

## CONTRATRANSFERENCIA.



**Autora de la Reseña: Ángela Soler**

R. D. Hinshelwood. En R. Michels, L. Abensour, C. Laks Eizirik, R. Rusbridger (comp.) Key Papers on Countertransference. IJP Education Section. Editorial: Karnac, London-New York, 2002.

El autor plantea una revisión del concepto contratransferencia a lo largo de los últimos 50 años. Reconoce partir de una visión kleiniana, y es en base a la proximidad a dicha corriente, como desarrolla en mayor o menor medida la comprensión del concepto en las distintas escuelas, y realiza posteriormente una comparación crítica.

A continuación, resumo el contenido del trabajo.

### **HISTORIA Y PANORAMA CONCEPTUAL**

El concepto de contratransferencia mantiene el sentido que Freud le dio inicialmente:

La transferencia neurótica del analista al paciente. Freud no le dedicó especial atención, y lo consideraba algo a ser eliminado por el autocontrol del analista, posición que se ha denominado analista pantalla.

No obstante, ya desde el principio, el concepto se fue ampliando:

- añadiendo a los aspectos neuróticos del analista el conjunto de sus respuestas afectivas (Heimann, 1950; King, 1978).

- empleándolo como elemento técnico, objeto de estudio en sí mismo (Glober, 1927).

- reconociendo la naturaleza interactiva de la transferencia y contratransferencia (Fenichel).

La visión del analista como una pantalla en blanco fue cada vez más criticada desde distintas escuelas. No obstante, el autor señala como clave una publicación de Heimann (1950), que procede directamente de la conciencia de los aspectos relacionales del propio funcionamiento del analista: La respuesta emocional del analista hacia su paciente en el contexto del análisis, representa una de las herramientas de trabajo más importantes. La contratransferencia es un instrumento para investigar el inconsciente del paciente (p.81).

La corriente de las relaciones objetales ha añadido la respuesta afectiva (o empática) del analista a las neuróticas.

### **LA CORRIENTE KLEINIANA**

Klein se mantuvo auténticamente freudiana al respecto, escéptica de la introspección que la contratransferencia pudiera aportar. Sin embargo, sus seguidores fueron parte importante en la forja de un nuevo enfoque de la contratransferencia y en el énfasis de los aspectos relacionales de la transferencia-contratransferencia (Bion, 1959; Segal, 1975; Rosenfeld, 1987). Aportaron una línea específica de pensamiento, según la cual, parte de la tarea del analista es determinar que figura representa para el paciente en un momento dado mientras intenta retener su conocimiento de quién es para sí mismo. En palabras de Bion:

...el analista siente que está siendo manipulado para desarrollar un papel, al margen de lo difícil que sea de reconocer, en la fantasía de otra persona –o lo haría si no fuera por lo que según mi recuerdo sólo puedo llamar una pérdida temporal de insight, una sensación de experimentar sentimientos intensos y, al mismo tiempo, la creencia de que su existencia está adecuadamente justificada por la situación objetiva.

Esta descripción plantea diversas cuestiones:

- ¿Cómo llegan a influirse los sentimientos del analista?
- ¿Cómo podemos saberlo, si tiene la característica de la pérdida temporal de insight?
- ¿Cómo podemos usar dicha comprensión interpretativamente?
- ¿Cómo podemos usar dicha comprensión interpretativamente?

Para el autor, desenmarañar estos aspectos se ha vuelto cotidiano en el trabajo analítico. Revisa este desarrollo bajo tres epígrafes: Proyección/introyección, Contención y Enactment.

## **1. PROYECCIÓN, INTROYECCIÓN.**

Money-Kyrle (1956) retomó el enfoque según el cual los procesos ordinarios de interacción entre las personas están mediados por los procesos intrapsíquicos de proyección e introyección (Heimann, 1943).

En palabras de Rozenfeld (1987): “Un prerrequisito del tratamiento psicoanalítico es que es necesario tener el contacto suficiente con los sentimientos y pensamientos del paciente, para experimentar y sentir uno mismo qué es lo que está ocurriendo dentro del paciente”. (p.12).

Money-Kyrle describió los intentos del paciente por hacer llegar al analista su malestar y su perturbación de tal modo que el analista recibiera realmente esa perturbación. Es necesario que el analista sienta la perturbación y se convierta en perturbado él mismo. Esto podría llamarse simplemente empatía, pero esta línea de trabajo investigó los mecanismos en los que se basa la empatía- proyección (del paciente) e introyección (del analista).

