

UNIVERSIDAD PONTIFICIA COMILLAS DE MADRID



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TRABAJO FIN DE MÁSTER DEL
"CURSO DE ESPECIALISTA UNIVERSITARIO
ENCLÍNICA Y PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA".**

**TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA:
CONCEPTOS PSICOANALÍTICOS Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA.**

GERARDO CASTAÑO RECUERO

ÍNDICE

1. Introducción	3
2. La Transferencia	6
2.1 Antecedentes Históricos.	6
2.2 El caso Dora	6
2.3 Concepto freudiano de transferencias.	7
2.4 Ampliación del concepto de transferencia.	9
2.5 La transferencia en Greenson.	11
2.6 Importancia clínica de la transferencia.	11
2.7 Abordaje de la transferencia.	12
2.8 Actuaciones y "acting out"	13
2.9 Transferencia infantil	14
3. La contratransferencia	17
3.1 Concepto.	17
3.2 La contratransferencia para Freud.	17
3.3 La contratransferencia para Racker y Heimann	19
3.4 El enfoque intersubjetivo de Willy Baranger	23
3.5 Sandler y la respuesta de rol.	24
3.6 El paciente como objeto de deseo.	24
3.7 El paciente como activador de sentimientos y conductas	26
3.8 Contratransferencia concordante	26
3.9 Contratransferencia complementaria	27
4. Conclusiones	27
5. Bibliografía	29

1. Introducción

En la vida cotidiana se usa el término transferencia para referirse a transacciones bancarias o de forma más general a aquellas acciones que suponen trasvasar algo de un objeto a otro o de una persona a otra. En este trabajo no nos vamos a referir a ninguna de estas dos acepciones al hablar de transferencia y nos ceñiremos al ámbito psicoanalítico, pues es aquí donde este concepto ha alcanzado una mayor significación.

Todo el mundo coincide en señalar el concepto de inconsciente como uno de los mayores descubrimientos de Sigmund Freud. Pero, no menos importante, fue la elucubración sobre la existencia de la transferencia. El descubrimiento de la transferencia supuso además de un importante aporte teórico al cuerpo doctrinal del psicoanálisis, una valiosa herramienta para la técnica analítica.

El ser humano va creando relaciones interpersonales desde el mismo momento del nacimiento. Estas interacciones generan deseos, pulsiones, emociones, sentimientos y fantasías que guardan relación con las principales figuras que rodean al niño. Estas producciones del psiquismo son propias de cada individuo y están condicionadas por la estructura psíquica, neuronal y endocrina del sujeto. Estas respuestas psíquicas, en ocasiones, quedan reprimidas en el inconsciente durante la infancia y desde aquí, condicionan la conducta específica de esa persona durante el resto de su vida.

Podemos decir que en el inconsciente de la persona se alojan pulsiones, afectos y fantasías reprimidas, que originariamente iban dirigidas hacia las personas del entorno infantil. Estos contenidos reprimidos, a lo largo de la vida, pueden ser despertados por situaciones concretas y proyectados hacia otras personas, distintas de aquellas hacia las que originariamente iban dirigidos en la infancia.

El individuo, en el desarrollo de sus actividades cotidianas se enfrenta a multitud de situaciones, muchas de las cuales, despiertan en él un vínculo emocional ligado a esas huellas alojadas en su inconsciente, haciéndole reaccionar de la misma forma que lo hizo en su infancia. Cada individuo tiene múltiples formas de reacción, que se ponen en marcha dependiendo de los estímulos externos que recibe en el momento presente, desencadenando una u otra forma de actuación. Ésta variará con la persona, el ambiente, la situación o la carga emocional, desencadenando una conducta repetitiva que ya vivió inicialmente en su infancia.

Los vínculos que el sujeto establece en sus relaciones del presente producen emociones, actuaciones o conductas, que son el fruto de revivir antiguos sentimientos, afectos y deseos infantiles, dirigidos inicialmente hacia otra persona y reprimidos en el inconsciente. Este traspaso de sentimientos y emociones se realiza con todas las personas con las que

interactúa, con los compañeros de trabajo, con la pareja, con la familia, con los vecinos, con el médico o con el psicólogo o analista.

A este fenómeno psíquico, en el que el paciente actúa en el presente reviviendo situaciones inconscientes infantiles es a lo que en psicoanálisis denominamos **transferencia**.

Ahora bien, en el contexto de la relación psicoanalítica, el terapeuta no es inmune a estas relaciones transferenciales. Al igual que el paciente revive ante el terapeuta, distintos roles, en función de la situación analítica, el analista reacciona ante el paciente con sus propias transferencias. De esta forma, el analista puede sentir agresividad, cariño, inquietud o un sinfín de emociones, durante el curso del análisis, motivadas por la repetición de sus vivencias infantiles reprimidas, originariamente dirigidas a las figuras más representativas de su entorno, y en el momento actual proyectadas hacia su paciente.

A esta transferencia del analista, que surge durante el análisis, es a la que denominamos **contratransferencia**. Es fácil observar que es casi la misma definición que hemos usado al hablar de transferencia. Así, algunos autores prefieren hablar de **transferencias cruzadas**.

Es de vital importancia, para la correcta progresión de la terapia psicoanalítica, que el terapeuta sepa reconocer y analizar las transferencias del paciente, pues el análisis transferencial es una poderosa herramienta para acceder a los contenidos inconscientes, ya que el paciente analizado vive de nuevo y reproduce en su conducta actual situaciones inconscientes infantiles reprimidas. Si reconocer la transferencia y analizarla adecuadamente es importante, no menor es la trascendencia de que el terapeuta sepa ver su contratransferencia y sepa encauzarla para que el análisis progrese adecuadamente.

Aunque los conceptos de transferencia y contratransferencia no son exclusivos del ámbito psicoanalítico, pues son empleados en otros campos de la psicología, es en el terreno psicodinámico donde han encontrado su mayor desarrollo. Torres señala que,

“tanto la transferencia como la contratransferencia, a diferencia de la corriente psicodinámica a la que pertenece el psicoanálisis, son ideas tenidas en cuenta en algunas aproximaciones eclécticas, como la terapia Gestalt, pero no tienen valor real para la psicología heredera de los paradigmas del conductismo y la psicología cognitiva” (Torres, A. 2015).

Esto es debido a que estos términos describen estados subjetivos de imposible cuantificación por lo que no son tenidos en cuenta por la psicología científica actual y permanecen restringidos al ámbito psicodinámico.

Vemos, por tanto, que el reconocimiento de la transferencia y la contratransferencia son una parte esencial de la terapia psicoanalítica. El analista debe ser consciente de la transferencia del paciente y de sus propios vínculos afectivos, emocionales y conductuales con el analizado. Debe tener en cuenta en todo momento, que lo no trabajado en el análisis con el paciente durante la consulta, va a aflorar, en ausencia de éste, en su vida cotidiana: *“Lo que no se trabaja en el análisis lo vive el paciente fuera de la terapia”*.

Por ello, el propósito de esta monografía es valorar la importancia de conocer e interpretar los términos de **transferencia y contratransferencia** en la relación paciente-analista y viceversa. El texto que se presenta es el resultado de una investigación orientada al desarrollo de una revisión de carácter bibliográfico, acerca de los términos psicológicos de transferencia y contratransferencia. En esta disertación entre distintos autores, se pretende hacer una reconstrucción de los elementos teóricos que la constituyen y de la evolución histórica que han sufrido estos conceptos.

Ahora bien, para abordar este estudio, se ha excluido en todo momento el uso de datos numéricos o estadísticos como forma de comprobación de lo que se argumenta. Así, la única vía de comprobación será el dato bibliográfico a través de la cita textual o los fundamentos que proporcionan los autores.

En este sentido, en la revisión documental analizaremos la **base teórica** que sustenta **la transferencia y contratransferencia**. A efectos de aportar mayor claridad al trabajo veremos primero la transferencia y su evolución conceptual a lo largo de la historia. Posteriormente haremos lo mismo con la contratransferencia.

2. La Transferencia.

2.1 Antecedentes históricos.

La mayoría de los autores están de acuerdo en situar el descubrimiento de la transferencia, hecho por Freud, en el estudio que publica sobre el caso Dora, que veremos más tarde. No obstante, podemos encontrar vestigios de lo que acabará siendo el concepto de transferencia en algunos episodios previos. Por supuesto, ninguna de estas situaciones reúne los requisitos que definen a la relación transferencial, pero sí dejan ver el interés de Freud por el especial vínculo que surge entre analista y terapeuta.

Freud trabajó en París, junto a Charcot, usando la sugestión hipnótica como una forma de tratamiento de las pacientes histéricas. Ya entonces notó la importancia de la relación terapeuta-paciente mientras utilizaba el método sugestivo. Lo expresa en el texto "Tratamiento psíquico, tratamiento del alma" del año 1890. Para él habría una dependencia que se establece en la relación médico e hipnotizado la cual en palabras de Freud "...no puede contarse entre los propósitos de este procedimiento terapéutico" (p.129).

