapeuta por la problemática del paciente y una fuerte necesidad consciente de que éste mejore. El terapeuta puede creer que el caso es fascinante, y las precauciones acerca de la dificultad del caso son usualmente ignoradas, o sirven sólo para incrementar su entusiasmo.

Además de estos deseos conscientes, la problemática del paciente despierta en el terapeuta conflictos con figuras significativas de su propio pasado. En todos estos casos, el terapeuta comunica inconscientemente al paciente su admiración y simpatía por la manera en que éste resolvió sus conflictos.

Aquí la contratransferencia no es vista al principio como un obstáculo, sino más bien como algo que facilita un resultado exitoso del tratamiento. No obstante, como se verá más adelante, este resultado es generalmente de tipo transitorio, por lo que al final resulta contraproducente y sobre todo, en perjuicio del paciente. Una remisión temporal de los síntomas que provoca una terminación del tratamiento, significa, realmente, un fracaso de éste, ya que idealmente un psicoanálisis debería de provocar cambios durables en el paciente.

Estos sentimientos de admiración y simpatía son condición necesaria para las curas de contratransferencia, ya que le dan al paciente la sensación de que él es superior a su analista, porque logró algo que éste no pudo alcanzar. Consecuentemente, el paciente se da cuenta de que le cae bien al terapeuta y que simpatiza con él. Esta simpatía, proveniente de una nueva figura parental, facilita una intensa transferencia negativa y fomenta un sentimiento de igual bienestar, ya sea de manera consciente o inconsciente, en el analista.

Es posible que Barchilón califique a la transferencia de este tipo como negativa, ya que el sentimiento de bienestar que proporcionan es aparente y en todo caso transitorio, con consecuencias negativas para el resultado del tratamiento.

Barchilón, al referirse a este proceso, subraya que "excepto por los factores implicados en el propio inconsciente del terapeuta, no exis-

te diferencia entre este tipo de curas y las que a menudo son descritas como curas de transferencia, que pueden ser caracterizadas por una buena disposición del paciente para la cura de transferencia"²⁴.

Más adelante, el autor señala los problemas que conllevan las curas de contratransferencia. En la mayoría de los casos -dice- éstas sólo producen una remisión transitoria de los síntomas y el paciente toma conciencia de que su terapeuta está obteniendo una satisfacción sustituta de sus problemas.

Debido a esta toma de conciencia en el paciente, la transferencia puede darse en dos direcciones diferentes: el paciente puede someterse a los deseos de la nueva figura parental (el terapeuta) o rebelarse contra él. Los pacientes que actúan en forma de sumisión, son en general aquellos que no pudieron detectar los deseos de los padres de ser como ellos.

Por otra parte, los pacientes que actúan en forma rebelde, son aquéllos que sí se dieron cuenta del deseo de los padres de ser como ellos y además se encolerizaron por ésto. Este tipo de pacientes, al detectar la conducta del terapeuta, generalmente abandonan el tratamiento.

Otra vez puede notarse aquí que lo que podría calificarse como reacción terapéutica negativa, con la connotación de que es el paciente

²⁴ *Ibíd.*, p. 223-224

el que reacciona negativamente (a través del abandono del tratamiento) a posibles mejoras, es en realidad una consecuencia del mal manejo de la respuesta emocional del terapeuta.

Para subrayar la importancia que tiene la reacción del terapeuta en este proceso, Barchilón escribe: "Si el terapeuta realmente repite las actitudes paternas, no es posible llamar a la actitud del paciente reacción transferencial, porque la contratransferencia juega también un papel importante en su génesis".²⁵

Puede decirse que Barchilón no considera la actitud del paciente como transferencia, porque no ocurre como una reedición de sentimientos originados en otra persona y vivenciados en la figura del terapeuta. Si el terapeuta realmente se comporta como un padre ante el paciente, pierde su posición de figura neutral, con lo que las respuestas emocionales del paciente son provocadas en forma real por la actitud del terapeuta.

Otro peligro que entraña este tipo de relación entre la transferencia positiva del paciente y la contratransferencia del terapeuta, es que si se prolonga durante algunos meses, la interacción terapéutica se vuelve una relación de amistad común y corriente, porque mucho material es completamente inconsciente y no analizado.

²⁵ Ibíd., p. 224

Después de dar varios ejemplos de curas debidas a la contra-transferencia, Barchilón expone que "estas observaciones permiten ver que en muchas ocasiones, la coincidencia entre las necesidades transferenciales, los deseos contratransferenciales y la aceptación social de la solución encontrada, puede hacer surgir un frágil equilibrio de las defensas dirigidas a la realidad y las resistencias, situación que dificulta su diferenciación de la verdadera solución de los conflictos neuróticos".²⁶

No obstante, el autor considera que esto puede tener solución a través de un análisis que permita a las partes que aún tienen contacto con la realidad, consolidar un nuevo equilibrio.

Otro trabajo, realizado por Mendelson y Meyer en 1961,²⁷ destaca la importancia de las reacciones de contratransferencia en los psiquiatras que laboran en un hospital general.

Los autores exponen que la actitud de muchos psiquiatras al calificar a sus pacientes con adjetivos como psicópata, manipulador o infantil, lleva consigo implicaciones de desaprobación y al mismo tiempo, de rechazo hacia el paciente. Esta actitud puede deberse a dos tipos de dificultades. La primera es la ignorancia por parte del médico del papel que juegan los factores emocionales en la evolución de los patrones de síntomas y enfermedad.

²⁶ Ibíd., p. 29

²⁷ Mendelson, M. y Meyer, E. (1961), Countertransference problems of the liason psychiatric. Psychosomatic Medicine, 23: 115-122

La segunda es la contratransferencia, o sea, la expresión de aspectos de la personalidad del médico, que generalmente conllevan angusta inconsciente. Las manifestaciones contratransferenciales pueden ser, potencialmente, una fuente de dificultades para el buen desarrollo del trabajo médico. Así, los autores se sitúan dentro de la posición clásica al definir a la contratransferencia como aquellas respuestas del psiquiatra que ocasionan una indebida e innecesaria interferencia en el trabajo clínico.

Mendelson y Meyer describen tres situaciones en las que el psiquiatra que trabaja en un hospital general, puede mostrar reacciones de contratransferencia.

1. Las inconveniencias de tipo físico y psicológico que representa el trabajo del psiquiatra en el escenario médico general.

Cuando a un psiquiatra se le pide que vea a un paciente en un hospital general, tiene que enfrentar situaciones que difieren mucho de lo que representa una entrevista psiquiátrica en un consultorio privado. La entrevista puede ser interrumpida a causa de que al paciente se le tenga que hacer algún análisis de laboratorio o bien otro tipo de examen.

2. La presencia de enfermedad orgánica grave y la amenaza de muerte del paciente. Un factor que puede ser de especial importancia para provocar pesimismo o angustia en el psiquiatra

es la presencia de enfermedades graves de tipo orgánico entre los pacientes a los que tiene que atender. Los médicos que no son psiquiatras tienen, a través de sus particulares técnicas empleadas, recursos que les pueden servir de protección contra la angustia que les pueden provocar los pacientes graves. En contraste, el psiquiatra, en virtud de su trabajo, está expuesto a lidiar más de cerca con la desesperación e infelicidad de los pacientes. Cuando se encuentra con un paciente moribundo o víctima de una enfermedad incurable, debe permitirse a sí mismo la identificación con el paciente. Al mismo tiempo, debe estar prevenido contra el peligro de ser inundado por sentimientos de impotencia o pesimismo, que lo lleven a considerar la desgracia del paciente como algo "natural".

3. La responsabilidad de afrontar la enfermedad de un paciente que tiene además problemas familiares y sociales. Otra situación que puede generar en el psiquiatra reacciones de pesimismo o frustración, puede ser la de pacientes con serios problemas de tipo familiar o social. Estos problemas pueden estar caracterizados por situaciones familiares patológicas, dificultades legales o situaciones económicamente difíciles. De esta manera, la enfermedad se encuadra dentro de un contexto psicosocial más amplio, el cual no es siempre tomado en cuenta por el médico no psiquiatra.

Este trabajo parece ser una especie de advertencia a los psiquiatras organicistas, que aunque poseen una serie de adjetivos con los cuales calificar a sus pacientes, poseen poca información acerca de los motivos de las conductas etiquetadas. La advertencia implícita es que -- ellos pueden también presentar problemas que necesariamente afectan su trabajo.

Por otro lado, es interesante el señalamiento de los autores acerca de las protecciones que poseen los otros tipos de médicos contra la angustia, y eventualmente, contra su contratransferencia. Es cierto que la naturaleza de los métodos empleados y la función que se les ha encomendado, proveen a los médicos de buenas defensas contra la angustia que les puede causar la inevitable angustia de un enfermo grave. No obstante, es poco probable que estas defensas sean siempre efectivas. No es difícil imaginar a un médico respondiendo contratransferencialmente ante un paciente dado. Si bien es cierto que la gran mayoría de ellos se concentran en ver al paciente como una especie de aparato en el que algo funciona mal, esto no quiere decir que los factores emocionales del paciente-aparato estén ausentes. Por el contrario, están siempre presentes y muchas veces jugando un papel determinante en la enfermedad física, a la vez que pueden -y de hecho lo hacen- provocar respuestas emotivas en el médico.

En un artículo publicado en 1963, Shevin²⁸ analiza los problemas de unión y fusión que tienen lugar entre el analista y el paciente, así como el papel que juega la identidad en el desarrollo de la dinámica de transferencia.

El autor subraya la importancia de la lucha por la adquisición de la identidad, y la resolución que al paciente da a su fusión con las imágenes parentales primitivas a través de la relación de transferencia.

Asimismo, se destaca la importancia que tiene la contratransferencia en este proceso, ya que dentro del psicoanálisis existe una estrecha relación entre el paciente y el analista, bajo una atmósfera que fomenta la expresión de los impulsos más primitivos. Tanto el analista como el paciente, están expuestos a una profunda interinfluencia, que se expresa a través de la transferencia y la contratransferencia.

Debido a las especiales condiciones del tratamiento psicoanalítico, las expresiones más primitivas de la personalidad tienden a surgir y el paciente es impulsado a retornar a la unión narcisística primaria con la madre omnipotente. Esto puede tener un efecto de resonancia en el inconsciente del analista y puede llevarlo también a una regresión hacia las formas primitivas de identificación y fusión. Sin embargo, -dice el autor-, a diferencia del paciente, el analista puede neutralizar estas

²⁸ Shevin, F. (1963), Countertransference and identity phenomena manifested in the analysis of a case of a "phallus girl" identity. Journal of the American Psychoanalytic Association, 2: 331-344

fuerzas a través de la autoobservación y análisis para evitar manifestaciones de contratransferencia.

Por parte del paciente, existe una fuerte necesidad de restaurar la omnipotencia de la unión narcisística primaria con la madre. Esta necesidad acrecienta la dependencia con el analista y se erige como un obstáculo para el avance del análisis.

Shevin continúa señalando parte de este proceso que tiene lugar entre analista y paciente y hace una comparación entre esta relación y la que existe entre padre e hijo. Esta situación paterno-filial es repetida a través de la transferencia sólo que en una forma más condensada y diferente, porque es el resultado de las intervenciones que se han dado a través de la alianza terapéutica.

"El análisis exitoso-escrive Shevin- debe ser ciertamente aquel en el cual la relación simbiótica (si ésta existe), entre el analista y el paciente, sea conducida a través de la elaboración, en donde el analista está consciente de su posible contratransferencia y evita el acting out - junto con el paciente a un nivel simbiótico".²⁹

El trabajo de este autor se refiere a la importancia que puede tener la sobreidentificación en la contratransferencia, aunque él no se refiera específicamente a la relación entre estos dos fenómenos. No obs-

²⁹ *Ibidem*, p. 332

tante, lo deja implícito en su ejemplificación de los roles de paciente-hijo y el analista-padre. Si bien es cierto que las especiales condiciones de la situación psicoanalítica facilitan el desarrollo de la transferencia, una cosa es que el terapeuta sea sentido como un padre y -- otra que actúe como tal. Este tipo de actuación podría llamarse contra identificación, siguiendo a Fliess y a Grinberg. El terapeuta responde así al papel asumido por el paciente.

Kohut (1968)³⁰, destaca las dificultades que en forma de contra-transferencia puede desarrollar un terapeuta durante el tratamiento de pacientes narcisistas. Durante el tratamiento con este tipo de pacientes se presenta a menudo la transferencia idealizadora, es decir, el paciente idealiza al analista como alguien poderoso que puede darle fuerza por el sólo hecho de aceptarlo.

El narcisismo del paciente, transferido al analista en forma de adulación, puede colocar a éste en una actitud de rechazo, debida a su incapacidad para manejar su propio narcisismo. Este rechazo a la idea lización del paciente puede ser manifestado en formas diversas, algunas de las cuales pueden ser sutiles. Así por ejemplo el terapeuta puede asumir una actitud demasiado objetiva y fría o bien puede tender a des-

³⁰ Kohut, H. Transferencia y Contratransferencia en el Análisis de Personalidades Narcisistas. En: Psicoanálisis en las Américas. El proceso analítico transferencia-contratransferencia. Editado por Grinberg, L. Langer, M. y Rodrigué, E. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1968

valorizar la idealización narcisista del paciente en forma amable y respondiendo con buen humor.

"En resumen -escribe Kohut- durante aquellas fases del análisis de trastornos de carácter narcisista, en las que comienza a germinar una transferencia idealizadora, hay una sola actitud correcta: aceptar la admiración"³¹.

Esta posición del autor puede ser muy discutible, ya que la aceptación de la admiración puede servir sólo para incrementar esta actitud del paciente.

Por otra parte, es importante distinguir cuándo la admiración del paciente es real y producto de una buena actuación del terapeuta y cuándo es ficticia y expresada a través de la transferencia. Si la admiración es transferida a la figura del terapeuta, es que no corresponde -- realmente a él, por lo que en lugar de aceptarla simplemente, sería más conveniente analizarla como cualquier otra reacción transferencial. En todo caso, una aceptación de la admiración tal y como lo propone Kohut representa una respuesta contratransferencial por parte del analista que responde de esta forma a la transferencia del paciente. Incluso es probable que una actitud de este tipo por parte del terapeuta tenga también una base narcisista manifestada por una fantasía del tipo siguiente: "Si soy tan bueno y eficiente, tengo que dejar que me admiren".

³¹ *Ibíd*em, p. 182

Más adelante, Kohut describe varios tipos de transferencia. Una de éstas, llamada transferencia gemelar por el autor y definida como aquella en que el "self" narcisista en la situación terapéutica suele estar representada en los sueños y fantasías de los pacientes por una relación con una persona que se le parece como si fuera un gemelo, puede provocar reacciones de contratransferencia en el terapeuta. Entre éstas, la más común es el aburrimiento y la pérdida de atención hacia el paciente. Estas reacciones pueden ser respuestas al temor de ser arrastrado por quien tiene una personalidad narcisista. Es decir, la transferencia de un paciente con esas características, implica la inclusión del analista en un tipo de relación que carece de ligas objetales significativas, ya que la libido está puesta sólo en el self del paciente.

Ante este tipo de situaciones, Kohut sugiere que el analista deberá ser "capaz de asumir el rol de lo que parece como una hazaña de pasividad prolongada, ya sea que la actitud narcisista del paciente se manifieste ruidosamente en un marcado exhibicionismo, o en forma muda como una necesidad de aprobación o simplemente de eco. Sin embargo, la impaciencia, las interpretaciones prematuras, o la retracción de la atención y la empatía deben entenderse como síntomas de la contratransferencia del analista o como resultado de su inexperiencia".³²

³² Ibídem, p. 183

A lo largo de todo este capítulo, puede notarse como los autores consideran a la contratransferencia como una fuente de dificultades para el tratamiento. La forma que puede tomar esta influencia negativa es expresada de manera diferente por cada autor. Sin embargo, al final todos llegan a la posición señalada de antemano por Freud: la contratransferencia es un obstáculo y por lo tanto, debe de evitarse.

CAPITULO V

LA POSICION INTERACCIONAL: LA CONTRATRANSFERENCIA COMO HERRAMIENTA TERAPEUTICA

El creciente interés que aproximadamente desde 1950 comenzaron a mostrar los psicoterapeutas de diversas corrientes sobre la contratransferencia, motivó que se publicaran un número considerable de trabajos sobre este tema. A partir de entonces, algunos autores comenzaron a sugerir que quizá las reacciones, emociones y actitudes del terapeuta hacia el paciente pudieran usarse para la mejor comprensión de la problemática de éste. Esta corriente de opinión, a la que en este trabajo se denominará interaccional, considera que la contratransferencia es un fenómeno que ocurre en un campo de interacción específico: la situación psicoterapéutica. Dentro de ésta, los participantes se encuentran en constante interinfluencia, de tal manera que a la acción de uno corresponde una reacción del otro. Quienes sustentan esta posición, han abandonado la concepción clásica del psicoterapeuta como alguien neutral que objetivamente escucha las comunicaciones de su paciente, a la vez que posee la gran capacidad de no reaccionar en forma emotiva ante la relación con el paciente. Por el contrario, han tratado de "humanizar" la figura de quien ejerce la psicoterapia, aceptando que, como todo ser humano, tiene cualidades y defectos, y que estos últimos no desaparecen totalmente por el sólo hecho de haber pasado por un tratamiento personal.

Estos defectos o áreas vulnerables en el terapeuta están siempre presentes en la situación terapéutica y pueden ser fomentados por la interacción con el paciente, provocando una respuesta emotiva que necesariamente tiene consecuencias dentro del tratamiento. Por lo tanto, consideran a la contratransferencia como un fenómeno inevitable aunque no totalmente deseado. No obstante, una vez aceptada la inevitabilidad de su ocurrencia, proponen un uso constructivo de la contratransferencia. Si ésta ocurre en respuesta al material que el paciente proporciona, puede servir de buena fuente de información acerca de éste.

El gran paso dado por este punto de vista es la aceptación de que el terapeuta puede tener reacciones emocionales, subjetivas hacia el paciente y que éstas no constituyen necesariamente una prueba de psicopatología.

Tal vez el primer trabajo en donde se expresa esta idea es el publicado por Winnicott en 1949.¹ Este autor subraya la importancia que tienen las reacciones emocionales de un terapeuta que trata psicóticos. Estas reacciones se manifiestan generalmente en forma de odio y si el terapeuta no está completamente consciente de este sentimiento, el tratamiento se torna imposible.

Winnicott clasifica a la contratransferencia de la siguiente forma:

¹ Winnicott, O.W. (1949), Hate in countertransference. International Journal of Psychoanalysis, 30: 69-74

1. Anormalidad en la contratransferencia, y determinadas formas de relación e identificación con el paciente, que se encuentran reprimidos en el analista.
2. Las identificaciones y tendencias pertenecientes a las experiencias personales del analista, así como su particular desarrollo, que proporcionan el ambiente positivo necesario para su trabajo analítico y que a la vez hacen este trabajo diferente del de cualquier otro analista.
3. La contratransferencia real y objetiva, es decir el amor y el odio del analista en reacción a la personalidad y conducta actuales del paciente. Estos sentimientos deben estar basados en una observación objetiva y son considerados también objetivos.

La objetividad en los sentimientos es explicada por Winnicott como sigue: "Yo sugiero que si un analista está tratando psicóticos, debe ser capaz de tener plena conciencia de que la contratransferencia puede surgir y entonces deberá estudiar sus reacciones objetivas hacia el paciente. Estas pueden incluir odio. La contratransferencia puede ser una de las partes más importantes del tratamiento".²

Según el autor, la presencia y coincidencia del amor y del odio es una de las características del análisis de psicóticos, lo que puede ocasionar problemas al terapeuta. Aconseja que éste no debe negar el odio que objetivamente existe en él. En el tratamiento de psicóticos, el odio es justificado y sugiere que hasta puede ser usado, si se sabe de donde proviene.

² *Ibidem*, p. 70

Con Winnicott surge la primera proposición clara de que la contratransferencia puede ser usada y además, por primera vez se le confiere a este fenómeno una naturaleza menos indeseable. Este autor, al señalar que puede existir un odio objetivo en el terapeuta que trata psicóticos, e incluso proponer su uso, está rompiendo con el tabú que prohibía la manifestación de sentimientos en el profesional de la psicoterapia.