Un proceso normal consiste en ciclos de este mecanismo. Según este autor, cuando el análisis va bien, hay una rápida oscilación entre introyección y proyección. A lo largo del discurso del paciente, el analista se identifica introyectivamente con él y habiéndole entendido interiormente, re proyectará en él y hará su interpretación (1956, p.23).

Este tipo de comunicación de experiencia no se da meramente a nivel verbal. Podemos decir “Estoy enfadado” en tono amenazante o jocoso, o con muy poca convicción. Estos componentes emocionales se reciben de forma directa e intuitiva y no en forma de afirmaciones verbales.

Partiendo de la implicación “normal” de los sentimientos del analista, Money-Kyrle (1956) pasó a las desviaciones de la norma. La comprensión del analista fracasa cuando el paciente se corresponde demasiado estrechamente con aspectos de sí mismo que todavía no entiende. Cuando el equilibrio entre introyección y proyección que caracteriza al proceso psicoanalítico se rompe, el analista podría quedarse atrapado en una de las dos posiciones (pp.361-2).

Brenman Pick llevó aún más lejos el concepto, describiendo cómo aspectos de la experiencia del paciente se proyectan en aspectos específicos del analista. Llamó a este hecho “acoplamiento de mentes”. Desde su punto de vista, debe existir un equivalente psicológico a la búsqueda innata del pecho por la boca. Menciona el siguiente ejemplo:

Esto nos advierte de los problemas “gemelos” de la contratransferencia: la frialdad emocional o el exceso de humanidad que lleve a ser seducido a actuar fuera de nuestro rol (en última instancia hacia relaciones no éticas). Brenman Pick llamó a desenredar esta maraña “elaboración” de la contratransferencia. Money-Kyrle especificó que este trabajo implicaba tres factores a considerar: la afectación emocional del analista, la participación del paciente en generarla, y su efecto en el paciente.

También inciden en distinguir aquella contratransferencia en la que el analista se ve en dificultades para diferenciar su propia afectación de la de su paciente, y la normal.

## **2. CONTENCIÓN**

Bion (1959) aporta un modelo diferente para entender la naturaleza y desarrollo de la contratransferencia, el de la madre con su hijo. Lo elabora en términos de continente y contenido. El niño necesita algo más que

el cuidado solícito de la madre, necesita que ésta pueda sentir su perturbación y hasta cierto punto, sentirse ella misma perturbada. Desde el punto de vista del niño, le madre debe interiorizar y así experimentar, el miedo que él está sintiendo. Una madre comprensiva es capaz de experimentar el sentimiento de temor que su bebé se esfuerza por manejar a través de la identificación proyectiva y, al mismo tiempo, mantener una imagen de equilibrio (p.313).

Esta interacción emocional no verbal se ha convertido en modelo del núcleo de la relación psicoanalítica. Seagal lo expresa diciendo que el bebé proyecta algo intolerable en su objeto, pero (en condiciones ideales) el objeto es capaz de contenerlo y manejarlo, de manera que luego el niño puede reintroyectar no ya su ansiedad original, sino una ansiedad que ha sido modificada al ser contenida. Introyecta además un objeto capaz de contener y manejar la ansiedad. Esta función transformadora de la ansiedad se ha llamado a veces “digerir o metabolizar”.

No siempre es así. La madre podría no tolerar el experimentar estos sentimientos y reaccionar de dos maneras:

- Negándoles la entrada
- Convirtiéndose en víctima de la ansiedad que resulta de la introyección de los sentimientos del bebé

La consecuencia es que el niño reintroyecta no un miedo a morir convertido en algo tolerable, sino un temor innombrable. Estas dos alternativas se corresponden con los problemas en el proceso terapéutico que se describieron anteriormente: la frialdad o la sobreimplicación.

Cuando el paciente proyecta experiencias intolerables, a menudo se preocupa por lo que estará ocurriendo en la mente del analista (Hinshelwood, 1985). En ese contexto, sugiere dos tipos de interpretaciones:

- o bien el analista muestra directamente las proyecciones del paciente,
- o describe las fantasías de éste acerca de la amenaza y el daño al analista. Esto último apunta a cómo experimenta el paciente la contribución del analista.

Con respecto a esto, Steiner (1993) habló de interpretaciones centradas en el paciente e interpretaciones centradas en el analista. En general, las primeras están más implicadas en transmitir comprensión, mientras que es más probable que las centradas en el analista proporcionen al paciente la sensación de ser comprendido (p.133).

La ansiedad del paciente sobre el estado mental del analista debe interpretarse siempre que sea posible, incluso si sus fantasías no son correctas, porque para el paciente sí son ciertas. El autor sugiere señalar en la interpretación cómo el estado mental del analista ha surgido a partir de un efecto particular del paciente, e insiste en esperar a que el paciente esté listo para recibirlas, ya que de lo contrario, el paciente se sentirá invadido más que comprendido.