En 1882, Breuer comenta a Freud el tortuoso final que había tenido el tratamiento de Anna O. que había acabado con el enamoramiento entre la paciente y Breuer y los celos de la esposa de éste. Este hecho fue tenido como un episodio humano ajeno a la terapia. Incluso Freud, aseguró a su novia y futura esposa que algo así no le ocurriría nunca a él.

Años más tarde, Freud trata de animar a Breuer para que publique el caso de Anna O. y trata de vencer el desasosiego causado por la historia amorosa. A tal fin le confiesa que a él también le ha ocurrido un caso parecido. Freud considera que este enamoramiento del paciente con el analista es típico de las pacientes histéricas.

2.2 El caso Dora.

Fue con la publicación de "Análisis fragmentario de un caso de histeria. Caso Dora" en 1905, cuando Freud habla por primera vez de la transferencia. Consideró que la interrupción del tratamiento había sido debida a sentimientos agresivos que la paciente tenía hacia su padre y que había proyectado en Freud.

En el año 1900, Freud trató a una paciente Ida Bauer, más conocida con el pseudónimo de Dora, durante tres meses. El tratamiento se interrumpió de forma brusca por parte de la paciente y a partir de este hecho Freud formuló a posteriori la existencia de sentimientos transferenciales.

Dora fue llevada a la consulta por su padre, antiguo paciente de Freud. Éste observó en Dora claros síntomas neuróticos (tos, astenia, depresión, opresión el pecho). La paciente había tenido un gran cariño hacia su padre, pero últimamente lo trataba con frialdad. El padre de

Dora frecuentaba al matrimonio K, y Dora creía que la señora K. era la amante de su padre. El señor K. por su parte declaró su amor a Dora y la acosaba sexualmente. Dora comunicó esta situación a su padre, pero éste no hizo nada al respecto, para no enturbiar su relación con el matrimonio K. Esta actitud del padre molestó a Dora que se sintió traicionada por su padre.

Freud consideró que Dora padecía un claro caso de histeria y ella, que era una chica culta y de buena familia se sintió menospreciada ante ese diagnóstico y puso fin al tratamiento. Freud entendía que los síntomas de Dora eran un claro intento para apartar a su padre de la señora K. y que una vez conseguido su objetivo estos síntomas histéricos desaparecerían.

Años más tarde al analizar el caso, Freud consideró que Dora había proyectado en él la hostilidad reprimida que sentía hacia su padre (por la permisividad que daba al señor K.) A raíz de este hallazgo formuló la existencia de la transferencia, que para él era considerada como un obstáculo que se interponía en el avance del tratamiento analítico y que solamente desaparecía cuando se explicaba e interpretaba al paciente.

Como en tantas otras ocasiones a lo largo de la historia un error propició un gran descubrimiento. Dora no interrumpió el análisis por su transferencia agresiva hacia Freud, sino porque se sintió injustamente tratada, al ser diagnosticada de histérica, sin ser Freud capaz de reconocer en su modo de actuación una contratransferencia negativa hacia la propia Dora. La transferencia agresiva de la figura paterna hacia Freud existía, pero Freud se equivocó al no ver su contratransferencia como motivo de interrupción de la terapia. Estos fenómenos contratransferenciales llevarían a Jung en 1904 a proponer a Freud que los analistas fueran previamente analizados.

2.3 Concepto freudiano de transferencias.

Freud, en el caso Dora, se pregunta ¿Qué son las transferencias?

“Son reediciones, recreaciones de las emociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. Para decirlo de otro modo: toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico” (Freud, S. 1905).

Años más tarde, Freud recopilando sus experiencias escribe en “Esquema del psicoanálisis” sobre el fenómeno de la transferencia:

“Lo más asombroso es que el paciente no se reduce a considerar al analista, a la luz de la realidad objetiva, como el auxiliador y consejero a quien además se retribuye por su tarea, y que de buena gana se conformaría con el papel, por ejemplo, de guía para una difícil excursión por la montaña; no, sino que ve en él un retorno –reencarnación- de una persona importante de su infancia, de su pasado, y por eso transfiere sobre él

sentimientos y reacciones que sin duda se referían a ese arquetipo. Este hecho de la transferencia pronto demuestra ser un factor de insospechada significatividad: por un lado, un recurso auxiliar de valor insustituible; por el otro, una fuente de serios peligros.” (Freud, S. 1938).

Freud que venía usando como método tradicional de trabajo la libre asociación y la interpretación de los sueños, se encontró de pronto con **algo muy distinto** y que no podía obviar. Encontró algo que podía ser una valiosa herramienta de trabajo o un obstáculo insalvable. Para Andrés Hernández Ortiz:

“este algo distinto consiste en fenómenos que sólo pueden explicarse satisfactoriamente diciendo que el paciente transfiere a la persona del analista sentimientos y reacciones que corresponderían mejor a una persona significativa de su pasado”. (Hernández, A. 2014).

Al cabo de los años, Freud reformuló su planteamiento inicial sobre la transferencia, hasta acabar aceptando que la transferencia es un proceso psíquico que se extiende fuera de la relación terapéutica y que se manifiesta de muchas formas en la vida cotidiana. Así lo reconoció Freud en el artículo “Sobre la dinámica de la transferencia” de 1912, que es citado por Hernández Ortiz:

“Esto da por resultado, digamos así, un cliché (o también varios) que se repite –es reimpresso– de manera regular en la trayectoria de la vida, en la medida en que lo consientan las circunstancias exteriores y la naturaleza de los objetos de amor asequibles.” (Hernández, A. 2014).

Sigmund Freud clasifica en dos tipos básicos la transferencia. Tiene importancia reconocerlas con la finalidad de no perder las riendas u orientación de la terapia. Estos dos tipos son:

1. La transferencia positiva, que es aquella en la que los afectos proyectados hacia el psicoanalista son amistosos y agradables. Esta transferencia de naturaleza favorable, si se vuelve demasiado intensa puede resultar perjudicial (transferencia erotizada) ya que se convierte en una resistencia que conlleva el fin de las asociaciones.
2. La transferencia negativa es en la que hay sentimientos de odio y aversión hacia el especialista. Para Lacan, una transferencia negativa suave es beneficiosa para el tratamiento. Por el contrario, una transferencia negativa intensa puede conllevar el fin de la terapia.

En psicoanálisis, la transferencia y la contratransferencia tienen su origen en la experiencia que crea un vínculo psíquico del pasado con el presente. Esta experiencia no depende del nivel social, cultural o educativo de la persona, sino de una respuesta psico-neurológica específica e individual, que la hace diferente a otra en las mismas circunstancias.

El terapeuta no escapa de sus vínculos formados en el pasado remoto o reciente, él también “sufre” el proceso de la transferencia. Lo que lo hace diferente a su paciente, es tener el

conocimiento técnico para reconocer esa transferencia y aprender a utilizarla. Para ello, es necesario ir superándolos con la persona adecuada (terapeuta de apoyo o psicoanálisis didáctico). Todo esto se tratará más a fondo en el capítulo de la contratransferencia.

Para iniciar el camino del conocimiento de la génesis de la transferencia, se puede decir, en primer lugar, que es la forma en que la mente humana revive situaciones del pasado. Estamos ante un concepto complejo del psicoanálisis, que involucra la función psíquica del paciente que transfiere inconscientemente sus antiguos sentimientos, afectos o deseos infantiles reprimidos (en su relación con personas cercanas de su infancia, padres, hermanos y otros), y los proyecta en el presente hacia otra persona, en este caso el terapeuta.

Sigmund Freud describe que esto sucede de manera espontánea en el día a día en las interrelaciones, que se analizan y cobran importancia durante la consulta con el especialista, quién trata de hacer consciente este vínculo inconsciente del pasado que revive en la actualidad para producir el cambio necesario y superar el mismo.

La transferencia en el psicoanálisis tiene unas características especiales que la diferencian de otras formas de transferencia de la vida cotidiana. Estas notas diferenciales son:

- Surge en el espacio psíquico del paciente.
- El analista es una figura intercambiable que puede recibir distintas transferencias.
- La relación es asimétrica pues los roles de cada uno son diferentes y la comunicación es complementaria.

En su libro “Recuerdo, Repetición y Elaboración” Freud, citado por M^a de los Ángeles Barja habla de la transferencia:

“El paciente en el análisis no recuerda lo reprimido (recuerdos reprimidos), lo vive de nuevo. No lo reproduce como recuerdo, lo reproduce como acto y, de esta forma se entiende la transferencia como ilusión de un presente que remite a un pasado, pero no un pasado que requiere ser recordado sino esclarecido”. (Barja, M. 2018).

2.4 Ampliación del concepto de transferencia.

La concepción clásica de la transferencia, inicialmente asumida por Freud es que se trata de una mera repetición. Hoy sabemos a ciencia cierta, que esta afirmación es incompleta. Se trata, en efecto de una repetición, pero es una repetición que necesita ser activada por la presencia del analista, de un analista en concreto. Otro analista podría haber activado otra respuesta completamente distinta.