Winnicott parece ser también el primero en adoptar una posición totalista acerca de la definición de contratransferencia, es decir, engloba dentro de ésta aspectos tanto inconscientes y reprimidos, como conscientes y positivos tales como su experiencia y personalidad puestos al servicio de la función terapéutica.

Por otra parte, es de llamar la atención que fuera precisamente en la situación donde la respuesta del terapeuta es más intensa, es decir, en el tratamiento de psicóticos, donde aparece el primer intento de cambio en la concepción de la contratransferencia. A manera de hipótesis, puede decirse que precisamente por lo fuerte de la reacción emocional y su omnipresencia, alguna canalización tuvo que dársele. Negar una intensa respuesta emotiva en el trato constante con psicóticos hubiera sido una posición muy difícil de mantener durante mucho tiempo. De esta forma puede concluirse que la proposición del uso de la contratransferencia, fue una consecuencia casi natural de la ampliación del psicoanálisis al tratamiento de pacientes psicóticos.

A pesar de que Winnicott sugirió el uso de la contratransferencia como herramienta al servicio del avance del tratamiento, la primera en expresar esta idea con claridad y más directamente es Heimann.³

Para esta autora, la contratransferencia designa a la totalidad de los sentimientos que el analista vivencia hacia su paciente. Rechaza -- que este fenómeno sea simplemente la transferencia del analista, señalando que el prefijo "contra" implica factores adicionales, aunque no explica cuales son éstos.

Su idea de que los sentimientos del analista pueden ser usados como herramienta terapéutica, queda bien clara cuando escribe: "Mi tesis es que la respuesta emocional del analista a su paciente dentro de la situación analítica representa una de las herramientas más importantes de su trabajo. La contratransferencia del analista es un instrumento de investigación dirigido hacia el inconsciente del paciente".⁴

Heimann expone también que no se ha puesto suficiente énfasis en el hecho de que la situación analítica es una relación entre dos personas. "Lo que distingue esta relación de otras no es la presencia de sentimientos en uno de los participantes, el paciente, y su ausencia en el otro, el analista, sino, sobre todo, el grado de los sentimientos que se experimentan y el uso que se hace de ellos, dependiendo estos factores uno del otro. La finalidad del análisis personal del analista, des-

³ Heimann, Paula (1950), On countertransference. International Journal of Psychoanalysis, 31: 81-84

⁴ *Ibidem*, p. 82

de este punto de vista, no es el de transformarlo en un cerebro mecánico que pueda producir interpretaciones sobre la base de un procedimiento puramente intelectual, sino el hacerlo capaz de soportar los sentimientos que son suscitados dentro de él, en vez de descargarlos, con el fin de subordinarlos a la tarea analítica, en la cual funciona como el reflejo del paciente en un espejo".⁵

La autora subraya la importancia de la atención flotante y de la tranquilidad del terapeuta para seguir las asociaciones libres del paciente. Esto lo capacita para percibir todo tipo de comunicación (manifiesta o latente) y le evita el peligro de prestar atención a un sólo tema. Además de la atención libremente flotante, es necesaria una gran sensibilidad a las emociones para poder seguir los movimientos emocionales y las fantasías inconscientes del paciente.

Acerca de este tipo de comunicación entre terapeuta y paciente, Heimann agrega: "Nuestra hipótesis de base es que el inconsciente del analista entiende el de su paciente. Esta relación en el nivel profundo aparece en la superficie bajo la forma de sentimientos en respuesta al paciente y que el analista reconoce en su contratransferencia. Es la forma más dinámica en la cual le llega la voz del paciente. En la comparación de los sentimientos despertados en él por las asociaciones y la conducta del paciente, el analista posee un medio muy valioso de saber si ha entendido a su paciente o no".⁶

⁵ *Ibíd.*, p. 83

⁶ *Ibíd.*, pp. 82-83

Sin embargo, -advierte Heimann- el enfoque presentado sobre la contratransferencia puede traer aparejado el peligro de que el paciente se convierta en una pantalla para las insuficiencias del terapeuta. Ante esto, se supone que el analista en su propio análisis ha elaborado sus conflictos y angustias infantiles de tal forma que pueda establecer un contacto con su inconsciente y no atribuir a su paciente lo que le pertenece a él mismo. Además, señala que la observación de Freud en el sentido de que la contratransferencia debe ser reconocida y dominada, no ha tenido una interpretación correcta. Esta afirmación -añade- no implica que el analista deba hacer a un lado sus sentimientos, sino que debe utilizar su respuesta emocional como una "llave" hacia el inconsciente del paciente.

En el trabajo de Heimann pueden observarse varias características fundamentales. Quizá la más importante sea su completa elaboración acerca del uso de la respuesta emocional del terapeuta. Esta proposición, tan criticada por Reich (ver Capítulo IV), parte de una de las premisas básicas del psicoanálisis tal y como lo señaló Freud (ver Capítulo III), el inconsciente del analista debe ser una especie de órgano receptor del inconsciente del paciente. La base teórica para la proposición del uso de la emotividad del terapeuta, estaba pues, dada. Sin embargo, precisó de mucho tiempo para encontrar una elaboración conceptual.

Otra de las características sobresalientes es su advertencia aceru

ca del peligro que puede entrañar esta situación. El uso de la contra-transferencia debe tener, como fin último, el mejor conocimiento del pa-ciente. De ninguna manera debe ser utilizado como pretexto para con-vertir al paciente en un medio de proyección de los problemas del tera-apeuta. Cuando Heimann señala que el terapeuta debe ser capaz de sopor-tar "los sentimientos que son suscitados dentro de él en vez de descar-garlos, con el fin de subordinarlos a la tarea analítica...", está echan-do por tierra las críticas de Reich en el sentido de que los autores de la posición interaccional sustituyen a la interpretación por su respuesta emotiva.

Por otra parte, aquí ya cabe llamar la atención sobre el hecho de que varios autores que proponen el uso de la contratransferencia, con-sideran a ésta como la respuesta emotiva total del terapeuta hacia el pa-ciente, como se verá más adelante.

En 1960 Heimann⁷ efectúa una serie de consideraciones sobre su primer trabajo sobre la contratransferencia y en donde subraya la estre-cha interdependencia que existe entre la transferencia y la contratransfe-rencia y realiza una breve reseña del descubrimiento de la transferen-cia por parte de Freud y las implicaciones que este descubrimiento tra-jo para la labor analítica.

⁷ Heimann, P. (1960), Countertransference. British Journal of Medical Psychology, 33: 9-15

Antes de este descubrimiento, el terapeuta se encontraba en una posición de amistosa relación con su paciente. Ayudado por la hipnosis, animaba al paciente a que desterrara los hechos traumáticos pasados que eran causantes del conflicto.

Mientras esto sucedía, el analista no hacía más que administrar un agente terapéutico a su paciente, es decir, lo exhortaba a dejar aparecer sus recuerdos en la conciencia y a descargar sus afectos estancados dirigidos hacia sus objetos pasados. En este procedimiento, la formación psiquiátrica del terapeuta habría bastado.

Al descubrirse la transferencia, el terapeuta mismo se convirtió en agente terapéutico y necesitó de una formación especial para protegerse a sí mismo y al paciente de las implicaciones y reacciones emocionales ocasionadas por la actuación de este último.

Respecto a la estrecha relación entre la transferencia y la contratransferencia, Heimann escribe: "Si bien una distinción conceptual entre transferencia y contrattransferencia es posible, en la experiencia real - ambos componentes están fusionados. Es verdad que el potencial transferencial se manifiesta en forma muy clara en la primera entrevista con un paciente, pero pienso que es también activo en los episodios ulteriores del análisis establecido. En mi experiencia, cuando examiné, después de ocurridos (siendo la visión a posteriori proverbialmente fácil), incidentes de la contrattransferencia utilizados con éxito como indicacio-

nes de los procesos del paciente, llegué a la conclusión de que el retraso temporal entre mi comprensión inconsciente y consciente era debido en parte a factores transferenciales que no había reconocido en el momento".⁸

Por otra parte, rechaza las indicaciones de otros autores como Little (1951) en el sentido de que los sentimientos contratransferenciales deben ser comunicados al paciente cuando la contratransferencia ha afectado la actitud del analista. Afirma que esto significaría una carga extra para el paciente y que se rebasarían los límites de la situación analítica.

La autora escribe: "Difícilmente plantea un problema el hecho de que los errores que cometió el analista deban ser reconocidos. Tampoco constituye una dificultad, excepto si la necesidad subjetiva del analista en ser honesto juega, inconscientemente, un papel en ello. El error puede referirse al dinero, al tiempo, o a una interpretación. Sin embargo, la manera en que se hace es determinada por un problema más hondo y fundamental: el papel atribuido al analista como persona real".⁹

Según Heimann, el analista no puede escindirse y prescindir de su personalidad real. Como persona, el terapeuta puede ser tan útil al paciente como cualquier otro. Lo que lo hace diferente es su habilidad para descubrir las fuentes de sus motivaciones, sus significados y sus razones.

⁸ *Ibidem*, p. 13

⁹ *Ibidem*, p. 14

No obstante, el analista revela inevitablemente partes de su personalidad a través de su voz, sus movimientos, el arreglo del consultorio, etc. Pero esto no implica -añade- que el terapeuta tenga que explicar por qué el arreglo del consultorio es así, aún cuando al paciente le parezca de mal gusto y lo considere como un grave error. De la misma manera, no tiene que explicar los motivos de los errores que puedan surgir en el curso del análisis.

La estrecha relación entre la transferencia y la contratransferencia señalada por la autora, marca una de las características distintivas de la posición interaccional: los dos participantes en la relación terapéutica se encuentran en constante interacción, en donde las respuestas de uno influyen las reacciones del otro. El reconocimiento de este hecho, parece ser una consecuencia de todo un proceso dentro de la ciencia en general, en donde se ha aceptado que la interdependencia entre el que estudia y lo estudiado es inevitable (ver Capítulo I).

La crítica o quienes proponen la comunicación de los sentimientos contratransferenciales sigue siendo motivo de controversia. Idealmente -como lo ha señalado Fliess (1953)-, el terapeuta debería tomar conciencia de su contratransferencia y elaborarla dentro de sí, para poder manejarla. Sin embargo, quizá si el paciente ha percibido la respuesta emocional de su terapeuta, el manejo y la interpretación de ésta podría ser benéfico para aquel. No obstante, aquí debe tenerse en cuenta la importancia de que el terapeuta entienda el papel que su contra-

transferencia juega dentro del contexto general de su interacción con el paciente, a fin de interpretarla debidamente. La confesión de los errores de un terapeuta y la explicación de sus causas, sin la elaboración conveniente no prestan ningún servicio al progreso del tratamiento.

Por otra parte y como se verá más adelante, algunos autores proponen este tipo de comunicación con pacientes seriamente perturbados argumentando que esto ayudaría a elevar su autoestima, generalmente disminuida.

En 1951, Margaret Little¹⁰ escribió un trabajo en donde sugiere que los sentimientos del analista pueden ser utilizados de manera constructiva. Señala que ella, al escribir este artículo, encontró muchas dificultades para saber cuál de los diferentes significados otorgados a la contratransferencia estaba usando. Admite que ha usado el término para referirse a la parte reprimida, infantil y subjetiva del analista, es decir, considerando a la contratransferencia como fuente de problemas y peligros.

Sin embargo, considera a esta conceptualización bastante restringida, ya que la totalidad de la relación analista-paciente contiene elementos normales y patológicos, conscientes e inconscientes, transferencia y contratransferencia en variadas proporciones. Así, esta relación incluirá siempre algo que es específico tanto para el analista como para el paciente, por lo que cada contratransferencia será siempre diferente de otra.

¹⁰ Little, M. (1951), Countertransference and the patient's response to it. *International Journal of Psychoanalysis*, 32: 32-40

La contratransferencia reprimida es un producto de la parte inconsciente del yo del analista, es la parte que se encuentra más cerca del ello y menos en contacto con la realidad.

Para la autora, la contratransferencia es una de esas formaciones de compromiso en donde el yo se muestra sorprendentemente hábil. Este mecanismo es en esencia el mismo que ocurre en un síntoma neurótico, en una perversión, o en una sublimación. En su gratificación libidinal es parcialmente prohibida y parcialmente aceptada e incluye también un elemento de agresión cuya distribución determina la proporción relativa en que la contratransferencia sea aceptada o prohibida.

Por otra parte, Little enumera cuatro razones por las que el término contratransferencia resulta difícil de definir:

1. La contratransferencia inconsciente no puede ser observada directamente, sino sólo por sus efectos. Esto puede compararse con la dificultad de los físicos para tratar de definir u observar una fuerza que se manifiesta por ondulaciones ligeras, gravedad, etc., pero que no puede ser detectada u observada directamente.
2. Considerándola metapsicológicamente, la actitud total del analista incluye todas las partes de su psique, ello, yo y superyó cuyos límites no están lo suficientemente diferenciados.
3. Cualquier análisis (aún el autoanálisis) comprende dos partes: el analizado y el analista, partes que son inseparables. De igual forma, la transferencia y la contratransferencia son -- también inseparables, y cualquier cosa que se pueda afirmar acerca de una puede ser válida para la otra.
4. Una cuarta razón (que Little considera más importante que -- las anteriores), es que existe una actitud hacia la contratrans

ferencia que puede ser considerada realmente como fóbica o paranoide. Esto se manifiesta a través de una actitud de rechazo hacia los propios sentimientos, especialmente cuando éstos son subjetivos.

Pudiera parecer un poco redundante por parte de la autora calificar a los sentimientos como subjetivos. No obstante, ella hace una distinción entre los sentimientos que surgen hacia el paciente sin que éste halla dado razón para ello. Estos serían considerados subjetivos en contraposición a los objetivos que se presentan en el terapeuta como una reacción a la conducta del paciente. Little sigue de esta manera el pensamiento de Winnicott (1949), quien fue el primero en llamar la atención sobre el hecho de que pueden surgir en el terapeuta sentimientos de odio hacia pacientes psicóticos. Winnicott, como ya se ha visto, considera al odio una reacción en cierta medida justificada y por lo tanto objetiva en el tratamiento de pacientes severamente desorganizados.

Quizá la parte más importante del trabajo de Little es la que se refiere a la conveniencia de comunicar los sentimientos contratransferenciales al paciente. Según la autora, cuando el analista ha cometido un error durante la sesión, éste no debe ser solamente admitido, sino que su origen contratransferencial inconsciente debe ser comunicado y explicado al paciente, a menos de que exista alguna contraindicación categórica para hacerlo, en cuyo caso la comunicación debe posponerse hasta que exista una ocasión más conveniente.

Agrega que esta explicación puede ser esencial para el progreso del tratamiento, provocando resultados benéficos, ya que se incrementará la confianza del paciente en el analista, a la vez que le mostrará a aquel que su terapeuta es un ser humano como cualquier otro y que puede cometer errores.

No obstante, aclara que mediante la comunicación de la contratransferencia, no se trata de descargar sentimientos sobre el paciente sin tener una consideración hacia éste. Lo que Little propone es que estos sentimientos subjetivos sean puestos en discusión al igual que se hace con aquellos que son considerados objetivos y subraya que su interpretación no debe darse, a menos que estos sentimientos se hayan vuelto conscientes. Lo importante es que tanto el analista como el paciente puedan reconocer y analizar el origen de este tipo de sentimientos.

Little es la primera en aventurar una opinión sobre las causas del estancamiento en el estudio de la contratransferencia. Su idea acerca de la actitud fóbica y paranoide es ampliada después por Racker (1957).

Por otra parte, y muy en relación con lo dicho Heimann, resalta su señalamiento acerca de la comunicación de la contratransferencia. A reserva de que este tema todavía es causa de discusión, como ya se dijo antes, quizá sea necesario abundar un poco en lo dicho por la autora. Su aclaración en el sentido de que no se trata de descargar sentimientos sobre el paciente es importante. Implica que no se trata de confe-

sar "mea culpa" sino de tratar de entender y elaborar estos sentimientos antes de expresarlos. Por el momento, puede decirse que el proponer un uso de la contratransferencia constituye ya un avance en el estudio de este tema, por lo que considerar algo más radical, como es su comunicación directa y su posible efecto benéfico requerirá de más logros en el estudio de este fenómeno.

Por otra parte, debe hacerse notar que, en la revisión efectuada en el presente trabajo, son pocos los autores que comparten esta opinión. La mayor parte propone un uso de la contratransferencia, pero como un trabajo de elaboración interna que pudiera resumirse de la siguiente forma: "A través del estudio de lo que el paciente provoca en el terapeuta sea cual fuere la naturaleza de los sentimientos, se podrá obtener una mejor comprensión de éste, con lo que se podría manejar mejor este conocimiento en las interpretaciones".

Otro de los primeros trabajos en donde se expone la idea del uso de la contratransferencia como instrumento terapéutico, es el publicado por Cohen en 1952.¹¹

Esta autora usa una analogía matemática para explicar que la situación analítica puede ser vista como una ecuación que contiene dos variables: el terapeuta y el paciente. Cada variable es por sí misma un complejo sistema compuesto por muchos factores, algunos de ellos co-

¹¹ Cohen, M. B. (1952), Countertransference and anxiety. *Psychiatry*, 15: 231-243

nocidos, pero otros no. Sin embargo, de las dos variables que intervienen en esta situación, la más conocida es la que representa el terapeuta. La ecuación puede ser resuelta si la variable "terapeuta" llega a ser conocida, ya que entonces el valor de la variable "paciente" puede ser determinado.

Así, Cohen muestra claramente su posición interaccional en el sentido de que a través del escrutinio de las emociones del analista se puede llegar a comprender mejor al paciente. La autora escribe: "El punto de mayor relevancia en el estudio de la contratransferencia es el hecho de que, cuando el tratamiento atraviesa por un momento de dificultad, el analista puede obtener valiosos indicios de la naturaleza de los obstáculos para el mejoramiento del paciente, a través de la cuidadosa observación de las respuestas que éste ha provocado en él".¹² Las respuestas del analista hacia el paciente pueden ser similares a las reacciones hacia alguna persona importante en su propia vida. De esta manera, a través del conocimiento de sus respuestas al paciente, el terapeuta puede comprender situaciones y significados de su vida y extrapolar su propia experiencia para tratar de entender las experiencias pasadas del paciente y su relación con la actual situación analítica.

Cohen expresa que el factor común presente en todas las manifestaciones contratransferenciales es la ansiedad. Considera que si la

¹² *Ibidem*, p. 232

contratransferencia es vista como determinada por la presencia de ansiedad en el terapeuta, entonces puede contarse con una definición operacional que puede ser más útil que una descripción de las reacciones de identificación del analista, las cuales son resultado de importantes relaciones objetales pasadas.

La autora expresa que existen tres tipos de factores que pueden provocar ansiedad en el analista, con la consiguiente manifestación de contratransferencia. Estos factores son:

1. Factores situacionales, es decir, situaciones reales en la vida del terapeuta (como pudiera ser la muerte de alguien cercano), y también situaciones de carácter social tales como la necesidad de éxito y reconocimiento como terapeuta competente.
2. Problemas neuróticos no resueltos del analista.
3. Comunicación de la ansiedad del paciente al terapeuta.

Al explicar cada uno de los factores señalados, Cohen indica que las reacciones de contratransferencia provocadas por factores situacionales están muy influenciadas por el tipo de carácter del terapeuta. Sin embargo, dejando de lado el particular carácter que pueda tener éste, existen varias situaciones reales que pueden afectar su comportamiento durante el tiempo de sesión. Por ejemplo, el que un paciente grite fuertemente durante la sesión y sus gritos puedan ser escuchados por algún paciente que espera o bien por algún colega en un consultorio adjunto.

Otro factor situacional lo constituye la necesidad del reconoci-

miento de su competencia por parte de sus colegas, necesidad que se realiza no tan sólo a nivel económico, sino también emocional.

Aunque la reputación de un terapeuta no puede ser valorada solamente por un éxito o un fracaso, es cierto que situaciones tales como el suicidio o el quiebre psicótico de un paciente lo afectan realmente, por lo que no puede esperarse que pueda afrontar tales crisis con ecuanimidad.