Este señalamiento de la responsabilidad del paciente puede generar ansiedades depresivas (culpa, merecer castigo). Autores como Steiner proponen aliviar al paciente de dichos sentimientos, aunque el autor prefiere valorar qué grado de responsabilidad puede tolerar el paciente sin interferir con su capacidad para seguir reflexionando en el proceso analítico.

### **3. ENACTMENT<sup>1</sup>**

Un aspecto de la contención es la presión bajo la que se encuentra el analista a la hora de representar el papel de figura transferencial del paciente.

La visión del paciente sobre la cura que necesita puede diferir de la del terapeuta. Este conflicto es frecuente, especialmente cuando el paciente cree que nadie puede manejar su ansiedad. Según su expectativa, lo esperable sería que ambos, paciente y analista, huyeran de su ansiedad (Feldman, 1997).

Es labor del psicoanalista identificar hacia qué rol le está empujando el paciente inconscientemente, y cuáles satisfacer o evitar. Algunos pueden ser muy perturbadores, como el de perseguidor sádico, generalmente fáciles de identificar por ser egodistónicos. No tanto aquellos muy agradables, como el de madre buena, a menudo una

---

1.- En este punto convendría revisar la reseña sobre Enactment de Enrique Moreno en el n° 4 de Aperturas Psicoanalíticas.

motivación importante para hacerse terapeuta. Los aspectos negativos de la maternidad quedarían relegados a la familia, la pareja, etc. de manera que el analista queda constituido como madre buena complaciente, mejor que todas las demás, y siendo esto egosintónico, los dos disfrutan de esa ficción. Los pacientes pueden detectar este rol (u otros roles preferidos por el analista, cabría añadir) correctamente.

Cuando el analista queda atrapado con el paciente en estos enganches y los enactments conjuntos se suceden, el paciente puede ser consciente abruptamente de la perturbación en la mente del analista: o bien percibe incorrecta o correctamente sus fantasías en el estado mental o en la conducta del analista, o bien el paciente es instrumental en cierta medida a la hora de crear sus propias fantasías sobre la mente del analista (“respuesta de rol”<sup>2</sup> [Sandler, 1976]).

Cuanto más perturbado está el paciente, más precoz es el escrutinio de las interpretaciones del analista para evaluar que está ocurriendo en su mente. Más allá de la introspección que ofrezcan, constituyen ventanas al funcionamiento de la mente del analista que le muestran si ha provocado daño o no y hasta puede que le den evidencia del resentimiento o perdón del analista.

## INTERACCIÓN OBJETAL-RELACIONAL

En la tradición psicoanalítica británica, la segunda fuente de ideas sobre la contratransferencia vino de la experimentación clínica de Ferenczi. Balint lo continuó en Budapest y lo llevó a Londres en los años 30 (Balint & Balint, 1939; Balint, 1950). La “tradición Ferenczi” fue representada por el grupo independiente de analistas británicos (Kohon, 1986; Rayner, 1991; Stewart, 1996).

Los experimentos de Ferenczi, recogidos en su Diario Clínico (1988) asumen que el conocimiento opera de forma unidireccional: sólo se conoce al paciente; lo cual iba en la línea del “analista pantalla”. Pero organizó el encuadre de tal manera que podía invertirse: intercambiando la posición física entre analista y paciente se invertiría también quien llegaría a conocer a quién. Balint, (1936) recomendó ceñirse a la técnica clásica en la mayoría de los casos. Little (1951) también revisó esta cuestión y aconsejó que el analista compartiera ocasionalmente el análisis de sus propios sentimientos con el paciente (auto revelación).

Balint insiste en que ambos, paciente y analista tienen investimentos libidinales en el otro y en el análisis, pero que el trabajo no acaba en la comprensión de la transferencia y la contratransferencia. Para él, debe tenerse en cuenta que todos estos fenómenos ocurren en una interrelación entre dos individuos, en el seno de una relación objetal que cambia y se desarrolla constantemente. (1950, p.123). Esta relación objetal es el interjuego de la transferencia y la contratransferencia y constituye algo supraordinal. Balint habló de la “creación de una atmósfera apropiada para el paciente”. Cada analista es único y contribuye con su propia atmósfera a cada análisis particular (p.123).

Winnicott (1969) se hizo eco de esto en su indicación de “evitar romper este proceso natural haciendo interpretaciones” (p.711). “Creo que interpreto principalmente para dejar que el paciente sepa las limitaciones de mi conocimiento. El principio es que el paciente, y sólo el paciente, es quien tiene las respuestas” (p.711).