Veamos esto en detalle. Cada persona dispone en su inconsciente de numerosos esquemas de relación con distintas personas. Ante algunos individuos puede sentirse atacado, ante otros puede sentirse seductor, ante otros paranoico y así sucesivamente en una larga serie

de “papeles cinematográficos”. En el análisis, cada terapeuta, en función del momento, puede hacer que el paciente “interprete” uno u otro de esos guiones. Freud acertaba al hablar de “transferencias”, en plural, pues muchos son las formas en que puede manifestarse. Lo que Freud no acertó a ver, es que era su propia figura la que activaba los distintos comportamientos del paciente.

Esto significa, que ya no estamos ante una repetición mecánica, y hace que nos formulemos una pregunta: Ante un fenómeno transferencial, ¿cuánto de esa transferencia depende del paciente y cuánto es despertado por la figura del analista? Esta cuestión, cambia la forma en que vemos la terapia analítica. Ya no se trata sólo de observar al paciente, sino de observar la conducta del analista y del paciente y ver cómo interactúan.

Para comprender esto se requirió el desarrollo de lo que se conoce como **enfoque intersubjetivo**. La transferencia no sólo es algo que tiene el paciente sino algo que se desarrolla en conjunto con otra persona. Si el paciente tiene una serie de esquemas organizativos o modelos internos relacionales, se activarán en ciertas circunstancias y con ciertas personas.

Deberíamos hacer una salvedad a la norma general citada anteriormente. En algunos pacientes, que presentan una excesiva rigidez de carácter, da igual cómo actúe el analista: El paciente tiene tan poca espontaneidad y flexibilidad, que siempre reacciona de la misma forma.

Profundizando en como las transferencias del paciente y del analista interactúan entre sí, podemos decir, que existe un binomio “analista analizado” y que estos dos elementos se ven envueltos en un tipo de juego interrelacionar y, por tanto, se influyen entre sí de forma recíproca.

Este influenciarse de forma mutua se da a través de un proceso dinámico que lleva al camino de la creación de un espacio único, que de alguna forma es propicio para el surgimiento de una tercera subjetividad. Podemos entender la creación de este tercer espacio, como el resultado del encuentro intersubjetivo entre el analista y el analizado. Pero, al mismo tiempo, ambos son influenciados y creados por esta tercera subjetividad. Podemos decir que esta interacción entre analista y analizado es el resultado de un encuentro que ocurre en un nivel intrapsíquico.

Las sucesivas reformulaciones conceptuales de la transferencia nos han traído algunas aportaciones de interés. En la concepción clásica de la transferencia el paciente revive su pasado. Esta definición, hoy en día ha sido superada y se acepta que el paciente no solamente puede revivir el pasado, sino también lo deseado que no tuvo oportunidad de vivir en el pasado. El concepto clásico es muy mecánico: se revive el pasado tal cual. Lo que se plantea en la actualidad, es una ampliación: algunos pacientes no reviven sólo lo vivido, sino lo que para ellos fue muy deseado en su infancia, pero nunca llegó a ser vivido.

A veces el paciente trata de inducir al paciente, para que actúe de una determinada forma. Esto fue estudiado por Sandler, que estableció el concepto de **respuesta de rol**. Para Sandler, en ocasiones el terapeuta debe responder al rol al que el paciente trata de arrastrarlo, para que la terapia prospere. El concepto de respuesta de rol se verá más ampliamente en el capítulo de contratransferencia.

2.5 La transferencia para Greenson.

A lo largo de los años, el concepto inicial de transferencia se ha ido enriqueciendo con las aportaciones teóricas de diversos autores. Creo, que merece la pena citar la definición de transferencia propuesta por Greenson, pues aporta un nuevo elemento. Dice Greenson que *“la transferencia es vivir fantasías, sentimientos, actitudes y defensas hacia una persona del presente que no resultan apropiados para esa persona o situación y que son repetición de una relación significativa del pasado, desplazada ahora hacia el presente”*. Vemos que este autor incorpora un nuevo elemento “revivir defensas”. Es decir, el paciente no sólo puede vivir fantasías y deseos reprimidos, sino que también puede volver a vivir y las defensas que utilizaba en su infancia.

La naturaleza de las defensas que puede revivir el paciente es muy variada. Un paciente puede adoptar, por ejemplo, una actitud bondadosa, condescendiente, poco asertiva, plegándose continuamente a los deseos del analista. ¿Qué nos indica esto? Pues se trata, ni más ni menos, de la forma en que el sujeto reaccionaba en la infancia para huir de los conflictos y de la persecución.

La transferencia es una resistencia a la terapia, pues según describió Freud, aparece cuando el paciente guarda silencio y cesan las asociaciones libres. En ese momento los contenidos inconscientes que no pueden ser verbalizados se proyectan y se viven sobre el terapeuta. En este sentido, es la mejor de las resistencias (neurosis de transferencia), pues mediante ella el paciente transforma un recuerdo reprimido en algo presente, vivo y directo.

2.6 Importancia clínica de la transferencia.

La transferencia tiene un valor superior al de la historia contada por el paciente. El paciente narra sus vivencias desde el presente y siempre de forma subjetiva y tendenciosa. Por el contrario el comportamiento mostrado en la transferencia nos deja ver claramente cómo vivió su vida el sujeto.

Esta apreciación no es irrelevante, pues de ella se desprende la importancia clínica de la transferencia. En el análisis, el paciente nos puede decir con su narrativa cómo es, cómo siente o cómo actúa, pero luego sus palabras pueden quedar desmentidas por su forma de vivir el vínculo con el terapeuta. El examen de la transferencia nos deja ver los automatismos inconscientes del analizado, que pueden diferir, en ocasiones, de su narrativa.

2.7 Abordaje de la transferencia.

A lo largo del psicoanálisis ha habido distintas actitudes a la hora de realizar el abordaje terapéutico de la transferencia. La actitud clásica ha sido poner al descubierto la transferencia mediante la interpretación.

Durante mucho tiempo, los analistas clásicos han tratado de modificar la distorsión del analista, generada por la transferencia, a través de la interpretación. Es decir el analista explica al paciente que está confundiéndole con su padre o con su madre. Le dice “esto no es conmigo, esto es con papá”, “yo no soy tu padre, yo no soy tu madre”.

Esta actitud clásica para de poner al descubierto la transferencia mediante la interpretación puede servir en algunos casos, pero en otros casos es poco útil.

En estas situaciones el analista, en lugar de interpretar lo que hace es tratar de establecer un tipo de relación que modifique la vivencia, trata de favorecer el vínculo y la unión entre analista y analizado. Es el caso de los pacientes paranoides que ven al analista como alguien que siempre va a cuestionar, como alguien que siempre tiene razón, el señalamiento de la posición paranoide genera una mayor defensa paranoide, con lo que se logra el efecto contrario al deseado. En estos casos puede ser más útil decirle algo así como “*Estuve pensando de nuevo lo que me dijo y creo que tiene razón, y yo no lo tuve en cuenta*”.

Esta actitud implica el reconocimiento del error, algo que ha sido ignorado durante años por el psicoanálisis clásico. Este reconocimiento de los errores va creando un vínculo de confianza en la relación entre analista y analizado. La interpretación no es el único instrumento de cambio. La actitud de terapeuta y lo que uno hace puede producir cambios excepcionales. En determinados momentos lo que más transforma a un paciente es el vínculo de la relación terapéutica.

Otra cuestión de bastante importancia es la actitud que el analista muestra ante la transferencia del paciente. Algunos analistas, con una actitud equivocada pueden reforzar la patología del paciente. Si tenemos un paciente muy enfático y yo como terapeuta soy muy enfático, puedo reforzar la patología del paciente. La actitud del terapeuta puede modelizar al paciente, ya sea para bien o para mal.

De cara al abordaje terapéutico de la transferencia es importante tener en cuenta el modo de actuación ante las defensas del paciente. Sobre esto hay dos orientaciones en psicoanálisis: Algunos analistas trabajan directamente la defensa y sin embargo, otros prefieren trabajar primero las ansiedades. El inconveniente de señalar inicialmente la defensa es que cuestionamos al paciente sin haber señalado antes la ansiedad oculta tras la defensa. Por el contrario si analizamos, en primer lugar la ansiedad y la angustia, al paciente le queda la tranquilidad de saber y entender que su defensa es un modo de protegerse y se siente justificado en su actitud y no se ve cuestionado. Como norma general, es preferible mostrar lo que causa angustia al paciente, antes que mostrarle como se defiende ante esta angustia.

2.8 Actuaciones y “acting out”.

Ahora bien, dentro de todos los aspectos que rodean a la transferencia, merece un apartado especial el abordaje del término “acting out” en sus siglas en inglés. El “acting out”, debe ser tomado en consideración durante el tratamiento analítico, pues lo que no es trabajado en la relación paciente – terapeuta, queda como algo no encarado, y el paciente lo actúa fuera de la consulta. Respecto el fenómeno del “acting out” Lander explica “Lógica del acting out” el origen del término:

“En 1914 Freud escribe su conocido trabajo titulado “Recuerdo, repetición y elaboración”. Allí aparece descrito por primera vez un nuevo concepto psicoanalítico denominado “agieren” y que fuera traducido al inglés como “acting out”. En español se conserva el anglicismo y nos referimos desde entonces al “agieren” como un “acting out”. Allí Freud define el nuevo “agieren” como una “repetición” en contraposición con la capacidad de “recordar”. Aparece como “un empuje a repetir el pasado infantil en acto, sin recordarlo”. Es decir, sin tener consciencia de los motivos de dicho acto. Esta repetición la hace dentro del encuadre analítico, a través de revivir “experiencias emocionales reprimidas de la infancia” ya sea con la figura del analista o con diversos aspectos del encuadre. Al repetir en acto con el analista, queda así establecida una estrecha relación entre el “agieren” y la transferencia” (Lander, R. 2007).