En lo que respecta a los problemas neuróticos no resueltos del terapeuta, Cohen escribe: "Este es un aspecto en el que existe una gran dificultad para establecer una generalización, ya que los problemas pueden ser diferentes en cada terapeuta. Seguramente hay una larga lista de categorías en las cuales muchos terapeutas pueden ser clasificados, aunque existen también actitudes que pueden tener en común, como por ejemplo el terapeuta obsesivo quien todavía retiene la necesidad compulsiva de tener todo bajo control".¹³

Por lo que se refiere a la comunicación de la ansiedad del paciente al terapeuta, la autora señala que esto parece tener que ver con el proceso descrito como empatía. Es bien conocido el hecho de que ciertos tipos de personas funcionan como una especie de indicadores del nivel de tensión de otras personas con quienes están en contacto.

¹³ Ibidem. p. 238

Asimismo, pone en duda el hecho de que las respuestas de ansiedad del terapeuta en situaciones donde ésta proviene del paciente, puedan ser consideradas como libres de todo conflicto por parte del analista. Es probable que el habitual estado de alerta del terapeuta hacia el nivel de ansiedad de otros, aunque deseable, tenga sus orígenes en situaciones de su pasado en donde prevalecían ciertas atmósferas de ansiedad. Esto tiene, por lo tanto, un significado personal para el analista.

Por otra parte, Cohen ofrece quince ejemplos de situaciones que pueden ofrecer indicios de que el terapeuta está respondiendo contratransferencialmente. Las situaciones descritas por la autora son las siguientes:

1. El terapeuta se disgusta con el paciente en forma irracional.
2. No puede identificarse con su paciente y lo percibe como un ser mecánico e irreal. Cuando el paciente le dice que se siente mal, el terapeuta no presenta ninguna respuesta emocional.
3. Responde en forma demasiado emotiva ante los problemas del paciente.
4. El terapeuta simpatiza en forma excesiva con determinado paciente, sintiendo que éste es el mejor de todos.
5. Se siente temeroso o a disgusto durante la sesión con un paciente en especial.
6. Se preocupa excesivamente durante los intervalos entre las sesiones y puede fantasear preguntas o interpretaciones que podría hacer al paciente.
7. El terapeuta encuentra dificultad para prestar atención a lo que dice el paciente, se pone somnoliento durante la sesión o se preocupa por problemas personales.

8. Retarda habitualmente la sesión con un paciente en particular o muestra alguna otra desviación en lo que se refiere al tiempo de sesión, tal como apresurar siempre el final de ésta.
9. El terapeuta discute con el paciente.
10. El terapeuta exhibe una actitud defensiva hacia el paciente o muestra una vulnerabilidad inusual a las críticas de éste.
11. El paciente parece no comprender nunca las interpretaciones del terapeuta o bien no está de acuerdo con ellas. Esto puede ser tomado como una muestra de resistencia, pero también puede ser resultado de una distorsión contratransferencial en donde las interpretaciones del analista estén realmente equivocadas.
12. El terapeuta trata de provocar afecto en el paciente a través de declaraciones provocativas o dramáticas.
13. Muestra una preocupación excesiva acerca de lo confidencial de su trabajo.
14. Se muestra compasivo con el paciente, considerando que éste ha sido maltratado por una figura autoritaria.
15. El terapeuta se siente impelido a efectuar alguna acción.

Cohen concluye su artículo opinando que la contratransferencia es un fenómeno presente en todos los análisis y que si bien es cierto que muchos autores no le han dado importancia, esto se debe a la falta de conocimiento que se tiene del tema o bien porque es lo suficientemente provocador de ansiedad, que los analistas responden defensivamente.

Sin embargo, -señala- si el terapeuta está dispuesto a buscar dentro de él alguna señal acerca de lo que está marchando mal en la relación con el paciente, y este indicio lo puede llevar a la solución del problema, contará entonces con una valiosa herramienta terapéutica.

Parece muy válido el intento hecho por esta autora de proporcionar una definición operacional de la contratransferencia. Esta definición podría resumirse así: "Si existe ansiedad en el terapeuta como resultado de su contacto con el paciente, la contratransferencia está presente".

Por otra parte, su reconocimiento acerca de los factores situacionales que pueden influir en la estabilidad emocional del terapeuta es muy importante. Parecería muy obvio decir que una persona necesariamente tenga que ser afectada por hechos tan graves como la muerte de alguien muy cercano. Sin embargo, toda la creación del mito acerca de la frialdad y casi invulnerabilidad del psicoterapeuta, propiciada sobre todo por ciertos autores del psicoanálisis ortodoxo, parecía pasar por alto el hecho.

La manifestación de ansiedad y la consiguiente expresión de fuertes respuestas emocionales a consecuencia de estos factores situacionales, son vistos así como un hecho inevitable y ya no como muestra de patología en el terapeuta. No obstante, aunque estas situaciones puedan ocasionar ansiedad, no deberían de calificarse como contratransferencia a menos que sirvieran de factor desencadenante para reaccionar ante el paciente como si éste fuera alguien importante en la vida del terapeuta. En el contexto en que la sitúa esta autora, la ansiedad parece una expresión natural de ciertos hechos. Por lo tanto, si ésta no interfiere seriamente en el tratamiento del paciente, no debería ser considerada contratransferencia.

Por otra parte, lo que ella califica como empatía en la comunicación de la ansiedad del paciente al terapeuta, parece un tanto confuso. Como se recalcó en el capítulo anterior, la inclusión de aspectos reales (como la empatía), dentro del concepto de contratransferencia, puede provocar que el término pierda especificidad, y por lo tanto, utilidad. Un fenómeno de este tipo, más bien parecería estar relacionado con el proceso de contraidentificación descrito por Fliess (1953). La empatía es uno de los elementos reales y positivos con que cuenta el terapeuta para su trabajo y no necesariamente puede ocasionar interferencias en el tratamiento. Sharpe (1947) ya señalaba la necesidad de diferenciar la verdadera empatía, de un exceso de identificación.

Por otra parte, la clasificación de situaciones que pueden dar indicios de que la contratransferencia está presente, constituye un valioso esfuerzo por sistematizar en forma concreta y esquemática las diversas maneras de expresión de este fenómeno.

Otro de los trabajos en donde se intenta estudiar el fenómeno de la contratransferencia proponiendo su uso para la mejor comprensión del paciente es el de Tower (1956).¹⁴

Esta autora critica la posición clásica, la cual le ha conferido a la contratransferencia una naturaleza prohibitiva e indeseable. Para ella, esta posición hace suponer que el terapeuta tiene la gran habilidad para

¹⁴ Tower, Lucía (1956), Countertransference. Journal of the American Psychoanalytic Association, 4: 224-255

controlar conscientemente su propio inconsciente. Tal suposición -agrega- es una violación de la premisa básica del psicoanálisis, es decir, que los seres humanos poseen un inconsciente que no puede ser sujeto de control consciente, pero que afortunadamente es materia de investigación a través del análisis de la transferencia y posiblemente también por medio del escrutinio de las respuestas emocionales del analista, es decir, de la contratransferencia.

Más adelante, proporciona su concepción sobre la contratransferencia: "Emplearé el término contratransferencia para referirme solamente a aquellos fenómenos que constituyen transferencias del analista a su paciente. Creo que existen muchos desarrollos de contratransferencia - que son inevitables, naturales y que son una contraparte del fenómeno de transferencia. Interacciones entre las transferencias del paciente y las contratransferencias del analista, ocurriendo a niveles inconscientes, pueden ser (o quizá siempre son) de vital importancia para el resultado del tratamiento".¹⁵

Asimismo, Tower expone algunas de las razones por las que muchos psicoanalistas no se han atrevido a presentar sus reacciones hacia los pacientes como tema de discusión. Según esta autora, las mismas fuerzas que impelen al paciente a resistirse a los "insights" de transferencia, son las que impulsan a los analistas a no tomar conciencia de sus propias reacciones contratransferenciales. No obstante, señala que

¹⁵ *Ibíd*em, p. 227

los analistas tienen buenas razones para ello, ya que en su práctica diaria se ve amenazada su precaria posición. Además de las resistencias inconscientes de los terapeutas para la exploración de sus contratransferencias, existen otras razones de tipo más práctico. El analista tiene que realizar un gran esfuerzo para poder entender lo que le sucede al paciente, lo que le resta fuerzas para el análisis de sí mismo.

Al abundar sobre las resistencias para hablar sobre la contratransferencia, Tower expresa que éstas se dan en forma grupal y que siguen patrones bien conocidos. Así, cita el caso de las respuestas eróticas del terapeuta, subrayando el hecho de que casi todo autor que haya realizado un trabajo sobre contratransferencia, dirá que este tipo de reacciones no deben ser toleradas.

Tal vez es conveniente aclarar un poco más esta aseveración de la autora. Para 1956, fecha en que se describió el trabajo, la mayoría de las concepciones reinantes sobre la contratransferencia censuraban no sólo las respuestas eróticas, sino casi todo tipo de reacción emocional del terapeuta. Tower cita el ejemplo de un candidato a psicoanalista - que hablaba durante la supervisión de sus fantasías sexuales con una -- atractiva paciente, que además progresaba rápidamente. Este candidato sentía que había podido lograr buenos insights a través del análisis de sus fantasías. Sin embargo, la reacción del supervisor fue represiva, diciéndole a este terapeuta que no debía tener ese tipo de sentimientos hacia ningún paciente.

Para la autora, este candidato era un excelente terapeuta que además no había cometido ningún acting-out con su paciente. Desafortunadamente, después desarrolló un miedo que Tower califica de "artificial" hacia sus respuestas eróticas y controtransferenciales que estaban prohibidas por el grupo al que quería pertenecer.

Para la autora el hecho de que se adopte una actitud prohibitiva acerca de las respuestas eróticas, indica que éstas deben estar presentes en la mayoría de los terapeutas. "Casi todos los sentimientos racionales e irracionales que podemos tener hacia las personas en nuestra vida cotidiana, los podemos experimentar a veces con nuestros pacientes. No obstante, sentimientos que parecen excesivos o inapropiados hacia el paciente, o hacia lo que dice, y especialmente cuando están asociados con ansiedad, tienen indudablemente un significado contratransferencial".¹⁶

Tower plantea su posición interaccional señalando que durante todo tratamiento psicoanalítico intensivo se desarrolla una estructura contratransferencial, la cual constituye una contraparte esencial e inevitable de la neurosis de transferencia. A este fenómeno Tower lo llama "neurosis de contratransferencia". "Estas estructuras contratransferenciales pueden ser grandes o pequeñas en su aspecto cualitativo, pero en la configuración total pueden tener un significado considerable para el resultado del tratamiento. Yo creo que funcionan un poco a manera de agente catalítico en el proceso terapéutico. Su comprensión por parte

¹⁶ Ibídem, p. 232

del analista puede ser importante para la elaboración final de la neurosis de transferencia, así como para la comprensión intelectual de la neurosis de contratransferencia del analista".¹⁷

Para la autora, este tipo de manifestaciones contratransferenciales pueden darse en forma de desviaciones de la línea directa que el terapeuta se fija durante un tratamiento dado. Estos cambios son en esencia, la respuesta inconsciente del analista a las presiones y motivaciones escondidas del paciente. "Yo simplemente no puedo creer que dos personas, sin consideración de las circunstancias, puedan encerrarse dentro de un cuarto, día tras día, mes tras mes y año tras año, sin que algún cambio ocurra en los dos".¹⁸

Al respecto asienta que es de esperarse un mayor cambio en el paciente, ya que ése es el propósito del tratamiento, pero que los cambios en el terapeuta, por pequeños que sean, son de mucha importancia para lograr los grandes cambios en el paciente.

Ampliando un poco los señalamientos de Tower en este sentido, puede decirse que es de esperarse un cambio real en el terapeuta y hasta un crecimiento de éste producto de una relación psicoterapéutica.

Si se supone que el terapeuta está en una constante auto observación y autoanálisis durante el tratamiento, necesariamente tiene que obtener al-

¹⁷ *Ibidem*, p. 232

¹⁸ *Ibidem*, p. 234

go provechoso de éste. Como bien dice Tower, el cambio y crecimiento del terapeuta no es el objetivo final del tratamiento, pero puede afirmarse que si no ocurre nada de esto, la psicoterapia tampoco habrá logrado un cambio relevante en el paciente.

Para finalizar, Tower vuelve a subrayar las resistencias de los psicoanalistas a enfrentar el fenómeno de la contratransferencia. "El hecho de que el grupo analítico, a pesar de su jactancioso análisis personal previo con la finalidad de remover puntos ciegos, aún se niegue a aplicar a su propio funcionamiento las mismas interpretaciones dinámicas que sistemáticamente realizan con sus pacientes, es otro testimonio de lo interminable del proceso analítico y de la intensidad de las fuerzas represivas del yo".¹⁹

Las críticas de Tower a la rigidez excesiva de los grupos psicoanalíticos constituyen un ataque directo a la resistencia de los miembros de esos grupos a discutir sus sentimientos en relación a sus pacientes en forma más abierta. Es interesante observar también que esta rigidez se vuelve un círculo vicioso que pasa de generación en generación de psicoanalistas. Esto queda claro en el ejemplo del candidato que tuvo que "aprender" a no hablar de sus sentimientos con sus pacientes, para poder ser aceptado por el grupo psicoanalítico al que quería pertenecer. Es posible que esta forma de "adaptación" que bien podría ser calificada como sumisión, ocasione que, quienes así se someten, tengan que someter después, cuando han alcanzado cierta jerarquía en el grupo, a quienes son principiantes.

¹⁹ *Ibíd.*, p. 236

Otro artículo publicado en 1956 es el de Spitz²⁰. Para este autor, - la contratransferencia significa una parte de la relación del analista con su paciente; es uno de los determinantes del clima emocional de una relación analítica dada. Usualmente es originada en el analista y sus manifestaciones son variadas. La forma particular que tome este fenómeno es debida a la personalidad específica del paciente, que se manifiesta a través de su transferencia y que encuentra respuesta en la personalidad del analista en cuestión. Esta respuesta puede comenzar con un proceso dinámico en el inconsciente del analista, proceso que se transformará en impulsos derivados, expresados a través de la actitud del analista.

Spitz añade que cuando el paciente se da cuenta de esta actitud del terapeuta, se realiza un cambio en la naturaleza de su transferencia. Entonces se crea un proceso circular entre ambos que determina el clima en que se desarrolla el tratamiento.

Asimismo, el autor considera que la contratransferencia es análoga a la transferencia y por lo tanto, tienen una misma historia genética. En la situación analítica, la sensación de desamparo infantil es reactivada en el paciente, quien transferencialmente reproduce fantasías que tienen su origen en experiencias pasadas.

Sin embargo, la misma situación analítica hace que la contratransferencia no se manifieste de igual manera en el analista, es decir, que re-

²⁰ Spitz, René (1956), Countertransference: comments on its varying role in the analytic situation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4: 256-265

produzca situaciones de desamparo, ya que su rol principal es el de ayudar al paciente.

Por otra parte, Spitz señala que es necesario discutir con detalle la posición que considera a la contratransferencia como algo patológico e indeseable, discusión que lleva al hecho de considerar si debe ser usada o no en el tratamiento, exactamente como se hace con la transferencia. Agrega que el cuestionamiento acerca de lo que puede resultar de la liberación de afectos (elaborados y conscientes) por parte del analista cobra una importancia relevante. Si esta situación tiene como resultado un esfuerzo del analista por ayudar al paciente, puede ser considerada entonces como una meta terapéutica aceptable.

Para él, lo ideal es que la contratransferencia esté lo suficientemente sublimada como para permitir una breve regresión en el terapeuta que le permita realizar breves identificaciones con su paciente. La contratransferencia puede ser útil, siempre que sea entendida y no actuada. Para esto, es necesario que el terapeuta haya elaborado sus problemas edípicos y pre-genitales, así como abandonado su arcaico deseo de omnipotencia mágica.

Resumiendo, Spitz señala que la contratransferencia es un requisito necesario para el tratamiento psicoanalítico. Su buen uso comprende tres pasos: 1) El analista debe tomar conciencia de los derivados inconscientes que han surgido en él como respuesta a la transferencia del paciente. 2) De esos derivados, el analista debe inferir los procesos inconscientes más -

importantes. 3) Entonces podrá tener la libertad de llevar a cabo una identificación transitoria con el paciente, lo que redundará en un mejor conocimiento de éste.

Para Spitz, la contratransferencia constituye un fenómeno inevitable en la situación terapéutica, aunque él se refiere específicamente al psicoanálisis. Siendo inevitable, propone su uso. Aquí resalta la importancia de su señalamiento en el sentido de que puede ser útil siempre que sea entendida y no actuada.

Quizá uno de los autores que más contribuciones ha hecho al estudio de la contratransferencia es Heinrich Racker²¹, quien ha puesto gran énfasis en lo útil que puede ser el manejo de los sentimientos del terapeuta para una mejor comprensión del paciente.

Aquí es necesario hacer notar que aunque la cita que se proporciona corresponde al año de 1969, el trabajo que a continuación se reseñará fue publicado en 1957 con el título The meanings and uses of countertransference en The Psychoanalytic Quarterly, Vol. 26

Este autor es tal vez quien mejor ha explicado el motivo del rechazo de los psicoterapeutas a sus contratransferencias. Para Racker "la escasa elaboración científica de la contratransferencia debe provenir, lógicamente, de la posición de los analistas frente a sus propias contratransferencias, es decir, de un rechazo que representa a los restos sin resolver

²¹ Racker, H. Estudios sobre técnica psicoanalítica. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1969

del viejo conflicto con la propia parte primitiva y con la propia neurosis. Este conflicto está estrechamente ligado con los ideales irreales infantiles, cuya supervivencia se debe a deficiencias del análisis (didáctico) de estos mismos aspectos en la transferencia. Estas deficiencias se deben a su vez, en parte, a problemas irresueltos en el analista didáctico... Estaríamos así en un círculo vicioso, pero podemos ver dónde abrir la brecha que lo rompa. Hay que comenzar con la revisión de nuestra posición frente a la propia contratransferencia, buscando una mejor superación de los ideales infantiles y aceptando en mayor grado ser niños y neuróticos, aún siendo adultos y analistas; sólo así, venciendo mejor la represión de la contratransferencia, se conseguirá el mismo resultado en el candidato".²²

Racker rompe así con el mito del analista neutral, objetivo pero a la vez deshumanizado, adoptando una posición más humilde y visualizando el psicoanalista como un ser humano quien, al igual que todos, debe vérselas con sus propios conflictos.

Más adelante, expresa: "...así como la contratransferencia es la respuesta psicológica a las transferencias (reales e imaginarias) del analizado, así también la transferencia es la respuesta a las contratransferencias (imaginarias y reales del analista). El análisis de las fantasmas del analizado con respecto a las contratransferencias, las que constituyen las causas y consecuencias de las transferencias, son una parte integrante del análisis de éstas últimas. La captación de las fantasmas del analizado re-

²² Ibídem, p. 228

ferentes a la contratransferencia dependerá a su vez del grado en que el analista mismo perciba sus procesos contratransferenciales, o sea, del grado de su contacto consciente consigo mismo".²³

Esta visión del autor le confiere al terapeuta una participación más activa y responsable dentro del tratamiento, alejándolo de su función de espejo y de su categoría de observador impersonal que tanto contribuyeron a mitificar su figura.

Por otra parte, Racker considera que se han formado dos grandes grupos entre los autores que han escrito acerca de la contratransferencia: los que afirman que la contratransferencia es todo lo que surge en el analista como respuesta psicológica frente al paciente y aquellos que consideran que no todo, es decir, no todas las respuestas deben ser consideradas contratransferenciales.

El autor señala que los esfuerzos por establecer una diferenciación y clasificación del término contratransferencia pueden ocasionar aún más confusiones o bien discusiones que no llevarían a ningún lado.