La tendencia de los independientes británicos es considerar la relación holísticamente en lugar de tomar a los individuos separadamente. Winnicott teorizó esta tendencia con sus descripciones de una tercera área, el espacio transicional, con las cualidades de ambos, “yo” y “no-yo” al mismo tiempo. En esta área la persona puede continuar disfrutando de un juego que gratifica su omnipotencia infantil dentro de la vida adulta (Winnicott, 1971). En su extremo, la noción de contratransferencia ha sido absorbida simplemente dentro de la consideración de estilo personal que colabora con el del paciente.

---

2.- En su trabajo *Contratransferencia y respuesta de rol*, Sandler define y ejemplifica con dos casos clínicos este concepto. Según él, a menudo el analista responde abiertamente al paciente, de un modo que percibe como indicador únicamente de sus propios problemas (del analista), y puede recurrir con éxito a su autoanálisis para descubrir qué patología se esconde detrás de esta respuesta o actitud hacia el paciente. Con frecuencia es útil considerar esta respuesta irracional del analista, que su conciencia profesional le lleva a tomar puramente como un punto ciego propio, un compromiso entre sus propias tendencias y su aceptación reflexiva del rol hacia el que le está empujando el paciente.

El que proviniera de Ferenczi llevó a muchos analistas de las relaciones objetales a rechazar la sugerencia de compartir sus sentimientos con sus pacientes, que Bollas discutió en un trabajo de 1989. Sin embargo, el reconocimiento de que el estilo del analista y la atmósfera engendrada se convierten en un juego creativo entre paciente y analista se ha arraigado fuertemente en la tradición independiente, lo que ofrece al paciente la participación en un proceso que restaura la mutualidad normal en la “respuesta afectiva” entre ambos.

Cuando esta mutualidad se ve interrumpida, el analista tenderá modestamente a asumir que el paciente siente que el terapeuta se ha perdido algo de lo que estaba expresando. El analista de esta corriente se comprometería entonces en una supervisión interna (Casement, 1985).

Estos conceptos de juego creativo o de receptividad fallida del analista que requiere supervisión, son probablemente comparables a la fases normales y erróneas de la contratransferencia descritas por Money-Kyrle. No obstante, son posturas teorizadas de forma diferente que llevan a técnicas diferentes.

## **COMPARACIÓN ENTRE KLEIN Y LOS INDEPENDIENTES**

La primera diferencia entre las dos principales corrientes de las relaciones objetales estriba en cómo abordan el espacio interpersonal. Para los Kleinianos es algo a ser analizado en términos intrapsíquicos.

La escuela independiente lo considera como un espacio separado intermedio en el cual los dos pueden inventar y practicar una relación creativa y espontánea. Esto lleva también a una concepción distinta de la acción dentro del encuadre psicoanalítico. Al mismo tiempo que se implica en los afectos, el analista trata de tomar conciencia de ello y de reconocer las relaciones que el paciente busca. Debe distinguirse entre reconocer el rol buscado por el paciente y desarrollarlo.

Las distintas escuelas opinan de forma divergente con respecto a cuál debe ser la identidad del analista. La escuela kleiniana postula mantener una identidad basada en la epistemofilia, la investigación y el interés por la mente del otro. La escuela independiente busca una identidad analítica flexible negociada con el paciente para crear y practicar nuevas formas de relación. Así pues, estas diferencias teóricas llevan a marcadas diferencias en la técnica.

1- Los kleinianos usan los sentimientos del analista como una fuente de material de análisis, indicador de los enactments en los que se han enredado, un complemento a las asociaciones libres del paciente. Para la escuela independiente, los sentimientos son un factor importante (quizá el factor) a la hora de crear el ambiente terapéutico.

2- El objetivo del análisis desde el punto de vista kleiniano es saber qué es lo que ocurre. Para la escuela independiente se trata de conseguir una nueva relación más que una nueva introspección.

3- La clara delimitación de los roles desempeñados por ambos participantes en un análisis kleiniano refleja su asunción teórica de unos límites del yo claros en el nacimiento; mientras que para muchos independientes, las mutuas construcciones del interjuego en el encuadre analítico se corresponderían con una fase postnatal inicial de omnipotencia infantil fusionada.

4- Para los kleinianos, los enactments inconscientes del analista, pueden ser informativos, pero sólo si alcanzan la conciencia del analista y por ello atraen una valoración negativa. Por otro lado, la visión de un momento creativo conjunto entre dos participantes fusionados, hace posibles formas positivas de enactment en la escuela independiente.