Es decir, que sus actos, más que formas de actividad racionalmente emprendida, son repetición de situaciones infantiles o intentos de poner fin a conflictos de la infancia. Utilizan una situación real, de algún modo vinculada, por asociación, con un conflicto reprimido, como una oportunidad de descarga.

Este fenómeno que el paciente utiliza como recurso repetitivo, tratando de ocultar la raíz de la situación que lo hace actuar de esa manera, es de suma importancia para el psicoanalista, pues debe saber identificar e interpretar dicho acto para poder hacer consciente el problema original.

Posteriormente, Freud en 1940, amplió el significado del término, indicando que puede aparecer fuera del encuadre psicoanalítico y fuera de la transferencia. Esto hizo que el término “acting out” empezara a vulgarizarse y se empleara para definir “cualquier conducta inapropiada, disruptiva e inesperada” que el paciente pudiera presentar, dentro y fuera del encuadre analítico.

“El acting out muchas veces es muy útil en el trabajo analítico. La conducta expresada en estos actos, muchas veces incomprensible, es una forma de obtener información de lo que el paciente no es consciente y no puede presentar en palabras. Estos actos tienen tanto valor como el trabajo de los sueños, que como sabemos nos permite conocer algo de lo inconsciente en cada paciente”. (Lander, R. 2007).

Si el analista no detecta y analiza, por ejemplo, el sufrimiento del paciente, éste puede actuar fuera de la consulta y vivir lo que no ha trabajado dentro. En 2014, en su *“Curso de especialista universitario en clínica y psicoterapia”*, en el capítulo sobre la transferencia, señala Bleichmar:

“Lo no elaborado con el terapeuta, se actúa fuera. La pelea que no se tuvo con el terapeuta, se termina teniendo fuera”.

Para el analista es tan importante lo que ocurre en la sesión como fuera de ella. Siguiendo con el mismo autor:

“Por tanto, el analista debe estudiar tanto lo que sucede en la sesión como lo que sucede afuera. A veces, lo que el paciente se traga en la sesión lo actúa fuera y a veces la impotencia que tiene el paciente en la situación exterior hace que el paciente venga a la terapia y lo trabaje con el analista”.

“Es interesante el punto básico: si alguien está en distintos contextos: terapéutico/ fuera, trabajo/ pareja: lo que no se puede conseguir en un contexto se consigue en el otro actuando: si en el trabajo se siente acosado, en la pareja será un acosador. Así, no sólo es el pasado, sino también el presente el que determina la conducta.

“En la determinación de la conducta de una persona: está el pasado, la relación de fuera y la relación terapéutica. A veces predomina el pasado, a veces predomina la relación terapéutica, a veces predomina la relación fuera de la terapia. La relación de fuera puede hacer que se viva la relación terapéutica de determinada manera y la situación terapéutica puede hacer que se haga un acting out”. (Bleichmar, H. 2014).

2.9 La transferencia en el niño.

Es necesario hacer una mención especial al caso del psicoanálisis aplicado a los niños. Históricamente el debate entre Melanie Klein y Anna Freud ha sido intenso y mantenido durante años. La principal discrepancia para estas dos autoras es el papel que la transferencia psicoanalítica desempeña en el análisis infantil. Antes de profundizar en este debate, debemos hacer mención a Hermine Hug-Hellmuth. Reyes Vallejo Orellana en su artículo *“Hermine Hug-Hellmuth, genuina pionera del psicoanálisis del niño”* señala:

“A pesar de todos sus conflictos y de su vida relativamente breve, Hermine pudo construir los pilares del análisis infantil, en una obra constituida por tres libros y una treintena de artículos, trabajos siempre marcados por la influencia de Freud, que siempre le mostró gran estima y respeto”. (Vallejo, R. 2004).

Hermine Hug-Hellmuth desarrolló el trabajo analítico con niños usando para ello el juego:

“se planteó la práctica analítica con los niños, aunque considerando la cara pedagógica de sus intervenciones, limitándose además a tratar chicos mayores de siete años y modificando muchos aspectos del encuadre y de las reglas técnicas, como por ejemplo no emplear el diván ni las asociaciones libres, reducir el número de sesiones, permitir el uso del juego en los casos de chicos pequeños, valerse de la colaboración de la familia, etc. Hoy puede afirmarse que su práctica, más que específicamente analítica, fue psicoterapéutica, lo que no resta su importancia clínica”. (Vallejo, R. 2004).

La transferencia psicoanalítica aplicada a los niños ha sido el motivo de no pocas polémicas entre los numerosos autores que han opinado sobre la validez del psicoanálisis infantil. Así vemos como para Melanie Klein, citada por F. Tabara, no existen diferencias fundamentales entre el psicoanálisis del adulto y la terapia mediante el juego infantil:

“Los criterios del método psicoanalítico propuesto por Freud, el tomar como punto de partida la transferencia y la resistencia, el hecho de considerar las pulsiones infantiles, la represión y sus efectos, la amnesia y la compulsión a la repetición, y además el descubrimiento de la escena primaria (como lo indica Freud en la “Historia de una neurosis infantil”), todos estos criterios se mantienen íntegramente con la técnica del juego. El método del juego preserva todos los principios del psicoanálisis y con él se obtienen los mismos resultados que con la técnica clásica. Solo que ésta ajustado a la mente de los niños por los medios técnicos de los que se vale” (Tabara, F. 2014).

Sin embargo, Anna Freud discrepa de esta visión “kleiniana” para el psicoanálisis infantil. Anna Freud publicó en 1926 “Introducción a la técnica del análisis de niños” y en ella recalca algunos puntos interesantes, que son citados por Félix Tabara:

“- Considera que el niño aún no ha terminado su maduración. Se encuentra sometido a la autoridad de los padres y su “Superyó” está en un proceso de desarrollo.

- La terapia les es impuesta por sus padres.

- La principal objeción de A. Freud tiene que ver con la naturaleza de la transferencia que se establece entre el niño y el analista. Reconoce que el niño desarrolla ciertamente una transferencia en su relación con el terapeuta, pero no produce una neurosis de transferencia, es decir, una repetición de todas las reacciones anormales en relación con su objeto de su transferencia, y esto es debido a dos motivos teóricos:

A) El primero es que los objetos conflictuales son exteriores en el niño, y no psíquicos como el adulto; el niño, pues, no tiene por qué reemplazar a sus padres por el analista;

B) El segundo es que el analista de niños tiene que ser “cualquier cosa menos una sombra”; siendo en ese sentido, un mal objeto para la transferencia”. (Tabara, F. 2004).

Esta crítica de la hija de Freud no gustó a los kleinianos y en 1927 en el Simposium organizado por la Asociación Británica de Psicoanálisis, Melanie Klein criticó con dureza los planteamientos de Anna Freud. Recomendó que la terapia infantil estuviera precedida por una fase educadora y preparatoria, con el objeto de disminuir la transferencia negativa y fomentar la creación de transferencia positiva. Para Melanie Klein, el verdadero valor del análisis infantil radica en analizar la transferencia negativa. Para ella la neurosis de transferencia se produce del mismo modo que en el adulto: se comprueba la variación en intensidad de los síntomas en relación con la situación analítica, la abreacción de los afectos en conexión con el trabajo y la persona del analista.

Melanie Klein, nuevamente citada por Tabara, concluye:

“Iré un poco más lejos, y diré que, según mi experiencia, lo que tenemos que hacer tanto con los niños como con los adultos no es sencillamente establecer y mantener la situación analítica por todos los medios y guardarnos de cualquier influencia educadora directa, sino, más que eso, el analista de niños debe tener la misma actitud inconsciente que requerimos en el análisis de adultos para que pueda tener éxito. Una actitud tal que lo capacite para querer solamente analizar, y no para querer modelar y dirigir la mente de sus pacientes.” (Tabara, F. 2004).

El debate no terminó aquí, pues Anna Freud replicó en 1927 en el congreso de Innsbruck. Aunque sus divergencias con las explicaciones “kleinianas” se centraron fundamentalmente en el papel del Superyó infantil, se puede evidenciar un acercamiento a las posturas de Melanie Klein, en lo que hace referencia a la forma de concebir el análisis y la transferencia.

Como podemos deducir de los comentarios anteriores el debate histórico sobre el psicoanálisis infantil, aplicando la técnica del juego y el importante papel de la transferencia infantil durante el desarrollo de la terapia, ha sido intenso. Lo que no se puede negar, es que dejando de lado las distintas concepciones teóricas sobre la naturaleza de la transferencia en el análisis del niño, el resultado en la práctica es prometedor, pues mediante la modificación del encuadre, eliminando la rigidez del diván, ofreciendo el juego como una forma de expresión, se consiguen los objetivos que busca todo psicoanalista.