Propone que al igual que el concepto de transferencia, en donde se incluyen la totalidad de reacciones del paciente frente al terapeuta, la contratransferencia sea considerada como la totalidad de la respuesta psicológica del analista. Explica que la transferencia incluye factores actuales externos e internos, pero que son vivenciados sobre la base de experien-

²³ Ibíd., pp. 229-230

cias pasadas e infantiles, o sea, sobre la base de la predisposición trans-ferencial. "Análogamente, añade, existe en el analista una disposición - contratransferencial por un lado, las vivencias actuales y, en especial, - analíticas por el otro, y la contratransferencia como resultante. Justamente esta fusión del presente y del pasado, el continuo enlazarse de realidad y fantasía, externo e interno, consciente e inconsciente, hace necesario un concepto que abarque la totalidad de la respuesta psicológica del ana-lista, y aconseja al mismo tiempo conservar con tal fin el ya acostumbra-do término 'contratransferencia' ".²⁴

Más adelante agrega otra explicación para aclarar mejor el concep-to de contratransferencia. La relación entre el terapeuta y el paciente pue-de ser igual a la de dos personas comunes y corrientes. Sin embargo, en la situación terapéutica, existe una variable especial que es la tendencia del terapeuta para comprender qué es lo que le sucede al paciente. Esta tendencia lleva necesariamente a una situación específica: la de identificación, que es la base de la comprensión. Aquí, Racker distingue dos tipos de identificaciones: la identificación concordante y la complementaria. La identificación concordante tiene lugar cuando el analista identifica cada par-te de su personalidad, con la correspondiente parte psicológica del pacien-te. Dicho de otra forma, el yo del analista se identifica con el yo del pa-ciente, su ello con el ello y su superyó con el superyó del paciente. Esto permite una mayor comprensión de la problemática y dinámica del paciente.

²⁴ *Ibíd.*, p. 233

La identificación complementaria se produce cuando el yo del analista se identifica con los objetos internos del paciente (por ejemplo con el ello o superyó).

De igual manera que puede hablarse de una identificación complementaria y una concordante, se puede también distinguir entre la contratransferencia concordante y la complementaria.

En la primera, analista y paciente se encuentran unidos en una identificación en donde comparten las mismas experiencias, impulsos y defensas, es decir, mantienen una buena relación empática.

La contratransferencia complementaria, por otra parte, se produce cuando el analista transfiere al paciente vivencias anteriores y en donde este último representa objetos internos de aquel.

La contratransferencia complementaria puede constituir un peligro para el buen desarrollo del tratamiento, pero si se tiene consciente y se elabora, puede ser utilizada para la comprensión del paciente.

Racker sostiene que cada situación transferencial provoca una respuesta contratransferencial que surge a raíz de la identificación del analista con los objetos internos del analizado y añade: "Estas situaciones contratransferenciales pueden, por cierto, ser reprimidas o bloqueadas afectivamente, pero probablemente no evitadas; en todo caso, no deberían ser evitadas a fines de una comprensión total".²⁵

²⁵ *Ibidem*, p. 239

No obstante, el autor advierte sobre ciertas situaciones que de no tomarse en cuenta, bloquearán esa comprensión. Señala que las respuestas contratransferenciales son regidas por las leyes del inconsciente, entre las que destaca la ley del Talión. Así, a una transferencia positiva corresponderá una contratransferencia positiva y viceversa. Advierte sobre la necesidad de que el terapeuta tenga esta ley siempre presente para evitar "hundirse" en la contratransferencia y no poder entonces hacer un buen uso de ésta. Si el terapeuta no tiene conciencia de la ley del Talión, entrará en el círculo vicioso de la neurosis del paciente, lo que obstaculizaría seriamente su labor terapéutica.

Asimismo, señala que es de mucha importancia que el terapeuta desarrolle un yo observador de sus reacciones contratransferenciales las que, afirma, son continuas. "La percepción de estas reacciones contratransferenciales le ayudará a hacer consciente las continuas situaciones transferenciales del analizado y a interpretarlas, en lugar de actuar, regido inconscientemente por aquellas reacciones, como sucede no raras veces". "Mientras que el no estar consciente crea el peligro de que el analizado tenga que repetir nuevamente -ahora en su vivencia transferencial- el círculo vicioso de 'objetos malos' e impulsos y defensas patológicas, aquellas interpretaciones transferenciales (obtenidas gracias a la vivencia contratransferencial consciente) representan justamente la posibilidad de abrir brechas importantes en este círculo vicioso".²⁶

²⁶ *Ibíd.*, p. 240

Tal vez la principal aportación de Racker al estudio de la contra-transferencia sea su intento de sistematización de ésta a un nivel de con-ceptos psicológicos amplios como lo son sus ideas acerca de la contratrans-ferencia concordante y complementaria. Este intento contrasta con el pun-to de vista de Cohen (cuyo trabajo fue reseñado antes que éste), quien ofre-ce, a través de ejemplos de situaciones concretas, otra posibilidad de sis-tematizar el fenómeno de la contratransferencia.

Asimismo, en el trabajo de este autor vuelve a notarse la importan-cia que tiene el proceso de identificación en la génesis de la contratransfe-rencia. Puede afirmarse entonces que la identificación sea quizá la causa más importante de este fenómeno, dada la insistencia con la que los auto-res hablan de ésta. Sharpe (1947), Fliess (1953), Grinberg (1962), Shevin y Cohen (1952), son quienes han insistido en este tema.

Por otra parte, resalta el extenso análisis hecho por Racker, de las resistencias de los psicoterapeutas a enfrentar su contratransferencia. Sus planteamientos implican que, para lograr un avance en el estudio de ésta, son necesarios una gran honestidad y un verdadero deseo de hacer frente directamente a los problemas surgidos en la labor psicoterapéutica.

El tratamiento de psicóticos implica para el terapeuta una serie de dificultades mucho mayores que el tratamiento de neuróticos. Las reaccio-nes que la conducta psicótica desencadena en el terapeuta son fuertes y mu-chas veces difíciles de soportar. Es en este contexto donde el manejo de

la respuesta del terapeuta (es decir, su contratransferencia) cobra singular relevancia.

Searles²⁷, quien se ha distinguido por sus trabajos con esquizofrénicos, resalta la necesidad de la comprensión y elaboración de las respuestas emocionales del analista en el tratamiento de este tipo de pacientes.

En su trabajo, el autor asienta desde el principio las hipótesis alrededor de las cuales girará su discusión. Estas son: 1) En el transcurso de un psicoanálisis exitoso, el analista pasa por una fase en donde considera al paciente como un "objeto de amor edípico". 2) En el desarrollo normal de la personalidad, los padres responden al amor edípico de los hijos con una intensidad mucho mayor que la reconocida hasta ahora. 3) En este desarrollo normal, el transcurso por el complejo de Edipo es tan importante para el desarrollo del yo como para el del superyó.

Ejemplificando la primera hipótesis, Searles detalla que cuando el tratamiento con ciertos pacientes progresaba, él experimentaba deseos eróticos y románticos en relación a su paciente, así como fantasías acerca de un matrimonio con éste. Estas fantasías y emociones podrían perdurar durante varios meses, y no cesaban sino después de que él había pasado por toda una variedad de sentimientos de frustración, ansiedad, cólera, etc. Asimismo, relata cómo reaccionaba ante esos sentimientos con mucha ansiedad y culpa, ya que durante su entrenamiento como psicoanalista había

²⁷ Searles, Harold (1959), Oedipal love in countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 40: 180-190

aprendido que tener sentimientos de esa índole era indeseable para el tratamiento.

Señala también que pudo darse cuenta (a través del trabajo de supervisión) que algunos colegas tenían los mismos sentimientos que él, aunque era raro aquel que los reconocía abiertamente. Searles afirma que durante mucho tiempo se quedó con la convicción de que tenía una inusitada propensión de explotar a sus pacientes con el propósito de tratar de resolver sus propios conflictos edípicos.

El autor subraya que en el tratamiento de esquizofrénicos es de la mayor importancia que el terapeuta sea capaz de darse cuenta que también puede desarrollar sentimientos eróticos o románticos hacia ellos. Searles dice-y con razón- que es mucho más fácil aceptar que se tienen sentimientos de este tipo con un paciente neurótico que con un esquizofrénico, ya que la aceptación de esto último puede ser percibido como una amenaza de patología severa en el analista.

Expresa que existen por lo menos tres razones para que el terapeuta sea susceptible de experimentar tales respuestas hacia el paciente esquizofrénico, siendo estas respuestas de gran importancia para el tratamiento.

La primera razón es que cuando el esquizofrénico llega, dentro de la terapia, a la fase del conflicto edípico, realiza demandas eróticas y románticas a su terapeuta con mucha fuerza y tenacidad. Esta fuerte demanda requiere, para su resolución, que el terapeuta sea menos represivo en

sus sentimientos eróticos de lo que generalmente es con un paciente neurótico quien posee un yo más fuerte y estructurado.

Searles hace aquí la aclaración de que él no está de acuerdo con un tratamiento en donde la conducta del terapeuta se manifieste sobre una base erótica. Sin embargo, señala que continuamente ha comprobado que los pacientes esquizofrénicos mejoran al saber que pueden provocar esos sentimientos en el terapeuta. -Asimismo, subraya que para que los sentimientos románticos sean expresados por el terapeuta, éste los debe tener bien conscientes-. El reconocimiento de tales sentimientos no provoca una mejora del paciente en forma mágica, pero constituye una de las medidas terapéuticas de gran valor.

Por otra parte, si el terapeuta no tiene este tipo de sentimientos totalmente conscientes y deja que se expresen sin control, es probable que el tratamiento llegue a un nivel de "impasse".

La segunda razón está estrechamente relacionada con la primera y es que la auto-estima del esquizofrénico, que se encuentra a un nivel muy bajo, se ve realizada por cualquier respuesta emocional de su terapeuta, ya sea la reacción erótica, romántica o de enojo.

Por último, Searles afirma que la psicoterapia intensiva de esquizofrénicos tiende a llevar al terapeuta a un estado de continuo desaliento, por lo que cualquier sentimiento puede servir de base para una posterior elaboración de una constructiva relación terapéutica.

La posición de Searles puede ser vista como muy radical, por lo que aquí se considera conveniente aclarar que Searles, al decir que la expresión de sentimientos eróticos puede ser benéfica para el tratamiento de pacientes esquizofrénicos, presupone un gran número de consideraciones teóricas y técnicas. Entre éstas está su conceptualización acerca de lo que implica hacer consciente lo inconsciente. Cuando este autor expresa que antes de hacer una expresión de sentimientos eróticos a un paciente, el terapeuta debe tener estos sentimientos bien claros, no está solamente diciendo que éstos tienen que ser conscientes. Para Searles hacer consciente lo inconsciente, significa que se ha pasado por un proceso de elaboración ("working-through"). Esto a su vez implica que el terapeuta ha tenido previamente un análisis personal exitoso, seguido de un continuo auto-análisis, entrenamiento psicoanalítico intensivo y una supervisión constante tanto individual como grupal.

Para ejemplificar esta posición, Searles ofrece varios ejemplos en donde la expresión de los sentimientos amorosos de él a sus pacientes, hicieron mejorar el tratamiento.

En uno de estos ejemplos habla de su trabajo con una paciente diagnosticada como hebefrénica. Searles refiere que durante una sesión que tuvo lugar en el segundo año de tratamiento y en la cual la paciente actuaba en forma altamente bizarra, él se sorprendió a sí mismo teniendo fantasías acerca de casarse con ella.

"Durante muchos meses después de esta ocasión, tanto en las sesiones como fuera de éstas, me dí cuenta de que seguía experimentando sentimientos similares hacia ella, frecuentemente acompañados por fuertes impulsos eróticos; y durante este período tuve por lo menos una docena de sueños románticos y eróticos con ella. Le hice saber, en ocasiones apropiadas y en respuesta a algunas comunicaciones de ella, que yo tenía tales sentimientos; y por lo menos en dos ocasiones admití francamente que estaba celoso por la marcada y romántica preferencia que ella mostraba hacia otro terapeuta del hospital".

"El subsecuente curso de su terapia me convenció firmemente que el haber experimentado con libertad esos sentimientos y el hecho de haberse los comunicado, fueron factores determinantes en el relativo éxito de mi trabajo con esta mujer quien había estado, al principio del tratamiento, gravemente enferma".²⁸

Searles señala cuatro fuentes de las que pueden surgir las respuestas de "amor edípico" del terapeuta y subraya que es difícil reconocer la diferencia entre una clase y otra. Lo más importante es que el terapeuta esté totalmente dispuesto a reconocer la presencia de tales sentimientos en él, no importa cuál sea su origen, ya que así tendrá la oportunidad de discernir, tan pronto como sea posible su significado en relación al análisis del paciente.

²⁸ *Ibidem*, p. 184

La primera fuente la constituyen las respuestas emocionales a la transferencia del paciente. Cuando éste pasa, en el curso de su tratamiento, por la experiencia del amor edípico, transferirá a su terapeuta sentimientos de celos y frustración, considerándolo como su padre. El terapeuta puede entonces responder recíprocamente a estos sentimientos.

La segunda fuente es la contratransferencia en su sentido clásico, es decir, la respuesta del terapeuta hacia el paciente en forma transferencial. Aquí el paciente representa alguna figura importante de los primeros años en la vida del terapeuta. Esta respuesta se da sin la conciencia de que es provocada por experiencias infantiles, más que por estar influida por la actual relación terapéutica. El autor hace aquí la advertencia de que esta fuente de sentimientos edípicos debe ser reducida al mínimo a través del propio análisis del terapeuta y de un estado continuo de alerta ante tales sentimientos.

Asimismo, subraya que aunque él piensa que esta fuente puede ser de poca importancia en un terapeuta bien analizado, es probable que esté presente en todo aquel que se dedique a la psicoterapia.

Respecto a la actitud evasiva de muchos analistas hacia la contratransferencia, Searles afirma: "Yo creo que el miedo a estos sentimientos contratransferenciales sólo ha servido para incrementar la probabilidad de que permanezcan inconscientes, y espero que este trabajo pueda ayudar a los analistas -en especial a los de menos experiencia- a cobrar

conciencia de que tales sentimientos existen, y así puedan manejarlos mejor".

Una tercera fuente puede ser encontrada en la gran atracción que significa un paciente que realiza buenos progresos en su tratamiento. Esto llevará al terapeuta a enamorarse de su paciente, reacción provocada en gran parte por los residuos narcisistas en su personalidad.

Finalmente, la cuarta causa está relacionada con la terminación del tratamiento. Ante esta situación, el paciente se toma, per se, en un simpático, admirable y adorable ser humano, del cual el terapeuta se tendrá que separar en poco tiempo. Esta inevitable circunstancia acarrea en el analista sentimientos de amor frustrados, comparables a los suscitados tan to en el padre como en el hijo, durante la fase edípica del desarrollo del niño.

La honestidad de este autor podría servir de estímulo para una discusión abierta de las reacciones transferenciales, para evitar -como él señala- que sigan permaneciendo inconscientes. Quizá podría decirse que esta honestidad -como lo señaló Helmman (1960)- pudiera tener una base en donde sirva para satisfacer necesidades inconscientes del terapeuta.

No obstante, hay que insistir en que Searles supedita esta honestidad a una previa elaboración de los sentimientos del terapeuta. Además, sus aclaraciones respecto a que un tratamiento no debe darse sobre una base erótica, y que los sentimientos edípicos del terapeuta en relación al paciente deben ser reducidos al mínimo, sugieren que sus proposiciones respecto

al uso de la contratransferencia no implican que una psicoterapia deba hacerse tomando como base la intensa respuesta emocional del terapeuta. Simplemente, como todos los autores de la posición interaccional, propone que si la contratransferencia está siempre presente, puede ser usada en lugar de ser descargada, muchas veces en forma inconsciente y con el inevitable perjuicio del paciente.

Savage (1961)²⁹, también ha escrito acerca de la importancia que tiene la contratransferencia en el tratamiento de esquizofrénicos. "La contratransferencia es una parte integral del tratamiento de esquizofrénicos, quizá, la parte más importante. Comprendida, es la mayor herramienta con que cuenta el terapeuta y frecuentemente su única gafa; ignorada o no reconocida, puede ser su mayor obstáculo".³⁰

Savage explica que "el analista enfrenta muchos problemas, ansiedades y preocupaciones durante el tratamiento de esquizofrénicos y todos estos problemas tienen implicaciones inconscientes, es decir, contratransferenciales para el analista. La mejor ruta para el entendimiento de la contratransferencia es a través de la investigación de los problemas encontrados, especialmente por medio del auto-análisis de las reacciones del terapeuta, lo que a su vez lleva a una comprensión de la relación paciente-terapeuta y a un mejor entendimiento del paciente".³¹

²⁹ Savage, Charles (1961), Countertransference in the therapy of schizophrenics. Psychiatry, 1:53-60

³⁰ *Ibidem*, p. 53

³¹ *Ibidem*, p. 53

Sin embargo, -añade- muchos terapeutas evitan enfrentar los problemas que surgen como producto de su contratransferencia, con lo que só lo contribuyen a perpetuar el proceso esquizofrénico en el paciente. Subraya que la contratransferencia es evitada no por mojigatería por parte de los analistas, sino porque es un tópicó que provoca mucha ansiedad.

Savage afirma que la contratransferencia puede ser objeto de usos y abusos. Cita como ejemplos de abusos, tratar de analizar en el paciente lo que realmente existe en el analista; fallas para ver en uno mismo, y en general, el uso del paciente para obtener una gratificación sustituta.

Los ejemplos de los usos se refieren, en última instancia, al hecho de que el inconsciente del terapeuta entiende al inconsciente del paciente. "Este entendimiento es llevado a cabo a través de lo que Fliess (1953) denomina identificación transitoria. En este proceso, el analista se identifica con su paciente, trata de experimentar lo mismo que éste y después evalúa el material así obtenido de una manera objetiva".³²

Savage aclara que en el tratamiento de esquizofrénicos, este proceso se torna mucho más difícil a causa de la naturaleza no verbal y altamente simbólica de la comunicación de este tipo de pacientes. Asimismo, la identificación debe ser mucho más profunda que en un tratamiento de neuróticos, por lo que al terapeuta se le dificulta mucho volver a su posición de observador neutral.

³² Ibídem, p. 56

Según el autor, la mayor parte de los problemas que pueden servir en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos, pueden ser agrupados bajo el común denominador de la incapacidad del terapeuta para identificarse con su paciente. "La aceptación del tratamiento de un paciente con el cual el terapeuta, por cualquier razón, no puede identificarse, es un error que seguramente acarreará problemas masivos de contratransferencia".³³

Un paciente aceptado bajo estas circunstancias, se sentirá rechazado por el analista en el curso del tratamiento. Al mismo tiempo, el terapeuta se sentirá ansioso por no comprender al paciente, lo que a su vez disminuye su capacidad de entendimiento, con lo que se crea un círculo vicioso. Ante esta situación, los sentimientos de odio y de culpa son movili- zados en el terapeuta y su irresuelta o latente reacción ante figuras autoritarias, es despertada por el paciente. El autor expresa que estos problemas contratransferenciales pueden ser elaborados y superados, pero sólo a través de un gran esfuerzo. Sin embargo, si estos problemas tienen su base en una falta de identificación, Savage recomienda que el terapeuta refiera el paciente a otro colega.

Por otra parte, si la falta de identificación implica dificultades en el tratamiento de esquizofrénicos, la identificación, a su vez, trae consigo otros problemas. Idealmente, la identificación debe ser sólo transitoria y el terapeuta debe pasar de una comprensión empática a una observación desinteresada. No obstante la psicoterapia de esquizofrénicos, la --

³³ *Ibíd*em, p. 56

identificación es intensa y muy regresiva, lo que ocasiona que el terapeuta tenga muchas dificultades para retornar a su posición neutral. Puede empezar entonces a experimentar los problemas del paciente como si fueran suyos, y a menos que enfrente estas dificultades directamente, logrará manejarlas. De otra forma, puede recurrir a algunas tretas para intentar calmar tanto la ansiedad del paciente como la suya. Entre estas tretas puede estar el emplear una ternura excesiva.

Estas maniobras, que pueden ser consideradas como defensivas, llevan al analista a una situación precaria, negándose la posibilidad de reconocer sus sentimientos contratransferenciales, con lo que pierde una valiosa fuente de comprensión y comunicación con el paciente.

Para el autor, todos los problemas antes señalados, hacen que la aparición de la contratransferencia no sea sorpresiva. Aún sin estos problemas -dice Savage- la situación del tratamiento de esquizofrénicos hace que la contratransferencia sea inevitable.