En general, la contratransferencia mantiene la cualidad de “patológica” en la tradición kleiniana, aunque con el potencial de ser convertida en fuente poderosa de conocimiento sobre la patología específica. En la tradición independiente “de Ferenczi” tiene un valor añadido; ofrece al paciente un campo en el que adquirir, con el analista, la experiencia de auténtica creatividad interpersonal.

## **PSICOLOGÍA DEL YO**

Los seguidores de esta corriente se sumaron a la noción Freudiana de contratransferencia como una simple interferencia y escribieron muy poco sobre el tema.

Hartman y Rapaport enfatizaron el papel del yo en la reducción de la pulsión, la eliminación de la libido del

sistema. Sus teorías fueron un producto de injertar de forma creativa ambos modelos freudianos, el modelo energético en el modelo estructural. El análisis del analista era la clara respuesta a la contratransferencia. El analista debía ser capaz, como si se tratase de una determinación consciente, de desprenderse de su experiencia. Mantienen pues, la regla de abstinencia, la noción de “pantalla en blanco” de la técnica analítica.

Basan sus argumentos en la existencia de funciones autónomas dentro del yo (Hartmann, 1939) que no están sujetas a los conflictos neuróticos del complejo de Edipo. La tarea del Psicoanalista es expandir la esfera operativa autónoma libre de conflicto del paciente. La función analítica y la interpretación proceden de la esfera libre de conflicto de la actividad del yo (o deberían).

## **COMPARACIONES CRÍTICAS**

Existen grandes diferencias entre Klein, quien tomó el modelo estructural como la liberación de la física de la libido, frente a una corriente que pretende integrar ambos. Así:

1- Para la psicología del yo, el principal objetivo del aparato mental es la reducción de la pulsión mientras que Klein pone más énfasis en la resolución de conflictos.

2- Las áreas autónomas libres de conflicto de la psicología del yo no existen en la escuela kleiniana y de las relaciones objetales; esto se aplica igualmente al yo del analista. El yo está sujeto a potenciales conflictos en todas las áreas de funcionamiento.

3- Por tanto, la contratransferencia es un impedimento para el funcionamiento libre de conflicto según la psicología del yo, mientras que es un detector sensible en la teoría kleiniana y muchas de las corrientes de las relaciones objetales.

## **LOS FREUDIANOS CONTEMPORÁNEOS DE LONDRES**

Se les identificó durante mucho tiempo con la psicología del yo norteamericana, pero más recientemente han hecho aproximaciones teóricas a la corriente de las relaciones objetales británica y especialmente a las ideas kleinianas.

Han estado muy influidos por el concepto de identificación proyectiva como elemento significativo en la contratransferencia. Sandler (1993) se refiere a una forma refleja primitiva en la que todo el mundo empatiza o íntima con las emociones de otros e incluso con sus apuros, a la que se le han dado diferentes nombres dependiendo de quién la haya estudiado: “simpatía pasiva primitiva” (McDougall, 1909); “identificación primaria” (Freud, 1923); “duplicación de la resonancia” (Weiss, 1960), o el término preferido de Sandler: “identificación primaria recurrente”.

Este “eco” en el analista de los sentimientos y la conducta del paciente ha influido mucho en la concepción de Sandler de las interacciones transferenciales-contratransferenciales. 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.

La proximidad con el pensamiento de Klein ha hecho que los kleinianos reconozcan recientemente las equivalencias entre sus términos y los de Sandler al mismo tiempo que éstos se usan cada vez más en la psicología del yo norteamericana, especialmente en los intersubjetivistas (por ejemplo, Renik, 1993; Ogden, 1994).

También los intersubjetivistas han influido en el grupo londinense, especialmente en la teoría de la mentalización de Fonagy (1991), quien define la capacidad de mentalizar como la capacidad de concebir estados mentales conscientes e inconscientes en uno mismo y en los otros. Es un paso crucial en el camino del niño hacia el mundo psicológico, la conciencia emergente de otras personas que también tienen mente, un problema con el que los pacientes borderline, según Fonagy, todavía siguen lidiando. Es una concepción que claramente se solapa con la “posición depresiva” kleiniana.

El reconocimiento de la mente del analista por parte del paciente como elemento clave de su realidad

externa, apunta hacia el interés actual de los kleinianos en la contratransferencia y las interpretaciones centradas en el analista.

A nivel teórico, los kleinianos pueden discrepar en cuanto al momento en el que se produce la mentalización. Desde su punto de vista, hay una idea potencial de la mente del objeto muy temprana, probablemente al nacimiento (una preconcepción innata).

Para Sandler, el trabajo en la clínica actúa como una fuerza motivacional para la aproximación entre las corrientes kleinianas, algunos de los freudianos clásicos de Londres y miembros de la psicología del yo, particularmente los intersubjetivistas.