3. La contratransferencia

3.1 Concepto.

En el capítulo anterior hemos desarrollado el tema de la transferencia y hemos visto como se ha pasado desde un planteamiento inicial, en el que se pensaba que el paciente llegaba a la sesión con una transferencia establecida, a una concepción más compleja, en la que también hay que tener en cuenta qué comportamientos del analista activan determinadas formas de transferencia. En este vamos a ver la otra cara de la moneda: la carga transferencial que el analista proyecta sobre el paciente y al mismo tiempo veremos qué actitudes o comportamientos del paciente satisfacen los deseos del terapeuta y qué tipo de reacciones provocan en el terapeuta los distintos comportamientos de los pacientes. Como vemos, lo que ocurre dentro la sesión es un auténtico flujo bidireccional de sentimientos, emociones y deseos, que dan al encuentro un carácter totalmente dinámico.

Podemos definir la contratransferencia como:

“el conjunto de sentimientos, de deseos, de angustias, de defensas y de fantasías que se movilizan en un terapeuta en el encuentro con su paciente. Es casi la misma definición que cuando hablamos de transferencia. Algunos de hecho prefieren hablar de transferencias cruzadas”. (Bleichmar, H. 2014).

3.2 La contratransferencia para Freud.

La contratransferencia fue mencionada por Freud por primera vez en el artículo titulado *“Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalista”* leído en el II Congreso Internacional de Nuremberg de 1910. Freud, citado por Etchegoyen en su libro *“Fundamentos de técnica psicoanalista”*, consideraba la contratransferencia como uno de los componentes a nivel técnico del progreso interno, que sería uno de los tres pilares sobre los que se basaría el progreso de la terapia psicoanalítica. Según este autor, Freud define la contratransferencia en función del paciente analizado, dado que se describe

“como una respuesta emocional del analista ante los estímulos que provienen del paciente, como el resultado de la influencia del analizado sobre los sentimientos inconscientes del médico.” (Etchegoyen, H. 2004).

Es decir, para Freud, la transferencia sería la proyección que, sobre el paciente, realiza el psicoanalista a partir de sus experiencias pasadas, de manera inconsciente. Sigmund Freud manifestó la importancia de que el psicoanalista reconociera que su propio inconsciente, como consecuencia de la contratransferencia, puede tomar las riendas de la relación

terapéutica. No reconocer este hecho puede conllevar un mal curso de la terapia y el desenlace final puede ser la interrupción de la terapia.

Para Freud la contratransferencia era un obstáculo. Era algo que el analista tenía que superar para ayudar al paciente a superar sus represiones. El planteamiento esquemático que Freud hacía de la transferencia era el siguiente:

1. Los pacientes no pueden admitir en su conciencia determinados temas que tienen reprimidos.
2. Es misión del terapeuta analizar las resistencias y hacer conscientes los materiales psíquicos reprimidos.
3. Si el terapeuta tiene materiales inconscientes reprimidos, su pensamiento y capacidad de análisis en determinados temas estará limitado por sus propias represiones.
4. Cuando esto ocurre, será incapaz de dejar fluir y analizar las asociaciones del paciente, debido a su propia represión.
5. A mayor represión de contenidos psíquicos en el analista, habrá una mayor limitación en su capacidad de análisis y eso dañará en mayor grado el progreso de la terapia.

Es inevitable que el terapeuta, en cuanto ser humano corriente, tiene sus propios rasgos neuróticos. Dicho esto, es misión ineludible del analista tratar de conocer y superar estos rasgos para

“poder pensar lo que el paciente no puede pensar, para poder llenar los huecos en el impulso del paciente, para poder completar todo lo que el paciente no puede. Si el terapeuta es vergonzoso no podrá encarar ciertos temas. Si es temeroso no podrá confrontar a un paciente con rasgos paranoides. Si es narcisista no podrá tolerar que sus planteamientos sean cuestionados por el paciente”. (Bleichmar, H. 2014)

Freud comprendió muy pronto que los rasgos neuróticos del analista constituyen un serio obstáculo para conseguir una labor terapéutica efectiva. Así, la contratransferencia para Freud surge de una condición neurótica por parte del analista, que limita la acción curativa. Pero, no es menos cierto que Freud era un hombre muy optimista y con una fe inquebrantable sobre la validez del psicoanálisis como método terapéutico. Por este motivo. En un primer momento, Freud planteó el autoanálisis como la herramienta ideal para superar las limitaciones del analista. Más a tarde en 1904, a propuesta de Jung se planteó sustituir el autoanálisis por el análisis didáctico.

Para ello es de suma importancia que el psicoanalista acepte sus propios vínculos limitantes del pasado, para no ser causa de la persistencia de los síntomas del paciente, sino por el contrario, permitir la superación de los mismos, así como lo muestra la siguiente descripción:

(...) A través de su análisis personal, el analista se posiciona en condiciones de reconocer sus transferencias (contratransferencia) de modo de no interferir con los contenidos psíquicos del analizado. Ésta es, además, una condición sine qua non para que el analista esté disponible y a la escucha de lo inconsciente. (Laplanche y Pontalis 1996, citado por Álvarez, J. 2008)

Para Freud el analista ideal era una persona absolutamente neutra en la terapia, que no se sintiera perturbado por sus conflictos y con una mente abierta, libre y preparada para acompañar al paciente sin represiones por los diversos temas planteados en el análisis. Podemos leer las palabras del propio Freud en esta cita de Etchegoyen:

“Dice Freud: La experiencia prueba claramente que nadie puede ir más allá de sus puntos ciegos, por lo cual, se halla inclinado a exigir al analista, como norma general, el conocimiento de su contratransferencia y su vencimiento como un requisito indispensable para ser analista. Advierte que cada analista llega sólo hasta donde le permiten sus propios complejos y resistencias interiores y, por lo tanto, enfatiza la importancia del análisis propio (primero, en 1910, del autoanálisis y luego, en 1912, del análisis didáctico), y que éste se profundice de manera ininterrumpida a medida que trabaje con los pacientes”. (Etchegoyen, H. 2004).

Esta concepción de la contratransferencia fue bien acogida por la comunidad científica, hasta el punto que se mantuvo vigente durante 50 años. Ahora bien conllevaba una seria limitación y afectaba a la calidad de las publicaciones científicas. Si la contratransferencia era producto de la neurosis del terapeuta, ¿qué analista iba a publicitar sus rasgos neuróticos en una comunicación internacional? Evidentemente ninguno. Las publicaciones bibliográficas de la época hablaban sobre los sentimientos del paciente, pero obviaban de forma sistemática lo que sentía el analista. Quizás, Ferenczy, sea la excepción a esta regla. Por otro lado, esta concepción teórica de la contratransferencia tenía un riesgo no desdeñable: el peligro de ruptura.

3.3 La contratransferencia para Racker y Heimann.

Los primeros cuestionamientos a esta concepción freudiana de la contratransferencia empezaron a surgir en la década de los años 50. Empezaron a surgir voces discrepantes con la teoría ortodoxa y la mayoría de los autores están de acuerdo en considerar como precursores de este movimiento a dos autores: Heinrich Racker y Paula Heimann.

Estos dos autores trabajaban de forma independiente, en países distintos, pero llegaron a conclusiones muy parecidas y publicaron sus trabajos de investigación en la misma época. Ambos consideraron

“que lo que el analista sentía era un indicador útil, un elemento diagnóstico, algo que permitía detectar lo qué le pasaba al paciente, qué era lo que sentía el paciente, que era lo qué le hacía sentir el paciente al analista. Si el paciente le hacía sentir inferior al

terapeuta era por algo que hacía la paciente que le descalificaba". (Bleichmar, H. 2014).

Heinrich Racker nació en Polonia en 1910, pero a los cuatro años de edad su familia emigró a Viena, donde se instalaron. Allí, Racker vivió hasta 1939 en qué, acosado por el nazismo, se vio obligado a huir a Argentina, en concreto a Buenos Aires donde instaló su residencia. Murió de forma prematura, cuando sólo tenía 50 años de edad, debido a una dramática y rápida enfermedad. Como comenta Marie Langer su muerte fue llorada por toda la comunidad psicoanalítica:

"Su muerte significa una pérdida irreparable para todos: para su esposa e hijos, sus pacientes, discípulos y colegas, y para nosotros, sus amigos. Pero también es una gran pérdida para nuestra Asociación y para el psicoanálisis, la ciencia que amaba apasionadamente". (Langer, M. 1962).

Fue un hombre polifacético, que destacó en numerosas áreas, no solo como eminente psicoanalista y un gran clínico, sino además también en la música, como excelente pianista.

"En un breve estudio autobiográfico, se refirió a esta parte de su vida en los siguientes términos: La naturaleza me había dotado de un regalo que me llenaba de felicidad, el de sentir intensamente la música y disfrutar de creaciones filosóficas, científicas y literarias. Y aún más, encontré maestros de gran capacidad que se convirtieron primero en mis guías y luego en mis amigos; me abrieron nuevos mundos y me estimularon a mejorar mis propias aptitudes". (Langer, M. 1962).