Como soluciones tentativas al inevitable problema de la contratransferencia en el tratamiento de esquizofrénicos, Savage propone el auto-análisis continuo y más análisis personal del terapeuta si es necesario. Asimismo, considera que la ayuda de un supervisor puede ser útil, aunque muchas veces éste también puede identificarse con el paciente y perder así su función de ser la parte objetiva que dé apoyo al tratamiento.

Este autor finaliza diciendo que quizá la solución más viable cuando se trata al paciente en un hospital, sea la constante consulta con el resto del personal que trabaja ahí. "Así bajo el cuidadoso escrutinio de los problemas del analista con su paciente, puede obtenerse una mejor comprensión de la relación terapéutica, lo que llevará a su vez a un mejor entendimiento del paciente. Esto sólo puede lograrse en una atmósfera en la cual se acepte a la contratransferencia como un área legítima de investigación".³⁴

De nuevo aparece la identificación inadecuada como la causa de contratransferencia, aunque en el tratamiento de psicóticos, como dice Savage, es casi inevitable una identificación muy regresiva que haga que el terapeuta no pueda regresar a su posición neutral.

Por otra parte, es interesante notar que en el campo donde se inició un cambio en el estudio de la contratransferencia, o sea el tratamiento de psicóticos (Winicott, 1949), este autor insiste en que, bien usada, la respuesta emocional del terapeuta puede ser la mejor herramienta para el entendimiento de este tipo de pacientes.

Asimismo, es digna de tomarse en cuenta la sugerencia de Savage (ya mencionada en el trabajo de Searles (1959), en cuanto a que la constante supervisión y monitoreo con el resto del personal que labora en el hospital, constituye una buena manera de entender la contratransferencia. Si se supone que el terapeuta está más expuesto a intensas reacciones al tra-

³⁴ *Ibidem*, p. 60

tar a psicóticos, la consulta con otros colegas puede ayudarle incluso a nivel de apoyo para superar la frustración y el desaliento que muy probablemente experimente. De igual forma, la constante opinión de alguien que no esté tan involucrado en la relación terapéutica con el paciente, puede proporcionarle un punto de vista más real y objetivo, que le ayude a superar y entender sus distorsiones contratransferenciales.

Como se ha mencionado antes, la posición interaccional sobre la contratransferencia afirma que ésta puede ser usada como una vía de comprensión del paciente. En general, el método que los autores de esta posición recomiendan para la comprensión y resolución de la contratransferencia es el auto-análisis. Ross y Kapp³⁵ presentan un método específico que consiste en el auto-análisis hecho por el terapeuta de sus imágenes visuales que surgen en respuesta al relato de los sueños de los pacientes.

Estos autores subrayan que este método es una innovación y que está en estrecha relación con el señalamiento de Freud en el sentido de que los sueños son el mejor camino para llegar al inconsciente.

Las imágenes que surgen en el analista mientras escucha el relato del sueño de su paciente, parecen ser una instancia de la actividad inconsciente del analista en respuesta a la actividad inconsciente del analizado.

³⁵ Ross, D. y Kapp F. (1962), A technique for self-analysis of countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 10: 643-657

La conceptualización que el analista hace de determinado sueño, representa una nueva versión de lo relatado por el paciente, ya que los sentimientos inconscientes del analista pueden distorcionar el sueño original.

Ross y Kapp añaden que las imágenes experimentadas por el terapeuta en estas condiciones, tienen características especiales. Si se toma en cuenta que el analista no es libre de verbalizar sus asociaciones como lo hace el paciente y tampoco puede expresar sus sentimientos hacia éste, nos resulta entonces sorprendente que esta posición especial que guarda durante la sesión, lo lleve a transformar sus ideas involuntarias en imágenes acústicas y visuales, como una fase en su respuesta al paciente.

Por otra parte, los autores señalan que las imágenes en respuesta a los sueños del paciente, aparecerán con más facilidad en analistas poco resistentes a asociar tales imágenes con contenidos inconscientes de experiencias infantiles. "Consecuentemente, puede decirse que las imágenes visuales del analista poco resistente, en respuesta a los sueños del paciente, pueden ser usadas para el auto-análisis de los elementos inconscientes tanto dinámicos como genéticos de la reacción ³⁶contratransferencial".

El análisis de las imágenes puede ser hecho durante la sesión o después de ésta, y los autores hacen la aclaración de que el uso de esta técnica presupone que el analista ha tenido su análisis personal, que ha pasado

³⁶ *Ibíd*em, p. 646

por la experiencia de un entrenamiento psicoanalítico y que tiene una gran motivación por la búsqueda continua del "insight".

De manera general, la técnica propuesta otorga un conocimiento que facilita el proceso analítico de convertir en consciente lo inconsciente. Específicamente, le da al terapeuta la oportunidad de hacer interpretaciones sobre la firme base que le proporciona el conocimiento de sus propias respuestas inconscientes.

Los autores ofrecen cinco ejemplos en donde esta técnica fue usada. Aquí se incluye uno de ellos con la intención de hacer más claro el método propuesto.

Un paciente relató varios sueños, todos los cuales incluían el patio y la cochera de su casa cuando era adolescente. Durante estos relatos, el analista visualizó los sueños del paciente comparándolos con la cochera y el patio de su actual casa, lugares donde su hijo jugaba frecuentemente. Asimismo, asoció la escena del patio de su casa cuando era adolescente. La siguiente asociación fue la de una experiencia acerca de un carro de juguete que le había comprado su papá, pero que éste decidió que no podía usar porque no era lo suficientemente grande para hacerlo. Estas asociaciones hicieron al analista consciente, por primera vez, de que había estado comparando al paciente con su hijo, con él mismo cuando era adolescente, y con él mismo cuando luchaba con sus problemas edípicos. Este insight, le reveló que estaba compitiendo en algún grado con el padre del paciente y por lo tanto respondiendo con una contratransferencia.

Después de esto, el analista tomó conciencia de que el paciente había ofrecido una imagen distorsionada de su padre, imagen que el analista había aceptado totalmente. Así, pudo tener una idea más real del padre del paciente y de la naturaleza de la transferencia de éste. Dicho de otra forma, el paciente transfirió al analista los sentimientos relativos a su padre y aquel respondió en forma contratransferencial. Una vez que el analista pudo tener esto claro, procedió a interpretar los sentimientos de crítica y rabia que en forma transferencial el paciente había estado produciendo, con lo que el análisis mejoró.

Finalmente, Ross y Kapp proponen un método para evaluar la objetividad de la técnica. El conocimiento de que el "insight" obtenido a través del análisis de las imágenes visuales de los sueños del paciente es correcto, puede ser obtenido a través de supervisión. Señalan que existen momentos durante la supervisión en los cuales el supervisor puede tomar conciencia de que existe un problema debido a la contratransferencia. Entonces, puede escribir sus impresiones acerca de la contratransferencia, sin comunicárselas al supervisado. A su vez, éste tomará un sueño del paciente en cuestión y escribirá sus impresiones acerca de su contratransferencia, obtenidas a través del análisis de sus imágenes visuales. Las dos conclusiones se compararán después. Si existiera diferencia, puede decirse que el supervisor, con más experiencia y estando menos involucrado con el paciente, puede estar más cerca de lo cierto.

En realidad son pocos los métodos prácticos sugeridos para recono

cer y entender las respuestas contratransferenciales. Este ejemplo de Ross y Kapp parece tener buenos fundamentos teóricos, aunque quizá sea un poco difícil de emplear. La razón es que si se supone que la contratransferencia está siempre presente, implicaría cierta dificultad que el terapeuta consulte al supervisor para analizar muchas de sus reacciones contratransferenciales. Como ya se ha dicho, lo ideal es que el mismo terapeuta pueda comprender, elaborar y manejar sus respuestas al paciente por sí mismo y antes de que causen serios prejuicios al tratamiento. El método de los autores tendría quizá una indicación específica no mencionada por ellos: podría ser usado cuando el terapeuta perciba que algo anda mal en sus reacciones, pero no pueda entender el porqué de la situación.

Kernberg (1965)³⁷ realiza una breve revisión de las posiciones clásica y totalista sobre la contratransferencia mostrándose partidario de la segunda. Según él, el concepto totalista está muy en relación con la visualización de la situación analítica como un proceso de interacción, en el cual el pasado y el presente de los dos participantes (analista y paciente), así como sus reacciones a ese pasado y presente, se fusionan en una sola posición emocional.

Cuando Kernberg se refiere a la posición totalista, está hablando también de lo que en este trabajo se considera posición interaccional. Ambas posiciones proponen un uso de la respuesta emocional del terapeuta para el

³⁷ Kernberg, O. (1965), Notes on countertransference. Journal of the American Psychoanalytic Association 13: 38-56

mejor entendimiento del paciente. Lo que define a los totalistas es que consideran que toda respuesta o actitud del terapeuta al paciente constituye -- una contratransferencia, aunque no todos los que proponen el uso de la contratransferencia piensan que toda respuesta del terapeuta es contratransferencia. A causa de ésto, aquí se ha adoptado el calificativo de interaccional por considerar que es un concepto más amplio que engloba a todos aquellos que proponen un uso constructivo de la respuesta emocional del terapeuta.

Por otra parte, Kernberg rechaza la idea de que las reacciones contratransferenciales deban ser consideradas como tales sólo cuando son inconscientes.

"Uno puede decir, por supuesto, que sólo el inicial e inconsciente punto ciego es una contratransferencia, pero ésto no haría justicia al hecho de que muy frecuentemente el problema principal del terapeuta no es solamente esclarecer un aspecto de sus sentimientos que había permanecido, sino también la manera de manejar las fuertes emociones que experimenta y que también influyen en el tratamiento".³⁸

Las manifestaciones de la contratransferencia, dice Kernberg pueden ser conscientes, aunque las condiciones intrapsíquicas, resultado de su aparición, pueden ser inconscientes. Esto tiene gran relevancia para el manejo de la contratransferencia. Implica que el analista tiene la posibilidad de comprender la función de su reacción contratransferencial en la interac-

³⁸ Ibdem, p. 41

ción analítica inmediata, aunque el origen en su propio pasado permanezca oculto para él.

Aunque el terapeuta no sea capaz de descubrir las causas de su contratrtransferencia, sí puede tomar conciencia de la intensidad y significado de su reacción emocional. Asimismo, puede delimitar hasta qué punto esta reacción es determinada por la realidad tanto de él como del paciente y entonces establecer hasta dónde está influyendo su pasado.

En su definición de contratrtransferencia, Kernberg asienta que ésta puede ser mejor entendida si se le toma como una respuesta a la transferencia del paciente. Argumenta que aún cuando las reacciones contratrtransferenciales reflejen en forma predominante problemas de carácter no resueltos en el analista, éstos están íntimamente conectados con la interacción analítica con el paciente. A través del mecanismo de regresión empática en el analista, ciertos conflictos del paciente pueden reactivar problemas similares provenientes del pasado del analista. De igual forma, esta regresión puede reactivar antiguas defensas de carácter del terapeuta que éste ya había dejado de usar.

Al referirse a los tipos de reacciones con diferentes tipos de pacientes, Kernberg expresa que si se toma en cuenta una línea continua de reacciones de contratrtransferencia que vaya desde las neurosis por un lado hasta las psicosis por el otro, la contratrtransferencia se incrementará con pacientes más cercanos al lado psicótico. Asimismo, la contribución del pacien-

te a una manifestación de contratransferencia del analista se incrementará más si este paciente está más severamente enfermo. Es decir, mientras más enfermo esté un paciente, más probabilidades habrá de que la contratransferencia sea una respuesta al enfermo que debida a problemas del terapeuta.

"De esta manera, escribe Kernberg, la contratransferencia se vuelve una importante herramienta de diagnóstico, proporcionando información acerca del grado de regresión en el paciente, de la posición emocional de éste hacia el terapeuta y de los cambios ocurridos en esta posición emocional".³⁹

No obstante su posición interaccional, Kernberg señala que la contratransferencia puede ocasionar serios problemas. Uno de éstos es debido a la identificación proyectiva del analista con el paciente. La identificación proyectiva puede ser considerada como una forma temprana del mecanismo de proyección. En términos de los aspectos estructurales del yo, la identificación proyectiva difiere de la proyección en que el impulso proyectado no aparece como algo ajeno y distante del yo, debido a que la conexión de esta instancia intrapsíquica con el impulso proyectado continúa, de tal manera que el yo empatiza con el objeto.

Cuando el analista se ve envuelto en este tipo de proceso debido al contacto con pacientes severamente desorganizados, puede enfrentar tres

³⁹ *Ibíd.*, p. 43

peligros principales: 1) La reaparición de la ansiedad conectada a impulsos infantiles, especialmente a aquellos de naturaleza agresiva, que son dirigidos ahora hacia el paciente. 2) Cierta pérdida de los límites del yo en la interacción con algún paciente en especial; y 3) Una fuerte tendencia a controlar al paciente debido a una identificación de éste con un objeto del pasado del propio analista.

Kernberg prosigue señalando que afortunadamente existen mecanismos compensatorios de la contratransferencia que operan en el analista. Algunas partes del yo pueden permanecer intactas aún cuando tenga lugar una identificación proyectiva. Lo que permanece funcionando a un nivel maduro en el analista, es su parte principal del yo, incluyendo la identidad del yo y las estructuras adaptativas y cognitivas conectadas con éste.

Aún con pacientes que presentan desórdenes severos, el terapeuta puede perder su objetividad analítica pero sólo durante el transcurso de la sesión. Una vez pasado este lapso, el analista puede elaborar lo sucedido poniendo sus partes maduras y adaptativas del yo como auxiliares de aquellas que quedaron dañadas por la interacción con el paciente. De esta forma, el analista puede recuperar sus límites yoicos.

Otra de las formas en que se puede expresar la contratransferencia, es a través de la agresión. Una de las maneras de superar los efectos de la agresión y autoagresión es la capacidad del analista para experimentar interés. Kernberg especifica que interés en este contexto signifi-

ca poder darse cuenta de lo peligrosos que son los impulsos destructivos y autodestructivos en el paciente y tomar conciencia de que éstos pueden desarrollarse también en el analista.

Kernberg termina señalando que no todas las dificultades o crisis dentro de un tratamiento están relacionadas con la contratransferencia. La falta de conocimiento o de experiencia del terapeuta debe ser diferenciada de su reacción de contratransferencia.

La sola comprensión del analista del significado de su contratransferencia no ayuda al paciente. Lo que lo ayuda es el uso que el analista hace de esta información en sus interpretaciones de transferencia. Asimismo, otra forma de ayuda es que el analista le dé al paciente evidencias de su capacidad para acompañarlo a recorrer su pasado, sin perder de vista el presente.

La posición de Kernberg no queda muy clara, ya que si al principio considera que debería de llamarse contratransferencia a todo lo que surge en el terapeuta con relación a su paciente, después aclara que este fenómeno debe ser visto como la respuesta a la transferencia de éste.

No obstante, parece valioso su comentario en el sentido de que no sólo los elementos inconscientes influyen en la contratransferencia, ya que si bien algunos pueden estar conscientes en un momento dado, su origen y significado pueden permanecer inconscientes. Ya se ha mencionado que

sentimientos conscientes de gran intensidad deberían alertar al terapeuta sobre la posible aparición de contratransferencia. Sin embargo, es necesario insistir que la verdadera empatía y la disposición de ayuda, si bien pueden tener una génesis inconsciente, no distorsionan la visión del paciente y tampoco ocasionan problemas en el tratamiento. Por esto, parece adecuado considerar contratransferencia -como ya se ha dicho antes- sólo a aquellas reacciones que hacen imposible una percepción real del paciente y/o que causen problemas dentro del tratamiento. Aquí la posición poco clara de Kernberg vuelve a resaltar cuando afirma que las dificultades dentro de una situación terapéutica también pueden ser ocasionadas por la falta de conocimiento y experiencia del terapeuta, señalamiento que parece también muy válido.

Otro artículo aparecido en 1965 es el publicado por Grossmann.⁴⁰

Este autor propone que la definición de contratransferencia se limite a la reacción del terapeuta a la transferencia del paciente. La contratransferencia, dice Grossmann, es una reacción psicológica que ocurre en todos los seres humanos y que surge de una persona hacia otra como resultado de la expresión de los sentimientos transferenciales de la otra persona.

"Sin embargo -agrega- aquellos que prefieren usar un nombre para sus propias reacciones y otro diferente para las de sus pacientes, pueden revelar un deseo que tiene lugar en una categoría diferente. Tales defen-

⁴⁰ Grossmann, Carl (1965), Transference, countertransference and being in love. Psychoanalytic Quarterly, 34: 249-256

sas se encuentran entre las razones que motivan el propio análisis del analista. Si éste no puede reconocer en sí mismo ciertos sentimientos de sus pacientes, es precisamente porque éstos pueden ser inaccesibles a sus esfuerzos exploratorios".⁴¹

Grossmann analiza la relación que existe entre la transferencia amorosa y la respuesta del terapeuta a ésta. Expresa que cuando un paciente se enamora de su analista, lo que ocurre es que aquel ha desplazado en éste los sentimientos que originalmente fueron dirigidos a un objeto arcaico. Las reacciones del terapeuta hacia este estímulo que proviene del paciente no pueden ser calificadas de patológicos a menos que se fusionen con el propio amor de transferencia del paciente.

Después señala que la respuesta al amor de transferencia manifestado por el paciente puede variar de acuerdo a los cambios de la misma transferencia. Puede ocurrir que el terapeuta responda a la transferencia amorosa enamorándose a su vez del paciente. Cuando esta situación tiene lugar, puede suceder que el terapeuta sea tratado de la misma forma en que el paciente trató a su objeto de amor infantil y real. Contratransferencialmente, puede entonces responder actuando como si fuera el objeto infantil. No obstante, si el terapeuta puede tomar conciencia de esto, podrá entonces comprender los motivos de esta relación. Es entonces que a través del entendimiento pueda comportarse de una manera diferente a la del objeto original. Esto a su vez lo posibilita a hacer interpretaciones que

⁴¹ *Ibíd.* p. 250

logren cambiar la caótica situación del tratamiento.

Grossmann retoma, muchos años después, la advertencia que Freud hiciera en 1914 acerca de la contratransferencia amorosa (ver Capítulo III), sólo que amplía mucho más tal señalamiento. Claramente expone que el enamoramiento del terapeuta como respuesta al estímulo amoroso transfe-rencial del paciente es todo un proceso de interacción, en donde la transfe-rencia y la contratransferencia se influyen mutuamente. Además, sugie-re que el darse cuenta de esta reacción y entenderla, le otorga al terapeuta la posibilidad de comprender mejor la transferencia e interpretarla con el consiguiente progreso del tratamiento. Toda esta concepción está muy le-jos de la primera observación hecha por Freud en 1910, acerca de que la contratransferencia debía ser simplemente reconocida y superada.

En 1967,⁴² Deveraux escribe un trabajo en donde afirma que es la contratransferencia y no la transferencia el dato de más relevancia en las ciencias del comportamiento. Aunque Deveraux, que además de psicoana-lista es etnólogo, hace extensiva a esta afirmación a todas las ciencias del comportamiento, aquí se tomarán en cuenta nada más sus señalamientos acerca de la contratransferencia dentro del psicoanálisis.

Deveraux expresa que en psicoanálisis los datos proporcionados por el paciente tienen sólo una importancia secundaria en tanto que están "allá fuera" del observador (psicoanalista). Las observaciones más relevantes

⁴² Deveraux, G. De la ansiedad al método en las ciencias del comporta-miento. Ed. Siglo XXI, México; 1977. (La fecha de 1967 corresponde a la primera edición en inglés).

se encuentran dentro del psicoanalista, sobre todo en sus reacciones a la información proporcionada por el paciente, es decir, en su contratransferencia. Sin embargo, esta observación puede ser detenida antes de que lleguen al inconsciente del terapeuta.