## **ABANDONO DE LA PSICOLOGÍA DEL YO**

La aplicación meticulosa del modelo energético y la preponderancia dada a la precisión técnica frente a la observación clínica, llevaron a una sensación mecanicista sobre la práctica de los psicólogos del yo, empujando al analista demasiado lejos de la experiencia del paciente en palabras de Kohut.

Desde mediados de los 70 se han desarrollado nuevos marcos teóricos que han reexaminado la contratransferencia, dando en general más énfasis a aspectos relacionales o comunicacionales del encuadre psicoanalítico. Dos tendencias emergen: la psicología del self y los intersubjetivistas.

## **PSICOLOGÍA DEL SELF**

La psicología del self continúa considerando la contratransferencia como una interferencia neurótica con el propósito de añadir la relación con el self al psicoanálisis clásico. La contratransferencia sería una interferencia que altera la calma de un espacio dedicado a la escucha empática y a proporcionar la experiencia especular al narcisismo del paciente.

Esta contratransferencia especular puede constituir:

- el self, volviendo a desempeñar una función de autoobservación para el paciente, o
- una oportunidad de fusión grandiosa con un objeto percibido como ideal

## **LA CONTRATRANSFERENCIA NEURÓTICA CONTAMINA ESTE PROCESO.**

El paciente puede estar dividido entre la transferencia y la alianza terapéutica (el aspecto libre de conflicto del yo), y el analista entre la contratransferencia (neurótica) y la empatía. La empatía del analista confronta al self narcisista del paciente. En la psicología del self esta confrontación, quizás por sí sola, es curativa.

Esto llevaría a un estilo de trabajo más abierto, interactivo, menos dedicado al insight y más a experiencias correctivas basadas en la empatía del analista (Bacal, 1990).

## **COMPARACIONES CRÍTICAS:**

Hay claros puntos de comparación entre el concepto de empatía y el de contratransferencia según otras corrientes.

1- La experiencia del self surge a través de la experiencia del otro no sólo de su conocimiento. Esto da a la contratransferencia un papel prioritario en la cura. Las experiencias de paciente y analista se aproximan a las concepciones de los independientes británicos.

2- El déficit ambiental tiene mayor importancia que el conflicto, y las implicaciones para la contratransferencia son que se necesita una empatía libre de conflicto y que quizás sea suficiente para la cura.

3- La noción de la especularización está implícita en las psicologías del desarrollo de Winnicott y Lacan. Como Winnicott, Kohut considera esto una experiencia beneficiosa para el paciente a la hora de desarrollar su identidad del self. Por otro lado, Lacan lo considera una imposición maligna pero necesaria de la sociedad sobre el niño por desarrollar.

## **INTERSUBJETIVISTAS**

Son herederos de la psicología del yo y comparten con la psicología del self su énfasis en el sujeto, la subjetividad del paciente y la del analista. La presión social (quizás democratizante) hacia la igualdad en la relación entre paciente y analista, ha influido en la concepción de mutualidad entre compañeros.

Según ellos, la psicología del yo fracasó en la investigación del modo en que el observador afecta al observado en psicoanálisis (Atwood & Stolorow, 1984; Stolorow et al., 1987).

A veces parecen próximos a la tradición independiente británica y otras a los mecanismos primitivos subrayados por los kleinianos (Ogden, 1994).

Ogden describió un marco específico para pensar cómo el paciente y el analista, como sujeto y objeto interdependientes (transferencia y contratransferencia), se unen para formar un “tercer objeto” o el tercero analítico creado conjuntamente (Ogden, 1994).

La experiencia del analista (contratransferencia en el sentido más amplio) contribuye a formar un cuerpo de hechos clínicos intersubjetivos.

El énfasis terapéutico reside en la concepción de que la subjetividad individual está dentro del contexto intersubjetivo. Eso lleva a reexaminar a Sullivan y la larga tradición del psicoanálisis interpersonal (Levenson, 1984; Cushman, 1994). Sin embargo, el foco terapéutico en los intersubjetivistas está en el contexto del psicoanálisis (siendo este el analista con el que interactúa), mientras que los interpersonalistas lo ubican en el contexto social, fuera del análisis. Su foco en la interpretación en el aquí y ahora los aproxima a todas las escuelas británicas.

## **COMPARACIÓN CRÍTICA**

Ciertos aspectos de su abordaje contrastan con los interpersonalistas y las escuelas británicas de relaciones objetales:

1- Muchos de los intersubjetivistas se apoyan en la noción kleiniana de identificación proyectiva en la exploración del espacio interpersonal pero rechazan el rol de destructividad del concepto kleiniano.