La idea que subyace en el pensamiento de Racker es: si el analista en la terapia se siente mal es porque el paciente también se siente mal y se ve obligado a descalificar al analista, como una forma de sacarse el malestar. De manera que si el analista está conectado y pendiente de sus propios sentimientos, entonces, estos sentimientos son un excelente instrumento que le permiten tener un indicador indirecto de lo que le ocurre al paciente.

A este respecto, Andrei Urosa comenta sobre un artículo de Racker de 1953 sobre la contratransferencia lo siguiente:

"El autor (Racker) sostiene en este trabajo que dependiendo de la significancia que se le adjudique al rol del analista en el proceso psicoterapéutico, se le proporcionará una mayor o menor importancia a la contratransferencia y a los problemas correspondientes.

Para el autor, existen dos caras en el rol de analista: por un lado es el intérprete de los procesos inconscientes del paciente, pero al mismo tiempo es objeto de estos mismos procesos. Como consecuencia esperada, este fenómeno puede intervenir e interferir en el analista como intérprete, pudiendo ayudar en algunos casos, pero también generando el efecto de distorsionar u ocultar la percepción de los procesos inconscientes del paciente". (Urosa, A. 2014).

Racker consideró que la parte neurótica de la contratransferencia es la que perturba el trabajo del analista y por lo tanto el bienestar del paciente. Cada analista sabe o intuye que

no está completamente libre de dependencias infantiles, de representaciones neuróticas y de mecanismos de defensa patológicos. Racker también planteó que la contratransferencia y sus efectos han estado presentes desde los inicios del análisis y han sido ignorados en muchas ocasiones. El hecho de que antes se negara su incidencia en el análisis, no quiere decir que esto fuera realmente así.

“Racker añade unas palabras para finalizar las conclusiones prácticas que siguen este trabajo. Subraya, en primer lugar, la evidencia necesaria de mantenerse atento a las resistencias con respecto a la contratransferencia y sus problemas correspondientes. Expone que la transferencia ha estado muy estudiada, no así la contratransferencia. Para los analistas jóvenes, propone el quiebre de las resistencias del candidato que, luego, llevarán a una disminución de su dependencia neurótica en su análisis didáctico y favoreciendo, así, la introyección de un objeto bueno”. (Urosa, A. 2014).

Paula Heimann nació en Alemania en 1899. Estudió medicina y psiquiatría y en 1927 inició en Berlín su entrenamiento psicoanalítico bajo la supervisión de Theodor Reick. Por discrepancias políticas de su marido con el gobierno nazi se vio obligada a marchar a Londres, donde trabajó como secretaria de Melanie Klein.

Permanecería asociada con M. Klein hasta el año 1949, en el que presentó en el Congreso Psicoanalítico de Zurich su trabajo “Sobre la Contratransferencia” (On counter transference) provocando una airada respuesta de los kleinianos y la escisión de estos. En este trabajo Heimann aporta una nueva visión del proceso de la contratransferencia. M. Klein pensaba, como la corriente freudiana que la contratransferencia era solamente un obstáculo en la terapia. Heimann defendió la idea de que la respuesta emocional del analista ante el paciente constituye una valiosa herramienta diagnóstica.

Dice en este trabajo dice Heimann:

“En controles, pude ver cuántos candidatos, interpretando equivocadamente las recomendaciones de Freud (Freud, 1910-19) y en particular su comparación de la actitud del analista con la del cirujano, se esforzaban en volverse inhumanos. Se sentían tan atemorizados y culpables cuando surgían emociones hacia sus pacientes, que las eliminaban mediante la represión o distintas técnicas de negación, en detrimento de su trabajo”. (Heimann, P. 1949)

En otro punto habla sobre la robotización y frialdad de los analistas:

“El fin del análisis propio del analista no es el transformarlo en un cerebro mecánico que pueda producir interpretaciones en base a un proceso puramente intelectual, sino el hacerlo capaz de contener sus sentimientos en vez de descargarlos como lo hace el paciente”. (Heimann, P. 1949).

Entiende que el análisis didáctico debe servir para humanizar al terapeuta:

“El autoanálisis y la autoformación continuos del analista pueden llevarlo a mejorar la sensibilidad de las funciones de su yo consciente, a las cuales me referí brevemente como “percepción”. Sugerí que puede y debería adoptar un enfoque multidimensional,

enfrentando la situación analítica con las preguntas: ¿Qué? ¿Por qué? ¿Quién? ¿A quién? ¿Qué está haciendo el paciente en este preciso momento? ¿Por qué lo hace? ¿A quién representa el analista en este momento? ¿Qué aspecto pasado del paciente está dominando? ¿En qué forma representa esto una respuesta a una interpretación anterior (o a otro incidente)? ¿Qué significó esa interpretación para el paciente, según sus sentimientos, etc.?” (Heimann, P. 1949).

Al respecto de esta novedosa idea dice Bleichmar:

“La idea propuesta por Heimann y Racker era poderosa y aportaba muchas ventajas: si yo estoy conectado con mis sentimientos y de pronto empiezo a sentir malestar, ¿qué está pasando en la relación? ¿Qué está haciendo el paciente? Así la contratransferencia pasó de ser un elemento perturbador a ser un elemento diagnóstico.” (Bleichmar, H. 2014).

Como ya hemos dicho anteriormente los kleinianos rompieron con Heimann y los defensores de su nueva teoría sobre la contratransferencia. Así, casi medio siglo después de publicarse el caso Dora, podemos leer en el libro *“Transferencia y Contratransferencia”* la existencia de dos facciones enfrentadas:

“la contratransferencia se veía desde dos posiciones psicoanalíticas contrapuestas; como un obstáculo a superar (Reich, Glover, Fliess) o como un instrumento valioso para entender el posicionamiento del paciente y fomentar el cambio o cura. (Heimann, Racker, Winnicot)”. (Ruíz, J.J. 2013).

En relación con la naturaleza de la contratransferencia existen discrepancias entre los distintos autores sobre su ubicación. Para unos se situaría en el preconscious y para otro en el inconsciente. Recordemos un poco estos conceptos freudianos: *“El preconscious es un inconsciente descriptivo, susceptible de convertirse en consciente, mientras que el inconsciente sistemático no es susceptible de consciencia”.* (Vives, J. 2009).

Esta distinción topográfica puede aclarar distintos tipos de posturas, mantenidas por diferentes autores. Los que consideran que la contratransferencia es un obstáculo para la terapia, se están refiriendo en todo momento a la contratransferencia inconsciente. Los que consideran que es un valioso instrumento para el proceso terapéutico, por medio de un autoanálisis, se refieren a la contratransferencia preconscious. Esto nos deja muy claro, que cuanto mayor sea el campo preconscious del aparato psíquico del analista, (conseguido mediante autoanálisis o análisis didáctico) mayor será su capacidad para usar su contratransferencia preconscious como herramienta de análisis. (Vives, J. 2009).

Esta concepción de la contratransferencia significó un progreso, pero presentaba una seria limitación. El analista ya no es neutro, es sensible a lo que sucede en la terapia, pero coloca la responsabilidad de sus sentimientos en el foco del paciente. Este concepto fue llevado por muchos hasta posiciones radicales, donde todo lo anómalo que sentía el terapeuta era motivado por el paciente. Significaba una excelente coartada para el analista: sus problemas eran inducidos por el paciente. Se estaba dejando de lado una cuestión importante: ¿qué

existe en el analista previamente que lo hace reaccionar de este modo frente a los sentimientos del analizado?

“Los sentimientos del analista dependen en parte del paciente y dependen en parte de algo propio de cada analista”. (Bleichmar, H. 2014).

3.4 El enfoque intersubjetivo de Willy Baranger.

Se ha producido una evolución en el concepto de contratransferencia a lo largo de los años. Tenemos un primer momento donde es algo que es propio del analista y constituye un obstáculo a superar. Vemos un segundo momento donde la contratransferencia es inducida por el paciente. Finalmente aparece un tercer momento que sería la visión intersubjetiva: paciente y terapeuta crean algo que no existe por fuera de ese encuentro.

El nuevo enfoque que fue surgiendo ante la radicalización de la concepción de Racker y Heimann era conseguir un diagnóstico de la relación analista-analizado. Surge la idea de ver la situación terapéutica como un campo dinámico creado por dos.

Este tema fue muy estudiado por Willy Baranger. Este autor nació en 1922 en territorio francés del norte de Africa. Estudió filosofía en Toulouse. Emigró a Uruguay y allí trabajó activamente como psicoanalista. Se casó con Madelaine Baranger, también psicoanalista y creó la Revista Uruguaya de Psicoanálisis. Más tarde vivió en Argentina. En sus obras trató diversos temas de Melanie Klein. Tradujo al español muchos trabajos psicoanalíticos. Fue considerado como un clínico de gran relevancia. Baranger fue el creador de la idea de observar a paciente y analista, como integrantes de un campo dinámico en el que se va creando un encuentro. La idea que defiende Willy Baranger es que la figura del analista, lejos de ser neutral, debe estar conectada emocionalmente al paciente y vibrar en sintonía con él. El analista debe ser espontáneo e involucrado con el paciente, pero a la vez disociado de éste como observador de lo que ocurre en la relación. El analista se convierte en un observador de la interacción que se produce entre analista y analizado, que a posteriori trata de comprender lo que ha sucedido en esa relación.