El caso más claro se encuentra en el trato que los psiquiatras organicistas dan a sus pacientes. Estos terapeutas impiden que la información llegue a su inconsciente a través de varias formas, como la administración de medicamentos y en casos extremos utilizando electroshocks o realizando lobotomías. Este tipo de métodos constituyen una buena defensa contra la angustia que les pudiera provocar el paciente. Pero a pesar de estos métodos la perturbación existe y quizá se refleje en forma inconsciente respondiendo con la aplicación de estos sistemas terapéuticos. Es decir, en el momento en que la angustia llega a hacerse inmanejable, se nulifica la fuente que provocaba esta angustia. El psicoanalista, por el contrario, utiliza al inconsciente como uno de sus principales instrumentos de trabajo. Deveraux describe esta situación de la manera siguiente:

"El modus operandi del psicoanalista ideal es diferente porque, para él, esta perturbación es un dato fundamental que debe maximizarse. Para él no es un subproducto indeseable aunque inevitable, sino más bien la meta de sus actividades de recolección de datos psicoanalíticos... como debería ser también la de la labor de investigación del científico de la conducta. El psicoanalista ideal canaliza deliberadamente los estímulos que dimanan del paciente directamente hacia su propio inconsciente y, en grado me-

nor, también a su preconscious. Además, usa de aparato de percepción -o receptor- aquella porción de su psique que la mayoría de los demás científicos de la conducta tratan de esconder y emparedar y empezará por elaborar esos estímulos por medio de su actividad mental de proceso primario. Deja llegar -y llegar adentro- a su paciente. Permite la creación de una perturbación dentro de sí y después la estudia más atentamente aún que los dichos del paciente. Entiende a su paciente psicoanalíticamente sólo hasta donde entiende los trastornos que su paciente causa dentro de él. Dice 'y esto percibo' sólo en relación con las reverberaciones que halla 'en sí mismo'.⁴³

Deveraux pone el dedo sobre el renglón que muchos autores parecen olvidar al negar que la contratransferencia pueda tener un uso al servicio de una mejor comprensión. Su planteamiento propone concretamente que es el inconsciente del terapeuta el que comprende al paciente. Esto no es más que un seguimiento de las sugerencias de Freud en el sentido de que el inconsciente del analista debe convertirse en un órgano receptivo y las comunicaciones que provienen del inconsciente del analizado. Sin embargo, Deveraux agrega un elemento más al binomio de comprensión entre los inconscientes del analista y del paciente: su idea de "perturbación". Si se parte de la base de que el terapeuta trabaja con su propio inconsciente, debe esperarse que éste no sea nada objetivo y que las apreciaciones de él salgan, sean deformadas por todo lo que puede encerrar un inconsciente. Es

⁴³ Ibíd., p. p. 360-361

así que el reconocimiento de que la "perturbación" no tiene porque ser necesariamente, un obstáculo cobra singular relevancia. A fin de cuentas lo que Devereaux propone es que esta "perturbación" sirve para la comprensión del paciente. Este autor es aún más radical al afirmar que "es la contratransferencia y no la transferencia el dato de importancia más decisiva en toda la ciencia del comportamiento, porque la información que se puede sacar de la transferencia por lo general también puede obtenerse por otros medios y no sucede así con la que proporciona el análisis de la contratransferencia".⁴⁴

En un trabajo publicado en 1968 por Aberastury y Colaboradores⁴⁵, se plantea a la transferencia y contratransferencia como una unidad funcional. Según estos autores, la transferencia y la contratransferencia constituyen un proceso en donde cada uno de los elementos influye en el otro.

"... podemos describir el proceso diciendo que cuando tiene lugar una transferencia del paciente se activan en el analista contenidos semejantes a los transferidos por el paciente y se produce una identificación parcial con él mismo o con sus objetos; por otra parte, aquellos aspectos con los que quedó identificado el paciente sirven de estímulo para las transferencias del analista de procesos semejantes".⁴⁶

⁴⁴ *Ibidem*, p. 19

⁴⁵ Aberastury, A.; Cesio F.; Garma, E.; Smolensky G. y Zac, J. Transferencia y Contratransferencia en Psicoanálisis en las Américas, Editado por Grinberg, L; Langer, M. y Rodrigué. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1968

⁴⁶ *Ibidem*, p. 197

Más adelante, los autores explican la relación que existe entre la atención flotante y la contratransferencia. A través de la atención flotante, el analista muestra una actitud receptiva hacia el paciente y presta sus contenidos inconscientes y preconcientes como una parte sensible que hace posible estas transferencias y que a la vez se estimula con éstas. Estas reacciones del analista, que comprenden las identificaciones del mismo en función de su paciente, configuran la contratransferencia.

Después de detallar en un ejemplo la forma en que el proceso transferencia-contratransferencia constituye una unidad total, los autores concluyen que sólo para efectos de una mejor com prensión, los conceptos se estudian en forma separada.

"Siguiendo estas ideas encontramos que esta íntima relación entre la transferencia y la contratransferencia implica que si bien las transfencias 'dictan' las contratransferencias, a su vez las que podemos llamar contratransferencias 'dictan' las transferencias. Las posibilidades de transferir del paciente están en función de la capacidad que el analista tiene para identificarse, en mayor o menor medida, con lo transferenciable".⁴⁷

En otro ejemplo se refieren a una sesión en donde el analista realizó una interpretación errónea llevando por su reacción contratransferencial. En este ejemplo, los autores emplean el término neurosis de contratransfe-

⁴⁷ *Ibíd.*, p. 201

rencia. Esta reacción neurótica del terapeuta se produce debido a que éste no tiene bien consciente que la relación con su paciente se está dando sobre una base neurótica. Sin embargo, para los autores ésto no es totalmente dañino para el tratamiento: "Más, lo que visto en estos términos puede parecer perjudicial para el desenvolvimiento del tratamiento, motivado por la situación del analista, es lo que encontramos constantemente en el desarrollo de cualquier análisis, claro está, en función del material específico de cada caso. El analista está 'funcionando' siempre en neurosis de contratransferencia; la elaboración de las resistencias, que lleva a la interpretación comprende el vencimiento de sus propias resistencias que, aunque con otras características, son también las del paciente, y la buena interpretación que modifica al paciente, está modificando también la contratransferencia".⁴⁸

La idea de la unidad funcional de la transferencia-contratransferencia parece ser una consecuencia natural del desarrollo de este concepto. Como ya se ha visto, el interés por la contratransferencia trajo como resultado que se visualizara a la situación terapéutica como un campo en donde dos personas se influyen mutuamente. Esta idea también puede explicarse usando una analogía física: la premisa de que a toda fuerza o presión, corresponde una reacción igual y en sentido contrario. La utilización del concepto de unidad funcional parece ser también una especie de refinamiento conceptual del estudio de la contratransferencia.

⁴⁸ Ibdem, p. 203

Por otra parte, en este trabajo vuelve a notarse, aunque de manera implícita, la proposición del crecimiento del terapeuta, producto del vencimiento de sus propias resistencias. Si la relación paciente-terapeuta constituye una unidad, sugieren los autores, la modificación del primero, es seguida por un cambio en el segundo.

En el mismo año de 1968, Kemper⁴⁹ presenta otro trabajo donde sigue la tesis planteada por Aberastury y Colaboradores: La transferencia y la contratransferencia constituyen una unidad funcional que sólo para fines de mayor comprensión puede dividirse.

El autor presenta un modelo esquemático de la interacción entre los dos fenómenos, advirtiendo que la presentación es simplificada artificialmente. En este modelo intervienen: a) "Un sujeto que de acuerdo con sus experiencias reales imaginarias, su esquema mental actual, su aceptación o rechazo intencional de mundo y sus factores constitucionales, transfiere experiencias pasadas sobre b) un objeto animado o inanimado, en tanto éste responde a determinadas características significativas para el sujeto, independientemente de que éstas sean reales para un observador objetivo o para el objeto mismo".⁵⁰

Para Kemper la contratransferencia es en su mayor parte función de la transferencia, por lo que inevitablemente ésta está en función de la respuesta emocional del terapeuta, es decir, de su contratransferencia.

⁴⁹ Kemper, W. La transferencia y la contratransferencia como unidad funcional en Psicoanálisis de las Américas. Op. Cit.

⁵⁰ Ibidem, p. 151

La interdependencia entre el observador y el fenómeno observado de la que se habló en el Capítulo I, es explicada por este autor refiriéndose específicamente a la relación psicoterapéutica. "El sujeto y el objeto no pueden ser concebidos ya como unidades aisladas debido a su interdependencia recíproca. Se encuentran ambos en una correlación en la cual actúan y reaccionan en forma alternada. Dicho de otra manera, la transferencia y la contratransferencia, cada una estudiada aisladamente, parten de una premisa artificial que conduce a resultados cuestionables".⁵¹

Tomando en cuenta que tanto el paciente como el terapeuta se encuentran en cierta medida en igualdad de circunstancias, la situación terapéutica debe constituir un medio que permita obtener información acerca de los dos participantes. Por lo que respecta al paciente, lo que éste percibe o vivencia a través de la transferencia es una mezcla de realidad y fantasía. Sin embargo, ningún paciente proyecta en el vacío. Siempre existe un verdadero núcleo en el terapeuta en donde se condensa la proyección transferencial. Muchas veces la visión del paciente es cualitativamente más válida que la imagen escotomizada que el analista tiene de sí mismo. "Así, el análisis del paciente puede paradójicamente significar una profundización del análisis del terapeuta, aunque sólo en aquellos casos en que éste haya alcanzado la madurez necesaria para abandonar su ideología de perfeccionismo analítico".⁵²

⁵¹ *Ibidem*, p. 151

⁵² *Ibidem*, p. 154

Este perfeccionismo analítico puede ser el que haya ocasionado que se considere al psicoanalista como alguien que debe asumir papeles que son definitivamente contradictorios. Ejemplos de estas contradicciones son los señalamientos siguientes: 1) Que el analista deba permanecer no comprometido afectivamente con su paciente, aunque en la identificación con el paciente se ven implicados sus propios sentimientos que le permiten apreciar lo que ocurre en éste, y 2) Que el analista deba representar para el paciente la realidad, pero tiene que poder acompañarlo en su regresión profunda.

Los señalamientos de Kemper en este sentido tienen una gran importancia y representan en lo esencial una crítica a la posición clásica sobre la contratransferencia. En el Capítulo III se hizo hincapié en la ambigüedad de los señalamientos de Freud en cuanto a la actitud emocional del psicoanalista. Freud, a la vez que recomendó una actitud fría como de "cirujano", hizo ver también que los psicoanalistas eran seres humanos comunes y corrientes. No obstante, durante mucho tiempo la orientación ortodoxa del psicoanálisis prefirió conservar la imagen de un psicoanalista frío, calculador y casi insensible.

Kemper resulta así un claro exponente de la posición interaccional, corriente teórica que a la vez que propone la utilización de la contratransferencia, proporciona una visión más humana del psicoterapeuta.

Por otra parte, señala que la introducción del análisis didáctico, a la vez que significó un avance en la formación psicoanalítica, acarreó también problemas.

En principio, la finalidad del análisis didáctico es hacer llegar al candidato a una gran profundidad en el conocimiento de sí mismo, con el propósito de que sus problemas interfieran lo menos posible en el contacto con el paciente. Sin embargo, durante mucho tiempo se pensó que por este sólo hecho el principiante obtenía una gran fortaleza psíquica. Así, el candidato se sentía obligado a ser un superhombre analítico. Se comportaba de acuerdo con esto frente a los no analizados y a sus pacientes (actitud contratransferencial inconsciente), lo cual se hacía sentir en el curso del análisis. La culpa de todo la tenía la resistencia del paciente... El terapeuta ya analizado debía estar a prueba de reacciones contratransferenciales eventuales. Cuanto más se daba cuenta, consciente o inconscientemente de cómo quedaba en deuda con el ideal demasiado lejano de su profesión, tanto más intensamente debía defender con su perfeccionismo reactivo para no confesar su fracaso profesional.

Y agrega: "De esta situación, igualmente desalentadora para él y su paciente, quedó liberado con el reconocimiento de la contratransferencia como reacción legítima del terapeuta pero, fundamentalmente, como medio que bien utilizado se pone al servicio de la labor terapéutica a pesar de las limitaciones personales del analista. Como consecuencia de ello, hubo un marcado cambio en el clima analítico, ya que dejó de ser el juego torturan-

te de un superhombre analítico frente a un lamentable inferior, para transformarse en una unión de dos personas que se permiten ser seres humanos, no obstante las limitaciones impuestas por la situación analítica. La sinceridad volvió y el psicoanálisis se humanizó nuevamente".⁵³

Para la fecha de presentación de este trabajo (1968), Kemper ya podía hacer una reseña histórica de la actitud acerca de la contratransferencia, y sus conclusiones pueden ser válidas incluso en nuestros días. Sin embargo, tuvieron que pasar muchos años para que las resistencias de los terapeutas a expresar con franqueza sus reacciones en el trato con sus pacientes, pudieran vencerse.

Este autor vuelve a retornar el punto del crecimiento emocional del terapeuta, y esta vez de manera más explícita. Además su concepción de este proceso está profundamente enclavado en la posición interaccional. El paciente-observado, se convierte, por momentos, en observador de lo que ocurre a su terapeuta, proporcionándole información que puede ser tan válida como la que el terapeuta le proporciona a él. De nuevo, la premisa de base de todo este proceso es sencilla: Dos personas se encuentran en una situación especialmente diseñada para que sus inconscientes estén en constante comunicación. La finalidad básica de esta situación es el entendimiento del llamado paciente, no obstante, a los cambios de éste deberían de corresponder cambios en el terapeuta. Dicho de otra forma, si el terapeuta

⁵³ *Ibíd.*, p. 162

utiliza para comprender al paciente, sus propias emociones y todo lo que sabe de él mismo, un mayor conocimiento de sí mismo debería ser un producto natural de un tratamiento exitoso.

Feiner (1977)⁵⁴ realiza una breve reseña del desarrollo de la contratrtransferencia, resaltando que desde que Freud escribió acerca del concepto, éste se ha convertido en un campo de discusión y de confusión. Tan polémico ha sido el concepto que en la actualidad no existe un consenso general acerca de lo que éste significa y del manejo que debe dársele.

En principio, la contratrtransferencia fue considerada como un tabú y un peligro a causa de que obstruía el entendimiento y la capacidad de comprensión del terapeuta. Después se pensó que era algo que emanaba del carácter del analista y de su forma de relacionarse con el paciente.

Aunque aquí ya se consideraba a la respuesta emocional del analista como algo inherente e inestable dentro de su personalidad y además como un fenómeno producto de una relación interpersonal, aún no se proponía su uso constructivo.

Finalmente, Racker (1957) y Heimann (1950), proporcionaron dos puntos de vista en donde la contratrtransferencia es considerada un producto de ciertos aspectos del terapeuta quien es un participante activo en el proceso terapéutico. Estos autores, dice Feiner, fueron los primeros en ver

⁵⁴ Feiner, A. (1977), Countertransference and the anxiety of influence. Contemporary Psychoanalysis. 1: 1-16

en la contratransferencia un posible indicio para la comprensión del paciente.

Sin embargo, agrega, quien realizó una verdadera sistematización del concepto, fue Racker cuyo trabajo constituyó un puente entre la orientación ortodoxa del psicoanálisis y la concepción de la situación terapéutica como una relación interpersonal en la cual el terapeuta a la vez que un intérprete de los procesos inconscientes, se convierte también en objeto de estos procesos.

Siguiendo esta idea, Feiner señala que es evidente que en el curso de cualquier tratamiento psicoanalítico, el análisis del material infantil y reprimido del paciente es seguido por el análisis de los obstáculos provocados por la contratransferencia. Dicho de otra forma, el proceso terapéutico implica el análisis de algunas partes de los conflictos infantiles no resueltos del terapeuta.

Esta concepción de la contratransferencia como un producto de la relación entre dos personas, recuerda la hipótesis central de la obra de Sullivan acerca de que somos "más simples humanos que otra cosa". Según Feiner este pensamiento resulta de gran utilidad para la comprensión del complicado fenómeno de la contratransferencia, pues sitúa al terapeuta en una posición más humana, aceptando que puede experimentar fuertes reacciones emocionales de estar en contacto con otro ser humano.

Otro autor que comparte muchas de las ideas expresadas por Feiner es Wolstein (1977)⁵⁵ quien inicia su artículo preguntándose cuáles serán las causas por las que los analistas se muestran temerosos de enfrentar su contratransferencia, si después de todo ésta les da elementos para entender la transferencia del paciente y así comprenderlo mejor. Aunque no ofrece respuesta a esta cuestión, señala que la búsqueda de nuevas dimensiones dentro del significado de la transferencia, ha tenido resultados positivos al considerar la experiencia del paciente desde un punto de vista de dualismo interpersonal. Mientras el modelo dinámico de relación interpersonal ha abierto nuevas posibilidades en el estudio de la transferencia, la contratransferencia sigue siendo considerada en términos de un modelo estático. No obstante, el modelo dinámico ha demostrado ser lo suficientemente útil como para proporcionar una visión de la contratransferencia como fenómeno que ocurre en un "campo total de experiencia" es decir, la relación psicoterapéutica.

Según Wolstein, el principal obstáculo para esta forma de visión es la conceptualización del sistema analista-paciente como unidades que pertenecen a campos separados de acción y que de esta forma interactúan a distancia en la situación terapéutica. Para vencer este obstáculo propone considerar a los participantes de esta situación como una unidad en lo que él llama el "campo experiencial de la terapia". Dentro de este campo hay que admitir que el analista es un observador participante y entonces reconocer

⁵⁵ Wolstein, B. (1977), From mirror to participant observation, to coparticipant inquiry and experience. Contemporary Psychoanalysis. 3: 381-382

también que el paciente funciona a su vez como participante y observador. En principio, el paciente es capaz de efectuar observaciones similares a las que realiza el analista. Si esto no es admitido, la teoría psicoanalítica que lo sustenta no puede denominarse interpersonal. Pero si en la situación terapéutica el analista es considerado el observador participante en el estudio de la transferencia mientras el paciente permanece como un participante observado, entonces esta situación puede ser vista en forma inversa durante el estudio de la contratransferencia. Cuando un paciente está lo suficientemente adelantado en el análisis de su transferencia, puede actuar entonces como un observador participante y el terapeuta permanece como participante observado.

Por otra parte, Wolstein afirma que si las manifestaciones de contratransferencia no son tomadas en cuenta, el paciente no podrá tener un completo análisis de su transferencia. El tratamiento puede ser terminado, pero de ninguna manera puede considerarse como bien acabado.

Recomienda que cuando las interpretaciones acerca de la transferencia comienzan a tomar forma, deben entonces ser consideradas no tan sólo como repeticiones del pasado, sino también como una manera de buscar nexos con el presente. Este presente lo constituye la personalidad del terapeuta y sus reacciones frente al paciente.

El autor finaliza afirmando que si el terapeuta decide arbitrariamente que no existe ninguna relación entre su personalidad y la transferencia

del paciente, se estará colocando a sí mismo y a la teoría en que se apoya en una posición que niega la existencia de las dimensiones temporales, es decir, el presente, pasado y futuro. Esta decisión arbitraria de separar a la transferencia de la contratransferencia puede convertir al psicoanálisis en una caricatura, siendo que éste debería ser tomado como una experiencia terapéutica total.

Dentro del artículo de Wolstein resaltan dos posiciones teóricas claras que ya han sido señaladas en el presente trabajo. Una de ellas deriva de la concepción de Sullivan, quien fue el primero en introducir el concepto del psicoterapeuta como un observador participante, es decir, como alguien que necesariamente tiene un efecto real y positivo en la personalidad del paciente. Esta concepción niega que el terapeuta permanezca totalmente neutra en el desarrollo de una relación personal tan intensa como es la que ocurre dentro de una psicoterapia. Esta posición está estrechamente vinculada con otra que puede considerarse como más general dentro de la ciencia, a saber, que existe una estrecha relación entre el observador y lo observado.

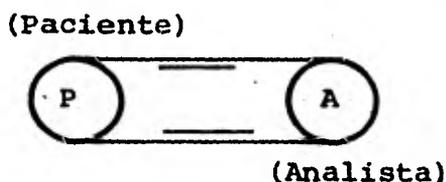
Puede notarse que los últimos tres autores reseñados recalcan fundamentalmente estas ideas, que quizá sean las que marquen más profundamente el futuro estudio de la contratransferencia.

En 1978, Hunt⁵⁶, hace un análisis muy particular y a la vez intere-

⁵⁶ Hunt, W. (1978). The transference-countertransference system. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*. 6: 433-461

sante de la contratransferencia, vista a la luz de la teoría de los sistemas y revisa las principales posiciones acerca del concepto, incluyendo la polarización de los enfoques clásico e interaccional (aunque él lo llama totalista).