2- Tienen a descartar la extra-transferencia, el material extra-relacional, en favor del momento creado mutuamente. Esto contrasta con el uso kleiniano de la transferencia como la “situación en su totalidad”.

3- Se alejan de la noción de la persona como unidad sellada característica de la psicología individual, foco de la práctica psicoanalítica de la mayoría de las escuelas.

4- A diferencia del psicoanálisis interpersonal, enfatizan el aquí y ahora terapéutico (como los británicos).

5- Se alejan del postulado de la psicología del yo de una relación con el self, en forma de objeto del self.

## **LACAN**

Para Lacan, la transferencia y la contratransferencia son igualmente sospechosas. Las relaciones interpersonales significan la imposición de lo social sobre lo individual. Según él la psicología del yo se aleja mucho de la esencia del psicoanálisis y aunque está más próximo a los intersubjetivistas, sus construcciones teóricas son muy diferentes. Tomó una postura políticamente radical. Describió la socialización del niño como una imposición del mundo simbólico estructurado de la sociedad sobre una inocencia aparentemente prístina. Sería el choque entre el orden imaginario y el orden simbólico, fuertemente impuesto por el lenguaje. En el psicoanálisis como en la infancia, el analista (padre) siempre “gana”.

El niño se conoce a sí mismo sólo al ser percibido y estructurado por la percepción de los otros. Es consciente de sí mismo al ser consciente de los otros, de la conciencia de los otros sobre él mismo. Lacan llamó a esto la fase de espejo (1949). Lo mismo se aplica al análisis. El paciente aumenta el conocimiento de sí mismo sólo a través del conocimiento estructurado de su analista.

Lacan prescindió del término contratransferencia basándose en la idea de reciprocidad que transmitía, cuando para él era una relación que distaba de ser igualitaria.



Lacan se preocupó especialmente de los deseos del analista tanto como de los de los pacientes. Los deseos del paciente claramente incluyen el primitivo deseo transferencial de ser el objeto de deseo del analista. El analista desea ser un buen analista, curar al paciente y puede que avanzar en el propio psicoanálisis. En su formación se le exige socialmente ser “el sujeto de supuesto saber” (Lacan, 1949). Esto implica una negociación destructiva sobre la posesión del conocimiento del paciente. El paciente es el foco de la satisfacción del deseo del analista, y dada la posición de privilegio de este, puede llevarle potencialmente a su propia satisfacción, lo que hace que el paciente esté alienado de sí mismo.

Aunque su visión de la contratransferencia como una interferencia directa en el paciente deriva de la posición freudiana clásica, Lacan rechaza el principio de la neutralidad (Evans, 1996).

Al igual que Heimann, aceptó que el analista tiene sus propias reacciones pero según Lacan, el análisis del analista solo hace que su deseo sea más aparente y abierto. En su lugar plantea que el analista adopte un nuevo deseo, “el deseo de analista”. Sería como un anti-deseo, deseo de no desear la cura etc., de no imponerse sobre el paciente. Esta paradoja aparece también en la contradicción de su ortodoxo intento de evitar imponer la poderosa posición como el objeto de transferencia (deseo), al mismo tiempo que impone de forma completamente arbitraria el tiempo de la sesión, que está completamente en manos del analista (Spero, 1993).

## COMPARACIONES CRÍTICAS

1- La visión de Lacan de las modificaciones por el analista de las experiencias no formuladas del paciente recuerdan a la instrucción de Bion de abandonar la memoria y el deseo. La idea de contención de Bion, permite tanto el potencial para una solución creativa como la posibilidad de un temor innombrable, mientras que para Lacan sólo lo segundo puede anticiparse.

2- La presencia social de la persona en el mundo simbólico del lenguaje es sólo persecutoria.

3- Winnicott (1967) aceptó la visión de Lacan del papel del otro como un espejo definitorio para el niño. Como él, defendía que era una fase necesaria y una función del objeto. Pero a diferencia de Lacan, le atribuye una cualidad no complicada y beneficiosa.

4- La sospecha de Lacan de los rasgos de carácter impuestos y un autorreconocimiento fallido (Grotstein, 1994), se asemeja a la experiencia de “falso self” de Winnicott.

5- El énfasis cognitivo de Lacan contrasta con la mayoría de las corrientes psicoanalíticas donde las emociones son el motor de los deseos o de las relaciones y el foco de la interpretación.

La sospecha de Lacan de la vulnerabilidad del individuo frente a la distorsión ejercida por la poderosa posición del analista, prácticamente anula la posibilidad de cualquier actividad profesional, en opinión del autor.