“Esta es una concepción muy notable, pues uno se ve reaccionando y simultáneamente va analizando. Es una oportunidad de conocerse más a sí mismo y de proveer al paciente de mayor conocimiento de sí”. (Bleichmar, H. 2014).

Desde el mismo instante en que logramos comprender lo amplitud de campo del psicoanálisis, como un encuentro de subjetividades e intersubjetividades, es allí donde se pone de manifiesto el papel del analista en los procesos de indagación, para lo cual deseo hacer hincapié en un artículo titulado *“El campo de la transferencia y de la contratransferencia en la formación psicoanalítica”*. La autora comenta:

“El papel diferencial del analista se hace sentir a través del manejo de la transferencia. En este campo hay experiencias de alta tensión provocadas por fluctuaciones emocionales. El analista no contiene o inhibe los afectos del analizado;

lo que se pretende no es producir un “debilitamiento” de las pulsiones. Por el contrario, la relación transferencial intensifica los afectos y el analista funcionará en este campo, como un modulador, organizando las intensidades emocionales, dando un germen de orden a lo que era dispersión. Una pequeña acción puede controlar un gran flujo. Donde no había organización pasa a haberla, gracias a la función catalizadora de la escucha y de la palabra del analista”. (Bittencourt, A. 1996).

Se podría inferir de la cita anterior que pudiéramos explicar el fenómeno que ocurre entre el analista y el analizado, como un encuentro que ocurre en un nivel intrapsíquico, donde se evidencia un intercambio emocional constante entre la pareja analista y analizado. Es importante resaltar que esta actitud participativa del analista no quiere decir equilibrio, ni falta de imparcialidad posible, el analista recorre el camino de la creación conjunta de forma distinta al analizado, siempre posibilitando que éste sea el protagonista principal en la construcción de un sendero original, personal y único.

3.5 Sandler y la respuesta de rol.

Joseph Sandler pertenece al grupo de psicoanalistas independientes de Londres, que estaban fuertemente influenciados en su visión de la contratransferencia por el concepto de identificación proyectiva. Usó el término identificación primaria recurrente para referirse a la forma en que todas las personas empatizan con las emociones de los demás.

“Para él, el analista está sometido, lo quiera o no, a la presión de responder al contenido emocional del paciente. Sandler usó esta idea de “escucha empática” para considerar la noción kleiniana de enactment (actuación) contratransferencial. Sandler prefirió llamarlo “respuesta de rol” (1976) del analista o “actualización” del yo y reservar el término contratransferencia para referirse a la concepción neurótica original”. (Soler, M.A. 2007).

Sandler acuñó el concepto “respuesta de rol”. Considera que el analista responde desde el rol que le induce el paciente y a través de la respuesta, analizando a posteriori, el analista entiende la situación que se ha producido en la terapia. La idea es que el analista se involucre, que sea espontáneo y en un segundo tiempo, trate de entender lo qué ocurrió.

3.6 El paciente como objeto de deseo.

El moderno enfoque de la contratransferencia conlleva dos hechos importantes. El primero de ellos es que todo paciente se convierte en objeto de deseo del analista. El paciente no solamente viene a la sesión cargado con su patología, sino que satisface los deseos del analista.

“El paciente puede ser utilizado por el analista cómo alguien que satisface sus deseos libidinales, narcisistas, de apego, agresivos, de protección”. (Bleichmar, H. 2004).

Lo interesante de este planteamiento es que el analista capta al paciente desde sus sistemas motivacionales. Ningún analista capta al paciente de forma neutral. Lo capta desde sus propios sistemas motivacionales. El analista puede captar desde sus deseos libidinales de diverso orden, por ejemplo de contacto afectivo. Un terapeuta puede tener una necesidad de contacto afectivo y buscando la necesidad de satisfacer esa necesidad puede desviarse de su trabajo como terapeuta e inundar al paciente de afectividad, bajo la coartada de que toda persona necesita afectividad. En esta situación no se trataría de la necesidad del paciente sino de la necesidad del terapeuta, que con su exceso de afectividad puede impedir la evolución positiva del paciente. El terapeuta debe preguntarse: ¿esta afectividad resulta de mi necesidad o de la del paciente? Mi afectividad además de ser espontánea, ¿es oportuna para el paciente? Porque si paciente tuvo unos padres así, se estaría reproduciendo una situación que fue dañina en la infancia.

Merece la pena recalcar la especial importancia que se produce, cuándo dentro de lo libidinal, se despiertan deseos eróticos en el analista hacia el analizado. No estamos hablando de si un terapeuta debe o no tener deseos eróticos, pues eso sería una utopía, pero sí de la necesidad de detectar la erotización en la contratransferencia lo antes posible y evitar actuarla.

“Lo peor que le pasó al psicoanálisis fue negar durante años la erotización de los terapeutas. Durante mucho tiempo fue silenciado el abuso sexual en la terapia. No solamente en el psicoanálisis sino en todos los campos de terapia. Cuando se empezó a hacer un estudio sobre el abuso sexual aparecieron estadísticas espeluznantes”. (Bleichmar, H. 2014).

Del mismo modo el paciente puede despertar en el analista deseos narcisistas o tal vez deseos agresivos. Puede tener fantasías agresivas hacia el paciente y debe estar muy pendiente de detectar esa agresividad en el lenguaje, en el tono de voz, en los adjetivos que utiliza para describir la conducta del paciente.

“El terapeuta debe examinar desde qué posición o sistema motivacional se está relacionando con el analizado”. (Bleichmar, H. 2014).

Esta visión del paciente como objeto de deseo acaba influyendo en el modelo teórico y técnico elegido por el terapeuta, en la medida que satisface sus necesidades. Habrá una parte de azar en esa elección, pero también una parte condicionada por el sistema motivacional del analista.

3.7 El paciente como activador de sentimientos y conductas.

Es evidente que no se puede establecer una correlación absoluta entre pacientes con una determinada patología (depresión, paranoia, narcisismo, etc.) y la reacción que provocan en el terapeuta. Pero sí es muy frecuente, qué determinadas patologías provoquen reacciones muy parecidas en terapeutas distintos.

Así vemos como pacientes depresivos inducen pérdida de autoestima e incapacidad en el analista. Observamos como pacientes hipocondriacos que viven continuamente instalados en las quejas, a pesar de las infinitas interpretaciones del analista, generan en éste frustración y rabia. Por el contrario, hay otros pacientes que despiertan el interés del terapeuta (por ejemplo las histéricas en Freud eran un claro objeto de su complacencia). Los pacientes obsesivo-fóbicos que viven el día a día cotidiano con intensidad, pueden producir aburrimiento en la mayoría de los analistas. En general podemos decir, qué cuando el analista se siente impotente en su trabajo, se aproxima a la rabia narcisista. Los pacientes "borderline" producen en el terapeuta desconcierto, angustia y miedo al suicidio.

El analista cuando inicia terapia con un nuevo paciente debe preguntarse al cabo de un cierto tiempo ¿qué tipo de efecto es más posible que produzca en él ese paciente?

3.8 Contratransferencia concordante.

No podemos concluir el estudio de la contratransferencia sin hacer referencia a dos conceptos acuñados por Racker en relación a este tema. El primero de ellos es la Contratransferencia concordante que es la que se produce cuando el analista se identifica y concuerda con ciertos aspectos del paciente. Racker planteó que el analista se puede identificar con el yo, con el superyó o con el ello del paciente.

- a) Identificación con el yo: El analista se identifica con los sentimientos del paciente (su angustia o su miedo o sus defensas) y en lugar de averiguar los motivos los vive él también. Humanamente se puede entender estar empatía, pero como analista su misión es investigar el origen de los sentimientos o de las defensas del analizado
- b) Identificación con el ello: En este caso la identificación se produce con los deseos del paciente y vivir con expectación la realización de los mismos en lugar de averiguar por qué motivo tiene esos deseos.
- c) Finalmente, la identificación puede ser con el superyó, es decir el analista se identifica con la moralidad y la parte autocrítica del analizado.

La importancia de la contratransferencia concordante radica en que si el analista evita estar masivamente identificado con el paciente, puede ayudarlo a preguntarse por qué siente o piensa de determinada manera.

3.9 Contratransferencia complementaria.

Es otro de los grandes conceptos aportados por Heinrich Racker. En este caso, la contratransferencia complementaria es aquélla que se produce cuando uno toma lo que está ausente en el paciente. El analista actúa como el complemento del paciente. Al igual que la anterior el analista puede buscar la complementación a nivel del yo, del ello o del superyó.