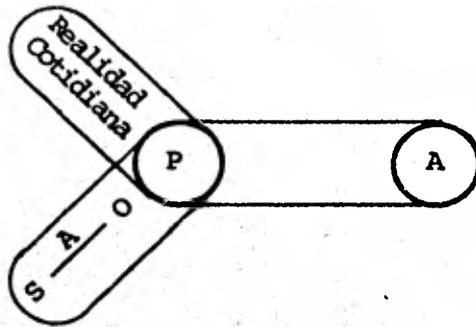
Hunt utiliza diagramas para hacer una descripción de los sistemas. El primer diagrama representa al sistema transferencia-contratransferencia de una manera simplificada:



Describe a éste como un sistema social en el que los contenidos interiores de los participantes no están a la vista. Cualquier cosa que pueda suceder entre dos personas, puede ocurrir también en este sistema, a excepción de los limitantes impuestos por los roles "paciente" y "analista" y la razón de ser del sistema, que es el incremento de la comprensión del paciente por ambos participantes.

Como todo sistema, éste es interdependiente y lo estrecho de su interdependencia puede variar en forma considerable. Así, las actitudes y respuestas de cada una de las partes en un nivel primario de apreciación, se influyen en forma recíproca. No obstante, para cualquier observador que no tenga información sobre el sistema, éste puede parecerle carente de

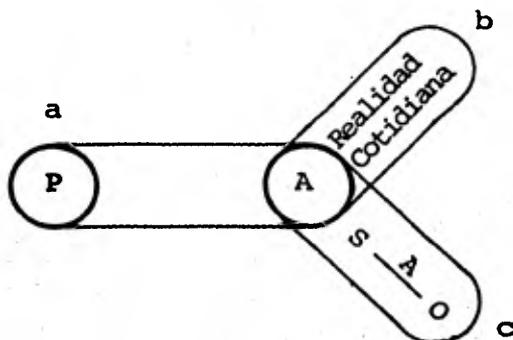
significado. Comprender un sistema supone en gran medida la visualización de sus conexiones con otros sistemas. La relación del primer diagrama con otros sistemas puede expresarse como sigue:



En este diagrama se puede describir al paciente como alguien que existe en el área de intersección de tres sistemas: a) Su relación con el analista, b) Su realidad cotidiana, y c) Su propio pasado almacenado dentro de sí mismo. El pasado existente dentro del paciente se representa esquemáticamente por los precipitados de sus relaciones de objeto anteriores ($S \xrightarrow{A} O$), donde S = autoimagen, O = imagen de objeto y A = afectividad generada entre autoimagen y la imagen del objeto.

El hecho de que el paciente exista en un área delimitada por tres sistemas impone al analista la búsqueda de explicaciones para su conducta, extraídas de un contexto general. Es decir, el analista, ante cualquier respuesta del paciente debe preguntarse: ¿Está actuando de esta manera debido a su relación conmigo, a que algo ha ocurrido en su vida cotidiana, o debido algún evento pasado que está influyendo en el presente?

Por su parte, el analista existe también en el nudo formado por tres sistemas:



Si dentro de este sistema se define a la contratransferencia como cualquier cosa que el analista sienta por el paciente, entonces tal sentimiento debe ser analizado como una función del sistema global.

Cualquier juicio acerca de si sus sentimientos por el paciente son buenos o malos; apropiados o inapropiados, pueden ser irrelevantes, de la misma manera si se hace un juicio acerca de lo que el paciente experimenta por el analista, resulta totalmente irrelevante calificar a sus sentimientos como buenos o malos. En todo caso, lo único que se puede y debe hacer es analizarlos.

Dentro del subsistema a) (relación con el paciente) los sentimientos del terapeuta pueden encajar dentro de dos categorías: identificaciones y reacciones. Ambos procesos proporcionan información acerca del paciente. Las reacciones tienden a ser similares en pensamiento, emoción y acción a las del paciente, y pueden por lo tanto ser usadas como fuente de información acerca de éste. Según Hunt, este proceso fue descrito por primera vez por Racker bajo el nombre de identificación complementaria. No

obstante, considera a este término alguno confuso, ya que si bien es cierto que el analista se puede sentir identificado con los objetos internos del paciente. el verdadero núcleo del proceso es la reacción del analista a la conducta de éste.

Hunt parece adoptar aquí una posición diferente no tan sólo respecto a Racker, sino a la mayor parte de los autores que escriben dentro del marco de la teoría psicoanalítica quienes consideran a la identificación como el proceso básico para obtener información sobre el paciente. Sin embargo, cuando él menciona que las reacciones pueden ser similares en pensamiento, emoción y acción, está hablando, a fin de cuentas, de una identificación.

Por otra parte, efectúa un análisis de la controversia entre las dos principales corrientes de opinión acerca de la contratransferencia. Para este autor, ninguno de los componentes de la tendencia clásica ha tomado a la contratransferencia como tema central de su interés. Los interaccionistas por el contrario, han hecho importantes contribuciones.

Hunt considera que la distinción más importante entre las dos posiciones, es si la contratransferencia es vista como originada en su mayor parte en el efecto del paciente sobre el analista (posición interaccional), o si surge del interior de la personalidad del analista (posición clásica).

Según el autor, para un representante de la posición interaccional la contratransferencia tiene que ver con la relación del analista con los --

objetos internos del paciente. Su posición podría resumirse así: "Cuando se acaba de estudiar un caso particular de contratransferencia, se sabe más acerca del paciente".

Por el contrario, para los clásicos la contratransferencia es un producto de la relación del analista con sus propios objetos internos.

Cabe llamar la atención sobre el hecho de que la distinción hecha por Hunt no resulta muy apropiada. Racker, quien es considerado por este autor como uno de los principales exponentes de la posición interaccional, ha concebido a la contratransferencia como la respuesta total del terapeuta al paciente. Esta concepción abarca desde la reacción del terapeuta a los objetos internos del paciente, hasta la expresión emocional de aquel como producto de sus propios problemas.

Por otra parte, tampoco parece ser cierta su afirmación en el sentido de que para los clásicos la contratransferencia es un producto de los proprios problemas del terapeuta. Arnie Reich afirma que la contratransferencia propiamente dicha surge bajo condiciones específicas y con pacientes específicos, con lo que otorga gran importancia a la influencia del paciente en la aparición de la contratransferencia.

Es interesante observar que Hunt no haya resaltado la que puede considerarse como principal diferencia entre ambas posiciones, diferencia que se ha venido remarcando a lo largo de este trabajo: la posición interaccional ve a la contratransferencia como una posible herramienta terapéutica y

clásica la considera un obstáculo.

Hunt finaliza su artículo expresando que, tomando en perspectiva el desarrollo del pensamiento psicoterapéutico, puede esperarse ya el fin de la controversia sobre la contratransferencia. Si se descubre más acerca del proceso que ocurre tanto en la relación paciente-terapeuta como en el terapeuta mismo y se acepta como un prometedor campo de investigación, puede ser que la comunidad psicoterapéutica esté entrando a las últimas etapas de elaboración del problema de la contratransferencia.

Por lo que ha podido observarse en el desarrollo de este concepto, tal y como lo han tratado los interaccionistas, parece ser que estas últimas etapas muestran que la contratransferencia inevitablemente seguirá el camino planteado por esta posición. La contratransferencia no debe ser ya evitada, sino enfrentada e investigada a fin de ponerla al servicio de la labor psicoterapéutica.

CONCLUSIONES

A pesar de que la contratransferencia fue descubierta por Freud en 1910, fecha que puede ser considerada como temprana dentro de la historia del psicoanálisis, es de llamar la atención el hecho de que muy pocos estudios aparecieran después de la primera mención de este fenómeno. El desarrollo del pensamiento psicoanalítico, así como de las psicoterapias analíticamente orientadas, muestra que desde esa fecha hasta aproximadamente 1950, las principales aportaciones al estudio de la situación terapéutica estuvieron focalizadas en el paciente. De esta forma, durante casi cuarenta años se soslayó el estudio de otro de los participantes en dicha situación: el terapeuta.

Hasta nuestros días y aún cuando los trabajos sobre la contratransferencia se han incrementado notablemente, el tema sigue siendo centro de polémica y discusión. No existe una definición universalmente aceptada del concepto, y tampoco hay un consenso generalizado acerca de la forma en que debe manejarse dentro de la situación terapéutica.

En el presente trabajo se han considerado dos grandes posiciones opuestas sobre la contratransferencia: la clásica y la interaccional. La posición clásica tiene como característica distintiva considerar a la contratransferencia como un obstáculo, mientras que los integrantes de la posición interaccional proponen su uso para una mejor comprensión

del paciente. No obstante, al interior de ambas corrientes de opinión existen también grandes diferencias entre los autores.

Las grandes diferencias y la amplia confusión que existen alrededor de este concepto, pueden ser explicadas señalando dos razones. La primera se refiere a los señalamientos de Freud respecto a la contra-transferencia y a sus recomendaciones referentes a la actitud que el terapeuta debía tomar en su contacto con el paciente.

En 1910,¹ Freud, al referirse a la contratransferencia, señaló que había que reconocerla y dominarla. Dos años más tarde, propuso una serie de actitudes que pueden considerarse hasta cierto punto contradictorias. En 1912 señaló que el analista debía de comportarse como un cirujano imponiendo silencio a todos sus afectos para que éstos no lograran distraerlo de su función. No obstante, al mismo tiempo surgió que el inconsciente del analista debía de transformarse en una especie de receptor del inconsciente del analizado, logrando aquel la comprensión de éste a través de la comunicación inconsciente. Es probable que Freud, a pesar de su genio, haya pasado por alto el hecho de lo difícil que resulta contener los afectos en un inconsciente que debe estar abierto a la comprensión. Este vaivén entre el dominio de los afectos y la disposición inconsciente para comprender el material

¹ Puesto que las citas completas se han incluido en notas de pie de página a lo largo del trabajo, aquí se citará solamente al autor y el -- año de la aparición de lo publicado.

del paciente, bien pudo haber causado la confusión sobre la contratransferencia que perdura hasta nuestros días.

La segunda razón tiene otras implicaciones. Es probable que tal confusión sea debida al poco interés que durante mucho tiempo se le prestó al estudio de la contratransferencia. Varios autores como Little (1950), Cohen (1952), Racker (1953), Tower (1956) y Savage (1961), han sugerido que esa falta de interés tiene que ver con que el tema es lo suficientemente provocador de ansiedad entre los terapeutas, que ocasionó que durante largos años no se ocuparan del estudio de sus propias reacciones emotivas producto del contacto con sus pacientes. Racker es quizá quien más ampliamente ha estudiado esta cuestión.

La posición clásica. Los primeros artículos que aparecieron después de la primera mención de Freud sobre la contratransferencia, se siguió conservando la idea de que ésta constituía un obstáculo. Sin embargo, se hicieron nuevas aportaciones que ampliaban el concepto y se señalaron ciertos factores que podrían influir en la reacción emocional del terapeuta. En 1919 Ferenczi, aún cuando recalca claramente que la contratransferencia debe ser controlada, resalta que a la vez el terapeuta debe observar una actitud humana en su trato con el paciente. Esto parece ser un intento de conciliar las diferentes opiniones que expresó Freud respecto a la actitud del psicoanalista.

Poco después, Stern (1924) es el primero en proporcionar una -

definición clara del concepto. Para este autor, la contratransferencia significa una respuesta a la transferencia del paciente, a la vez que una transferencia en sí misma. Es decir, el terapeuta revive en el paciente sentimientos que no corresponden a éste, sino que fueron ocasionados por personas importantes en la vida del terapeuta. Estos sentimientos son a su vez estimulados por la transferencia del paciente. En esta definición se puede notar claramente que se ubica a la contratransferencia dentro de un campo de interacción, ya que las transferencias del paciente estimulan las del terapeuta. Sin embargo, todavía tuvieron que pasar varios años para que esta idea adquiriera toda una conceptualización.

Después de estas primeras aportaciones, los autores que han escrito sobre el tema dentro de la posición clásica, han señalado y analizado algunos de los factores que pueden desencadenar la contratransferencia, con la siguiente obstaculización del tratamiento. Pueden señalarse entre los autores más importantes a los siguientes:

Sharpe, quien en 1947 llama la atención sobre el fenómeno de la sobreidentificación, al cual muchos autores han considerado como una de las principales causas de contratransferencia. Esta autora hace una diferencia entre la empatía y la sobreidentificación. La primera puede ser una buena base para el trabajo terapéutico, pero cuando ésta se excede y se transforma en una sobreidentificación, el terapeuta habrá per-

dido necesariamente el contacto con el verdadero material del paciente, y por consecuencia, la comprensión de éste.

La idea de que la identificación mal manejada puede ocasionar serios problemas contratransferenciales, es ampliada después por Fliess (1953) y Grinberg (1956). El primero introduce el concepto de contraidentificación que es un fenómeno en el que el terapeuta duplica la identificación del paciente. La contraidentificación -dice Fliess- es un fenómeno de naturaleza regresiva y de reacción, por lo que el terapeuta -- pierde los límites de su yo en los objetos con los que se ha identificado dentro del paciente. El resultado de este proceso es la pérdida total - de la posición de control y de las actividades de regulación y observación por parte del yo del terapeuta.

Posteriormente, Grinberg añade un término más al concepto de contraidentificación y la llama contraidentificación proyectiva. Este autor señala que éste es también reactivo y ocasionado por la excesiva identificación proyectiva por parte del paciente ante la cual el terapeuta responde pasivamente, obligado en forma inconsciente a jugar el rol que el paciente le impuso.

Otro de los factores que tienen una relación directa con la contratransferencia es el de la reacción terapéutica negativa, sólo que este fenómeno no sería una causa, sino un resultado de la inadecuada respuesta emocional del terapeuta. Berman (1949) expresa que un serio problema

ma surge cuando ciertos pacientes son lo bastante intuitivos como para darse cuenta de que el terapeuta está reaccionando en forma emotiva y responden negativamente al tratamiento. Cuando un paciente en lugar de mejorar empeora, generalmente suele atribuirse a dificultades internas del mismo paciente. Sin embargo, este autor sugiere que puede existir una estrecha relación entre la contratransferencia y la reacción terapéutica negativa. El negativismo en la reacción del paciente sería entonces debido a un incorrecto manejo de la situación por parte del terapeuta, ocasionado a su vez por su contratransferencia, que no ha sido entendida y que por lo tanto, no puede ser manejada.

Otro autor de la posición clásica que se ha ocupado de la relación entre la respuesta emocional del terapeuta y la reacción terapéutica negativa es Barchilón (1958). Este autor subraya que, como consecuencia de la inadecuada reacción emotiva del terapeuta, algunos pacientes pueden abandonar el tratamiento. Así, lo que podría calificarse de reacción terapéutica negativa, sería en realidad un resultado de la contratransferencia mal manejada por parte del terapeuta.

Annie Reich (1951) es considerada como una de las principales exponentes de la posición clásica. Sus consideraciones teóricas suponen en general, que la contratransferencia tiene un efecto negativo en la comprensión de los problemas del paciente y en la correcta aplicación de la técnica, a la vez que provoca disturbios en la atención flotante del terapeuta y en la aceptación y manejo de la respuesta del paciente. Por --

otra parte, una de las principales aportaciones de Reich es la que se refiere al narcisismo del terapeuta como causante directo de su contratransferencia. En general -señala- las fases incómodas del tratamiento requieren del terapeuta gran paciencia y un equilibrio en su narcisismo, por lo que puede resultar muy peligroso que este equilibrio sea roto, es decir, cuando el terapeuta depende del paciente para satisfacer sus necesidades narcisistas.

Kohut (1968) se ocupa también de los problemas narcisistas que ocasionan contratransferencia en el terapeuta. El narcisismo del paciente, transferido al analista en forma de adulación, puede colocar a éste en una actitud de rechazo, debida a su incapacidad para manejar su proprio narcisismo. Asimismo, Kohut recomienda que en el tratamiento de pacientes con problemas narcisistas y que en la transferencia los manifiestan en forma de admiración, hay una sola actitud correcta por parte del terapeuta. La aseveración del autor es bastante discutible, ya que es importante distinguir cuándo la admiración del paciente es real y producto de una buena actuación del terapeuta, y cuándo es ficticia y expresada a través de la transferencia. Si es una transferencia no debería ser simplemente aceptada; en todo caso debería ser analizada como qualquier otra reacción transferencial. Una aceptación de la admiración podría representar una actitud contratransferencial producto de una base narcisista manifestada por una fantasía del siguiente tipo: "Si soy tan bueno y eficiente, tengo que dejar que me admiren".

La posición interaccional. Alrededor de 1950, comenzaron a aparecer algunos trabajos en donde se proponía el uso de la contratransferencia para comprender mejor al paciente. Los autores que sustentan esta posición consideran que existe una inevitable influencia mutua entre ambos participantes de la situación terapéutica (de ahí su calificativo de interaccional). Su proposición del uso de la respuesta emocional del terapeuta para una mejor comprensión del paciente está basada en el hecho de que las reacciones de aquel pueden ser similares a las respuestas hacia alguna persona importante en su propia vida. De esta manera, a través del conocimiento de sus respuestas al paciente, el terapeuta puede comprender situaciones y significados de su vida, extrapolando su propia experiencia para tratar de entender las experiencias del paciente y su relación con la actual situación terapéutica.

En contraposición a los autores de la posición clásica, quienes se han ocupado fundamentalmente de señalar los problemas que pueden surgir de la contratransferencia, los interaccionistas han propuesto varias formas en que ésta puede ser usada. A continuación se presentará un resumen de las ideas de los principales exponentes de esta posición.

La primera en establecer claramente las bases conceptuales de esta posición, fue Paula Heimann en 1950. Esta autora rompió con los lineamientos propuestos por la posición clásica al establecer que la respuesta emocional del terapeuta a su paciente representa una de las he-

rramientas más importantes de su trabajo. Al mismo tiempo, recalca otro de los fundamentos de la posición interaccional y del que viene su nombre: la relación terapéutica es una interacción entre dos seres humanos. Lo que la diferencia de otras relaciones no es la presencia de sentimientos en uno de los participantes (el paciente) y la ausencia de estos en el otro (el terapeuta), sino el grado en que se experimentan y se hace uso de ellos.

Agrega que la finalidad del tratamiento personal del terapeuta no es convertirlo en una especie de cerebro mecánico que pueda producir interpretaciones haciendo caso omiso de sus sentimientos. Por el contrario, se trata de que pueda soportar y entender los sentimientos suscitados dentro de él, a fin de que, en lugar de simplemente descargarlos o desecharlos, los subordine a la labor terapéutica.

Otra de las características distintivas de Heimann es que fue la primera en concebir a la contratransferencia como todo aquello que el terapeuta experimente por su paciente.

La posición de esta autora, que podría parecer nueva en principio, está basada en uno de los fundamentos psicoanalíticos propuestos por Freud, a saber, que el inconsciente del terapeuta comprende al de su paciente. Puede decirse que la base teórica para el uso de la contratransferencia estaba dada, aunque precisó de mucho tiempo para ser desarrollada. Como se anotó antes, la falta de claridad de los señala-

mientos de Freud en cuanto a la actitud que debería tomar el terapeuta pudo haber contribuido a este retraso. Sin embargo, es más conveniente pensar que fue el miedo de los psicoterapeutas a enfrentar sus propios problemas y discutirlos abiertamente, el que ocasionó la falta de interés sobre el tema durante mucho tiempo. En este sentido, la gran aportación de Heimann, ya señalada anteriormente por Winnicott (1949) es el haber podido quitar la etiqueta de "mala" a la contratransferencia, considerándola simplemente como una reacción que presenta un ser humano y que además, puede serle útil para su trabajo.

Varios años después, Tower (1956) a la vez que critica a quienes confieren a la contratransferencia una naturaleza indeseable, propone una nueva línea dentro del pensamiento interaccional: el crecimiento emocional del terapeuta producto de su relación con el paciente. El fin último de la psicoterapia no es el mejor conocimiento del terapeuta mismo. No obstante, si éste tiene que estar en una continua autoobservación para tratar de obtener significados dentro de sí, a lo que desde fuera le proporciona el paciente, un crecimiento de naturaleza emotiva en el terapeuta es inevitable. Si éste no ocurre, puede afirmarse que ningún cambio significativo ha ocurrido en el paciente.