## COMENTARIO PERSONAL

Tras hacer un recorrido teórico por la visión de las distintas escuelas, es revelador que en la conclusión, el autor incida tanto en el término “identidad del analista”, y que especifique más aún: identidad profesional e identidad personal.

Finaliza esta revisión conceptual aterrizando en la importancia de la singularidad de esta identidad personal - “pero, ¿qué persona es esa?”, ¿quién es este analista? se pregunta el autor-, señalando cómo en la respuesta a estas preguntas aparecen de nuevo las divergencias entre las distintas corrientes. Sin embargo, como dice Hinshelwood, todas las escuelas de los últimos cincuenta años, han tenido que asumir que la identidad del analista incluye a una “persona que siente”.

En gran medida, el artículo representa una ejemplificación de un aspecto largamente defendido desde el enfoque Modular-Transformacional (y otros foros): la influencia de la posición teórica del analista en la práctica clínica, y cómo esa posición deviene en un punto ciego para el propio analista.

Centrémonos, ya que el capítulo se titula “contratransferencia”, en la singularidad del terapeuta. Además de la identidad personal del analista, Hinshelwood habla de la identidad profesional. Perteneciendo a un enfoque determinado, compartimos muchos aspectos de nuestra identidad profesional y manejamos

conceptos comunes frente a diferentes situaciones clínicas. Pero procedemos de diferentes corrientes, incluso de diversas carreras profesionales, es más, llegamos a un enfoque en momentos distintos de nuestra formación y en etapas distintas del desarrollo del enfoque, todo ello mantiene la singularidad de la identidad profesional dentro del modelo común.

La visión de los procesos contratransferenciales en el enfoque modular-transformacional resulta abarcativa de posiciones teóricas de otras escuelas en un modelo de gran complejidad. Como exponía José Antonio Méndez (2007) en una conferencia reciente:

Las posibilidades de investigación del vínculo terapéutico se amplían de modo importante cuando trabajamos con un modelo dimensional del psiquismo (el psiquismo del paciente y también el del analista). Cada una de las dimensiones, así como sus posibles articulaciones, ofrece una cara de la poliédrica relación que a lo largo de cualquier proceso se establece entre paciente y analista. Por ejemplo, si tomamos tan sólo la dimensión de la modularidad del psiquismo, pensemos en la gran cantidad de posibles encuentros que podemos tener según el tipo de sistemas motivacionales predominantes en cada uno de los componentes de la díada terapéutica, el modo en que se potencian o inhiben entre sí, el grado de acople entre ambos, etc.

Otro aspecto para nuestra reflexión es que en la mirada retrospectiva, algunas concepciones pueden resultar llamativas por limitadas, hecho paradójico si pensamos que todas han contado o cuentan con terapeutas y teóricos brillantes que han contribuido a ayudar a infinidad de pacientes y a desarrollar el cuerpo teórico del psicoanálisis. Este hecho debería actuar como estímulo para mantener una actitud, en la medida en la que cada uno seamos capaces, de reflexión sobre el impacto que el modelo desde el que pensamos el psiquismo y el proceso terapéutico tiene en dicho proceso. Mantenernos alerta sobre la posible existencia de puntos ciegos, puede ayudarnos a minimizar estos, y también, quizás, como de Iceta y Méndez (2002) proponen en su trabajo sobre el análisis de los sueños, a acceder a algunos de ellos en el curso del tratamiento, amén de contribuir al desarrollo del enfoque al que pertenecemos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Moreno, E. "A propósito del concepto del Enactment". Aperturas Psicoanalíticas nº 4, Abril 2000.
- De Iceta, M., Méndez Ruiz, J.A. "El análisis de los sueños desde el enfoque modular-transformacional: una propuesta para una técnica específica". Aperturas Psicoanalíticas nº13, Marzo 2003.
- Méndez Ruiz, J.A. "Intervenciones técnicas sobre los diferentes procesos transferenciales contratransferenciales". Comunicación personal. Curso de Formación de la Sociedad FORUM de Psicoterapia Psicoanalítica: La técnica analítica hoy. Enero 2007.
- Sandler, J. "Countertransference and Role-Responsiveness". The International Review of Psycho-Analysis, 3:43-47,1976.

**Para las citadas en el resumen remito al trabajo original**

**M<sup>a</sup> Ángela Soler Roibal [xelasoler@ya.com](mailto:xelasoler@ya.com)**

**<http://www.aperturas.org/25soler.html>**

**Revista de Psicoanálisis. Abril 2007 - No. 25**

*Volver a Artículos Clínicos*

**PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE**

**<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>**

**Contacto: [alsfchile@alsf-chile.org](mailto:alsfchile@alsf-chile.org).**