Para abordar adecuadamente estos dos tipos de transferencia, en la técnica de trabajo

“Debe haber una actitud analítica, exploratoria, de examen, ¿por qué algo existe? Debe conducir a una actitud terapéutica, pero primero debe haber un tiempo para comprender lo que está ocurriendo. ¿Cuál es la actitud analítica frente a la contratransferencia de concordancia? El analista debe preguntarse por qué se reactiva en él esa contratransferencia con la que está identificado y debe procurar salir de la identificación. Debe tratar de rescatarse como alguien que puede pensar y sentir desde otra perspectiva. Si está identificado con el paciente no hay esa otra perspectiva que pueda iluminar lo que le pasa al paciente”. (Bleichmar, H. 2014).

De forma análoga, frente a la contratransferencia complementaria la actitud analítica debe ser del tipo: *“usted necesita que sea yo quien me preocupe y así puede seguir haciendo lo que le causa placer”*. Podemos ver este tipo de comportamiento, con mucha frecuencia, en los adolescentes, que trasladan al padre su responsabilidad y delegan de ella.

“Lo importante es plantear la motivación por la que el paciente nos hace vivir su responsabilidad, sobre todo en personalidades regresivas y dependientes”. (Bleichmar, H. 2014).

4. Conclusiones

Por todos es conocido, que Sigmund Freud es el padre del psicoanálisis y que a él son debidas aportaciones tan notables como la interpretación de los sueños, la libre asociación y los actos fallidos como instrumentos imprescindibles para estudiar el inconsciente. Sin embargo, es mucho menos conocido, al menos a nivel popular, su aportación a la psicología al descubrir la transferencia y sus implicaciones en la terapia psicoanalítica.

Han sido numerosos los autores que han estudiado la naturaleza de la transferencia y han debatido sobre la contratransferencia a la que unos consideran un obstáculo para la terapia y otros una herramienta valiosa para el análisis. Se ha producido una evolución teórica con implicaciones técnicas en el concepto de la transferencia, que ha pasado de ser una mera repetición que se realizaba sobre el terapeuta, a ser algo más complejo. Es una repetición

que se desarrolla en conjunto con otra persona. Si el paciente tiene una serie de esquemas organizativos o modelos internos relacionales, se activarán en ciertas circunstancias y con ciertas personas.

Otro enfoque superado al hablar de la transferencia es que ésta no supone simplemente repetir los conflictos, si no que puede manifestarse en forma de una identificación con el causante de los conflictos. Así una persona que se sintió atacada en su infancia puede realizar una transferencia sobre el analista identificándose con el agresor. Además, gracias a Greenson, sabemos que en la transferencia el analizado puede transferir defensas y no solo pulsiones o sentimientos.

Hemos visto como el analista debe estar preparado para evitar las actuaciones y el “acting out”. Debe mirar dentro y fuera, para poder trabajar dentro todos los temas y evitar que se actúen fuera,

A la vista de todo lo comentado en este artículo nos debe quedar muy claro el importante papel que la transferencia tiene en el desarrollo de la terapia. Todo lo que el analista ignore y no interprete en la consulta respecto a la transferencia será negativo para el proceso curativo, pues el paciente lo vivirá fuera de la terapia. Como ya citamos anteriormente: “Lo que no se analiza en consulta se vive fuera”.

Con respecto a la contratransferencia, ocurre algo muy parecido, pero mucho más complejo. Superados los planteamientos iniciales de Freud (la contratransferencia como obstáculo) y superadas las teorías de Racker y Heimann (es el paciente con sus sentimientos el que despierta la contratransferencia del analista), nos encontramos ahora en una situación donde predomina el enfoque intersubjetivo. El analista observa cómo fluye la comunicación bidireccional entre él mismo y el analizado, como sintoniza con las emociones del paciente y como vibra con ello, pero todo esto sin perder de vista esa función de observador externo que luego le permitirá a posteriori analizar que ha pasado en el encuentro.

Las tareas del analista son múltiples, complejas y de gran responsabilidad, pues debe implicarse de forma activa en la terapia y analizar que objeto de deseo busca en el paciente, al tiempo que debe reflexionar que tipo de comportamiento es frecuentemente desencadenado en el analista por determinado tipo de pacientes (depresivos, hipocondriacos, borderline). A todo este conocimiento teórico hay que unir un riguroso análisis didáctico que nos habrá la mente y despeje los caminos para interactuar con el paciente sin represiones. Y aún hay más, no solo teoría y análisis didáctico sino además una técnica exquisita que nos permita fomentar el vínculo entre analista y analizado, pues este vínculo se ha revelado como el elemento más importante en la terapia. Acabamos citando a Bleichmar:

“Lo importante es el tipo de vínculo. Esto en este momento es indiscutible. No significa que el vínculo constituya el único factor. Los estudios empíricos varían entre que el factor vínculo representa entre el 40-60% como predictor de una relación positiva”. (Bleichmar, H. 2014).

5. Referencias bibliográficas

- Álvarez, J. (2008). Psicoanálisis: ayer y hoy. Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados (CDHA1425). Ciudad de Buenos Aires. Argentina.
- Barja, M.A. (2018). Transferencia en el Psicoanálisis. Qué es, cómo surge y tipos. Recuperado el 27 de agosto de:
<https://depsicologia.com/transferencia-en-psicoanalisis-que-es-como-surge-y-tipos>
- Bittencourt, A. (1996). Campo de transferencia y la contratransferencia en la formación psicoanalítica. SBPRJ. Boletín científico, Rio de Janeiro, n.12.
- Bleichmar, H. (2014). La Transferencia. En *“Curso de especialista universitario en clínica y psicoterapia”*. Elipsis. Madrid.
- Bleichmar, H. (2014). La Contratransferencia. En *“Curso de especialista universitario en clínica y psicoterapia”*. Elipsis. Madrid.
- Bleichmar, N. (2017) El psicoanálisis después de Freud. Teoría y clínica. México. Pág. 14-17.
- Etchegoyen, H. (2004). Fundamentos da técnica psicoanalítica. Artes Médicas: Porto Alegre. Brasil.
- Freud, S. (1890). Tratamiento psíquico, tratamiento del alma. Recuperado el 20/08/2018 de:
<https://www.clubensayos.com/Español/Resumen-De-tratamiento-Psíquico-Tratamiento-Del-Alma-De/138609.html>
- Freud, S. (1895) Fragmento de análisis de un caso de histeria. Recuperado el 20/08/2018 de:
<https://psicoresumen.blogspot.com/2012/09/el-caso-dora.html>
- Freud, S. (1938) Obras completas, Ed. Amorrortu, Tomo XXIII.
- Heimann, P. (1950) [On countertransference](#). En [International Journal of Psychoanalysis](#). Vol. 31, p. 81-84. Recuperado el 10/08/2018 de:
<https://psicanalisedownload.files.wordpress.com/2012/08/contratransferencia1.pdf>

- Hernández, A. (2014) El concepto de transferencia en la teoría freudiana y su importancia dentro del dispositivo analítico. Recuperado el 17 de agosto 2018 de:
<http://heortiz.net/psicoanalisis/transferencia.pdf>
- Langer, M. (1962). Heinrich Racker 1910-1961. En Revista Internacional de Psicoanálisis, 43: 80-81. Recuperado el 25/08/2018 de:
<http://www.pep-web.org/document.php?id=ijp.043.0080a>
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996). Diccionario de psicoanálisis [Vocabulaire de la Psychanalyse]. Bajo la dirección de Daniel Lagache. Traducción del francés de Fernando Gimeno Cervantes. Buenos Aires: Paidós.
- Lander, R. (2007). Lógica del “acting out” y del pasaje al acto. Recuperado el 28 de agosto del 2018 de:
<http://www.elsigma.com/colaboraciones/logica-del-acting-out-y-del-pasaje-al-acto/11421>
- Ruíz, J. J. (2013). Transferencia y contratransferencia. Del Psicoanálisis a la Psicoterapia Analítica Funcional. REALITAS, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes, 1 (2), 52-58. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4766802.pdf>
- Soler, M.A. (2007) Contratransferencia [Hinshelwood, R.D.]. En Aperturas Psicoanalíticas nº 25. Recuperado el 15/08/2018 de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000437>
- Tabara, F. (2014). **Psicoanálisis de niños y la transferencia**. En Experiencia Freud. Recuperado de:
<https://experienciafreudiana.wordpress.com/2014/12/03/psicoanalisis-de-ninos-y-la-transferencia/>
- Torres, A. (2015). La transferencia y la contratransferencia en el Psicoanálisis. Recuperado el 15 de agosto de 2018 de:
<https://psicologiaymente.com/psicologia/transferencia-contratransferencia-psicoanalisis>.
- Urosa, A. (2017). Una contribución al problema de la contratransferencia (Racker, H.) Publicado en Aperturas Psicoanalíticas nº 46. Recuperado el 25/08/2018 de:
<https://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000846&a=Una-contribucion-al-problema-de-la-contratransferencia-Racker-H>

Vallejo, R. (2004) Hermine Hug-Hellmuth, genuina pionera del psicoanálisis del niño. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría; Vol. 24, Nº 89. Madrid. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100009

Vives, J. (2009) El proceso psicoanalítico. Asociación Psicoanalítica Mexicana, A. C. Editorial Plaza y Valdés. (pág. 191-192).