Su posición interaccional queda nítidamente marcada cuando señala que las mismas fuerzas que impelen a los pacientes a resistirse a los "insights" de transferencia, son las mismas que impulsan a los terapeutas a no tomar conciencia de sus propias reacciones contratrans-

ferenciales. Estas resistencias que al igual que las del paciente tienen motivos neuróticos, llevó a Tower a acuñar el término de "neurosis de contratransferencia". Dentro del plano de interacción del que se ha venido hablando, parece ser que al igual que la situación terapéutica facilita la expresión de la transferencia, ocurre lo mismo con la contratransferencia. Dicha situación puede prestarse para que el terapeuta reviva también sentimientos en la figura del paciente. Este revivir de los sentimientos contratransferenciales es en gran parte producto de la estimulación que ejerce sobre el terapeuta la continua transferencia del paciente.

Todas estas consideraciones implican el reconocimiento de que existe una inevitable interdependencia e interinfluencia entre los dos participantes de la situación terapéutica. A su vez, esta situación tuvo como antecedente teórico la aceptación de que en todas las ciencias -aún en las llamadas ciencias exactas- la sola presencia del observador, modifica la naturaleza del fenómeno observado.

De estos postulados teóricos surgió a su vez la aceptación de que en las ciencias del comportamiento y en particular en la psicología, la relación entre observador (terapeuta) y observado (paciente), es recíproca. El observador se convierte en un momento dado en observado por el sujeto. Para este entonces se había llegado ya a la conclusión de que tanto terapeuta como paciente se encontraban casi en igualdad de circunstancias. Este aspecto fue introducido en la psicoterapia por Sullivan, a través de su concepto del terapeuta como "observador participante". El

terapeuta no es ya un mero observador desinteresado de lo que ocurre en el paciente, sino que a la vez toma parte activa del proceso psicoterapéutico. La observación hecha por Tower acerca del crecimiento emocional del terapeuta producto de su relación con el paciente es ampliada. Otra aportación importante a esta corriente, es la de Racker (1957). Este autor se distingue por su intento de sistematizar y proporcionar conceptos clínicamente útiles acerca de la contratransferencia.

Al igual que varios autores de la posición clásica, ve en la identificación mal manejada una causa fundamental para que aparezca la contratransferencia. Sin embargo, Racker no se queda ahí, sino que propone el uso de estas contratransferencias producto de la identificación. Hace una discusión entre dos tipos diferentes de procesos: la identificación concordante y la identificación complementaria.

La identificación concordante es una respuesta empática a los pensamientos y sentimientos del paciente. En este proceso, el terapeuta identifica cada parte de su personalidad con la correspondiente parte psicológica del paciente. Así, el yo del terapeuta se identifica con el yo del paciente, su ello con el ello, y su superyó con el superyó. En la identificación complementaria, por el contrario, el terapeuta transfiere al paciente vivencias anteriores y en donde este último representa objetos internos de aquel.

Cada una de estas identificaciones da origen a una contratransfe-

rencia ya sea concordante o complementaria. Es obvio que la complementaria puede representar un peligro para el tratamiento, pero si es entendida y elaborada significará un elemento más de comprensión del paciente.

El proceso de comprensión puede ser explicado de la manera siguiente. Si el terapeuta conoce cuáles objetos internos son proyectados en el paciente y debido a qué razones (generalmente por la transferencia del paciente) puede contar con un cuadro amplio de comprensión del proceso dinámico entre la transferencia del paciente y su propia contratransferencia. Esta amplia visión, si es puesta al servicio de la interpretación, redundará en un mejor entendimiento del paciente.

Un campo específico en donde la contratransferencia parece cobrar mayor relevancia, es el tratamiento de psicóticos. Searles (1959) y Savage (1961) exponen que quizá la respuesta emocional del terapeuta sea su mejor herramienta en su trato con pacientes severamente desorganizados. Ambos autores recibieron, sin duda alguna, la influencia de Winnicott (1949) quien fue el primero en afirmar que el tratamiento de psicóticos desencadena sentimientos muy fuertes en el terapeuta y éstos no tienen porque ser necesariamente sentidos como malos o patológicos. Actualmente existe un consenso general acerca de las fuertes reacciones que el tratamiento de este tipo de pacientes desencadenan en el terapeuta. La proposición básica de estos autores es que si esta reacción es tan fuerte e inevitable, lo mejor es enfrentarla y tratar de comprenderla

para poderle dar algún uso. Savage ha dicho que la contratransferencia entendida y manejada puede ser el arma más poderosa dentro de la psicoterapia de psicóticos. No entendida y evitada o simplemente descargada, puede ser el mayor peligro.

Recientemente, varios autores como Feiner (1977), Wolstein (1977) y Hunt (1978), han propuesto que la contratransferencia es una parte vital cualquier tipo de tratamiento, es decir, no sólo con psicóticos. Wolstein ha llegado a afirmar que si las manifestaciones de contratransferencia no son tomadas en cuenta, el paciente no podrá tener un completo análisis de su transferencia. Agrega que el tratamiento podrá ser terminado, pero de ninguna manera podrá considerarse como bien acabado. Los pensamientos de estos autores hacen suponer que la contratransferencia es un requisito indispensable para una psicoterapia exitosa. Esta concepción es cuestionable, ya que cuando se habla de contratransferencia no se piensa que todo esté marchando bien en el tratamiento. Por el contrario, se entiende que lo más seguro es que halla problemas. Por el momento, lo más indicado es considerar que si este fenómeno es inevitable, se le tendrá que buscar un significado para ponerlo al servicio de la mejor comprensión de la interacción terapéutica.

Discusión. La diferenciación hecha entre dos posiciones acerca de la contratransferencia, la clásica y la interaccional, puede ser considerada útil. No obstante, es necesario aclarar que, en la práctica, no todos los autores adoptan tajantemente una posición u otra. Su inclusión

dentro de alguna de las dos divisiones obedece a la necesidad de contar con una presentación esquemática del concepto que facilitara su discusión y comprensión. A través de esta dicotomía se pudo observar el núcleo alrededor del que giran las dos principales polémicas sobre este fenómeno: ¿Es la contratransferencia algo indeseable que debe ser sólo reconocido y evitado? o ¿Siendo bien entendida y utilizada, puede considerarse como una valiosa herramienta terapéutica? Lo expuesto a lo largo de este trabajo, permite afirmar que la segunda posición es, con mucho, la más acertada. Pretender que el terapeuta es un simple espejo o pantalla donde simplemente se reflejan los sentimientos del paciente, carece, en nuestros días, de toda base lógica. Aceptar que es un ser humano y que, como tal, reacciona afectivamente cuando está en contacto con otra persona, es desmitificar su figura y colocarlo en una situación más accesible que a la vez que permite la comprensión de sus sentimientos, colabora al entendimiento del paciente, resulta de más utilidad.

Las críticas formuladas por la posición clásica a través de A. Reich, pueden aquí servir de base para una discusión entre las dos tendencias. Según Reich, entre otras fallas dentro de la posición interaccional, sobresale su idea de que la respuesta emocional del terapeuta es tan importante, que puede llegar a sustituir a la interpretación. Si bien es cierto que los interaccionistas le han otorgado una gran importancia al estudio de su respuesta emocional, no han propuesto que ésta sea un sustituto de la interpretación. Por el contrario, han sugerido -

que esta reacción sea puesta, una vez hecha consciente entendida y elaborada, al servicio de la interpretación. La objeción impuesta por Reich no es, por lo tanto, válida.

No obstante, existe otra crítica expresada por Reich que si puede considerarse aceptada. Esta autora ha señalado que constituye un error pensar que la contratransferencia es todo aquello que el terapeuta experimenta hacia su paciente tal y como lo han propuesto algunos de los principales representantes de la posición interaccional (Winnicott, -- 1949; Heimann, 1950; Little, 1951 y Racker, 1957). Su objeción es bastante aceptable, pues una definición tan general como ésta, necesariamente hace perder especificidad a una reacción que, cuando surge, debe ser bien delimitada para poder entenderla y manejarla. Si dentro de la contrtransferencia son incluidos aquellos aspectos que conforman la realidad del psicoterapeuta en su trabajo, tales como la verdadera empatía, sus esfuerzos conscientes por ayudar al paciente, su afecto hacia éste, y en pocas palabras, su personalidad en conjunto, el resultado sería una confusión entre la reacción específica al material del paciente y otros -- aspectos que no pueden dar ninguna ayuda a la comprensión de la dinámica entre terapeuta y paciente. La contratransferencia debería ser considerada como tal sólo cuando comprenda sentimientos o fantasías distorsionados que no corresponden a la realidad del paciente. Hablar de la contratransferencia como todo lo que experimenta el terapeuta hacia su paciente, sería tanto como pensar que todo lo que éste dice y siente en relación a su terapeuta es transferencia y que la realidad no existe.

Definición de Contratransferencia. Puesto que existe un gran desacuerdo alrededor de lo que la contratransferencia significa, un aporte del presente trabajo podría ser proporcionar una definición del concepto. Esta sería la siguiente: Contratransferencia es la reacción del terapeuta a la transferencia del paciente, reacción a través de la cual éste es vivido como una figura significativa en la vida de aquel.

El probable que sea necesario agregar algunas explicaciones alrededor de esta definición. Como se mencionó antes, parece indispensable visualizar el concepto en forma más específica. Esta definición supone que la contratransferencia, a la vez que es una reacción a la transferencia del paciente, constituye una transferencia en sí misma. En principio es reactiva y producto del material proporcionado por el paciente. No obstante, este material tiene que encontrar una parte complementaria en el interior del terapeuta que le haga revivir importantes relaciones objetales en la figura del paciente.

Una definición de este tipo, a la vez que es específica puede ser de gran utilidad dentro del contexto en el cual la contratransferencia es considerada como una potencial herramienta terapéutica. Como se dijo líneas arriba, las respuestas del terapeuta al paciente pueden ser similares a las reacciones hacia alguna persona importante en su propia vida. A través de la comprensión y extrapolación del significado de estas respuestas, el terapeuta puede contar con más elementos para la comprensión del paciente. Sin embargo, es necesario aclarar un punto

relevante: la s3la comprensi3n del terapeuta del significado de su contratransferencia no ayuda al paciente. Lo que lo auxilia es el uso que el terapeuta hace de esta informaci3n en sus interpretaciones de la transferencia.

Como podr3 observarse, esta definici3n est3 enclavada en su contexto interaccional. Las transferencias del paciente provocan a su vez transferencias en el terapeuta, de las cuales est3 obtiene informaci3n para ponerla al servicio de la relaci3n terap3utica.

Factores Comunes en la Expresi3n de la Contratransferencia. Los autores que han escrito sobre este tema han coincidido en se3alar algunos factores que pueden ocasionar la contratransferencia. Asimismo, otros han sugerido darle un tipo particular de uso, o bien han intentado proporcionar una definici3n mas espec3fica. A continuaci3n se agrupan varias ideas alrededor de la contratransferencia, uniendo a los autores que las comparten. Con esto se pretende proporcionar informaci3n, en forma esquem3tica, acerca de lo que se ha dicho sobre este fen3meno.

La contratransferencia es todo aquello que el terapeuta experimenta hacia el paciente. Winnicott (1949), Heimann (1950), Little (1951), Racker (1957).

La contratransferencia es simplemente una transferencia del terapeuta hacia el paciente. A. y M. Balint (1939), A. Reich (1950), Cohen (1952), Spitz (1956).

La contratransferencia tiene su origen principalmente en la propia patología del terapeuta. Gitelson (1952), Grinberg (1953), Mendelson y Meyer (1961).

El narcisismo es una de las principales causas de contratransferencia. Stern (1924), Reich (1950), Gitelson (1952), Spitz (1956), Kohut (1968).

La sobreidentificación es una de las principales causas de contratransferencia. Sharpe (1947), Cohen (1952), Fliess (1953), Grinberg (1956), Racker (1957), Savage (1961), Shevin (1963), Kernberg (1965), Aberastury y Col. (1968).

La ansiedad está presente en toda manifestación de contratransferencia. Cohen (1952), Tower (1956).

La contratransferencia no ha sido lo suficientemente estudiada debido a la ansiedad que provoca y al miedo de los terapeutas a enfrentar sus propios problemas. Little (1950), Cohen (1952), Tower (1956), Racker (1957), Savage (1961).

A lo largo del presente trabajo ha podido observarse el desarrollo del polémico concepto de contratransferencia. Este desarrollo muestra que aún existen una gran cantidad de divergencias alrededor de este fenómeno. No obstante, una línea de pensamiento parece haber marcado

ya el rumbo que por lo menos en un futuro inmediato seguirá el estudio de este fenómeno. Esta tendencia sostiene que la contratransferencia puede ser usada, si es enfrentada y bien entendida.

Han pasado ya muchos años desde el lejano 1910 en que Freud reconoció que los conflictos del terapeuta podrían interferir con el buen desarrollo del tratamiento psicoanalítico. La evolución del concepto de contratransferencia desde su visualización como algo indeseable, hasta alcanzar la proposición de su uso, fue y sigue siendo un camino largo y difícil. Sin embargo, una idea parece quedar ya bien clara: los psicoterapeutas deben enfrentar sus reacciones producto de su trato con los pacientes. Sólo así se podrá determinar su significado, y quizá entonces usarlo para la comprensión de ésta y, en último término, para su ayuda,

Aceptar que alguien llamado "psicoterapeuta" puede reaccionar emotivamente en su contacto con otra persona, aunque ésta se llame "paciente", es dar un gran paso en el reconocimiento de que el terapeuta y su contratransferencia son un área legítima de investigación.

Es una expectativa que el trabajo que aquí concluye motive a quienes estudian o se dedican a la psicoterapia, a realizar una autocrítica y una investigación más cuidadosa de su trabajo, a la vez que a aceptar que pese a tener cierta formación y a haber pasado por un tratamiento personal, los problemas continúan. Al fin y al cabo y como lo señaló Sullivan: "...somos más seres humanos que otra cosa". Es de suponerse que aquí se refería también a los psicoterapeutas.

BIBLIOGRAFIA

1. Aberastury, A.; Cesio, F.; Garma, E.; Smolensky, G. y Zac, J. Transferencia y contratransferencia en Psicoanálisis en las Américas. Editado por Grinberg, L; Langer, M. y Rodrigué, E. Ed. Paidós, Buenos Aires. 1968.
2. Alexander, F. y French, T. Terapia Psicoanalítica. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1965.
3. Balint, A. y Balint, M. (1939), On transference and contertransference. En Langs, R. The therapeutic interaction. Vol. I, Ed. Jason Aronson, Nueva York, 1976.
4. Barchilón, J. (1958), On countertransference "cures". Journal of the American Psychoanalytic Association, 6: 222-236
5. Berman, L. (1949), Countertransference and attitudes of the analyst in the therapeutic process. Psychiatry, 12: 159-166.
6. Braunstein, N.; Pasternac, M.; Bendito, G.; Saal, F. Psicología: ideología y ciencia. Ed. Siglo XXI, México, 1981.
7. Cohen, M. B. (1952), Countertransference and anxiety. Psychiatry 15: 231-243
8. Deveraux, G. De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento. Ed. Siglo XXI, México, 1977.
9. Feiner, A. (1977), Countertransference and the anxiety of influence. Contemporary Psychoanalysis, 1: 1-16.
10. Ferenczi, S. (1919), On the technique of psychoanalysis. En Langs, R. The therapeutic interaction. Vol. I, Ed. Jason Aronson, Nueva York, 1976.
11. Fliess, R. (1953), Countertransference and counteridentification. Journal of the American Psychoanalytic Association, 1: 268-284.
12. Freud, S. (1910), El porvenir de la terapia psicoanalítica. Obras completas, Vol. II, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.

13. Freud, S. (1912), Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico. Obras completas. Vol. II, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.
14. Freud, S. (1914), Observaciones sobre el amor de transferencia. Obras completas. Vol. II, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.
15. Freud, S. (1937), Análisis terminable e interminable. Obras completas. Vol. III, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.
16. Gitelson, M. (1952), The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 33: 1-10.
17. Greenson, R. Técnica y práctica del psicoanálisis. Ed. Siglo XXI, México, 1976.
18. Grinberg, L. (1956), Aspectos mágicos en la transferencia y en la contratransferencia. Identificación y contraidentificación proyectivas. *Revista de Psicoanálisis*. 22: 1-69.
19. Grinberg, L. (1962), On a specific aspect of countertransference due the patient's projective identification. *International Journal of Psychoanalysis*. 43: 436-440.
20. Grossman, C.M. (1965), Transference, countertransference and being in love. *Psychoanalytic Quarterly*, 34: 249-256.
21. Hann-Kende, F. (1933), On the role of transference and countertransference in psychoanalysis, en Langs, R. The therapeutic interaction. Vol. I, Ed. Jason Aronson, Nueva York, 1976.
22. Heimann, P. (1950), On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31: 81-84.
23. Heimann, P. (1960), Countertransference. *British Journal of Medical Psychology*, 33:9-15.
24. Hunt, W. (1978), The transference-countertransference system. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 6: 433-461.
25. Kemper, W. La transferencia y la contratransferencia como unidad funcional. En *Psicoanálisis en las Américas*. Editado por Grinberg, L.; Langer, M. y Rodrigué, E. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1968.
26. Kernberg, O. (1965), Notes on countertransference, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13: 38-56.

27. Kohut, H. Transferencia y Contratransferencia en el análisis de personalidades narcisistas. En Psicoanálisis en las Américas. Editado por Grinberg, L. Langer, M. y Rodríguez, E. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1968.
28. Laplanche, J. y Pontalis, J., Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Labor, Barcelona, 1977.
29. Little, M. (1951), Countertransference and the patient's response to it. 32: 32-40.
30. Mendelson, M. y Meyer E. (1961), Countertransference problems of the liason psychiatry. Psychosomatic Medicine, 23: 115-122.
31. Racker, H. (1969), Estudios sobre técnica psicoanalítica. Ed. Paidós, Buenos Aires.
32. Reich, A. (1951), On countertransference. International Journal of Psychoanalysis, 32: 25-31.
33. Reich, A. (1960), Further remarks on countertransference. International Journal of Psychoanalysis, 41: 389-395.
34. Rosenblueth, A. El Método Científico. Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del IPN, México, 1975.
35. Ross, D. y Kapp, F. (1962), A technique for self-analysis of countertransference. Journal of the American Psychoanalytic Association, 10: 643-657.
36. Sandler, J.; Dare, Ch. y Holder, A. The patient and the analyst. Ed. George Allen and Unwin Ltd. Londres, 1973.
37. Savage, Ch. (1961), Countertransference in the therapy of schizophrenics. Psychiatry, 1: 53-60.
38. Searles, H. (1959), Oedipal love in countertransference. International Journal of Psychoanalysis, 40: 180-190.
39. Sharpe, E. F. (1947), The psychoanalyst. International Journal of Psychoanalysis, 28: 1-60.
40. Shevin, F. (1963), Countertransference and identity phenomena in the analysis of a case of a "phallus girl" identity. Journal of the American Psychoanalytic Association, 2: 331-344.

41. Singer, E. Conceptos fundamentales de psicoterapia. Fondo de Cultura Económica. México, 1979.
42. Spitz, R. (1956), Countertransference: coments on its varyng role in the analytic situation. Journal of the American Psychoanalytic Association, 4: 256-265.
43. Stern, A. (1924), On the countertransference in psychoanalysis. En Langs R. The therapeutic interaction. Vol. 1. Ed. Jason Aronson, Nueva York, 1976.
44. Sullivan, H. S. La entrevista psiquiátrica. Ed. Psique, Buenos Aires, 1977.
45. Szaz, T. (1956), On the experiencies of the analyst in the psychoanalytic situation. Journal of the American Psychoanalytic Association. 4: 197-223.
46. Tower, L. (1956), Countertransference. Journal of the American Psychoanalytic Association, 4: 224-255.
47. Wender, L. (1965), La identificación del analista con su paciente. Revista de Psicoanálisis, 3: 234-253.
48. Winnicott, D.W. (1949), Hate in countertransference. International Journal of Psychoanalysis, 30: 69-74.
49. Wolstein, B. (1977), From mirror to participant observation, to coparticipant inquiry and experience. Contemporary Psychoanalysis, 3: 381-386.