

CONTRATRANSFERENCIA^{1,2}.



Paula Heimann (Londres)

Acepté gustosamente tomar parte en este symposium, y pienso que los recuerdos de la anterior ocasión en la cual el Dr. Fordham y yo cambiamos opiniones, influyen positivamente en esta disposición mía.

Además, fue bienvenida para mí la oportunidad de volver a pensar acerca de un problema que entra tan fundamentalmente en nuestro trabajo diario y de revisar mi trabajo anterior sobre contratransferencia al que se refirió el Dr. Fordham, comparando mis opiniones tal como las expresé entonces (Heimann, 1950), con mis opiniones presentes y las de otros investigadores. Me gusta pensar que mi trabajo estimuló discusiones. Varios trabajos han aparecido después aportando importantes contribuciones.

Mi breve trabajo surgió de ciertas observaciones que me llevaron a prestar mayor atención a los problemas de la contratransferencia.

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. Pero no era sólo que perdieran sensibilidad en la percepción de los acontecimientos de la situación analítica, al preocuparse tanto por combatir a sí mismos, sino que utilizaban también defensas contra el paciente, escapándose en la teoría, o en el pasado lejano del paciente, y proporcionando hábiles interpretaciones intelectuales. Más aún, tendían a pasar por alto o a omitir comentarios acerca de la transferencia positiva con sus fantasías sexuales inherentes, y a seleccionar arbitrariamente los elementos de la transferencia negativa, porque se encontraban entonces más seguros de alcanzar su meta de “frío desapego”. Les escapaba el hecho de que mucho de la agresión que ellos veían, era la reacción del paciente al sentirse rechazado e incomprendido

A menudo, cuando las interpretaciones de un candidato me parecían estar fuera de todo rapport con su paciente, le preguntaba lo que él había sentido realmente. Y surgía con frecuencia que, en sus sentimientos, había registrado adecuadamente el punto esencial. Podíamos ver entonces que, si hubiera aceptado sus sentimientos y si los hubiera tratado como una respuesta a un proceso dentro del paciente, hubiera tenido una buena posibilidad de descubrir a lo que había respondido. Naturalmente, en tales oportunidades, el candidato se daba también cuenta de sus problemas personales no solucionados que producían la transferencia de él hacia su paciente, lo que permitía llevar a su análisis uno de los aspectos útiles de la experiencia del control.

Sin embargo, sería equivocado considerar los problemas de la contratransferencia meramente como dolores de crecimiento de los principiantes. Los he encontrado en mi propio trabajo, y, aun analistas de muchísima experiencia, anteriores a mí, han mencionado estas dificultades.

Quisiera recapitular rápidamente los principales puntos que sostuve en mi anterior trabajo.

1.- Presentado en la primera parte de un symposium sobre la contratransferencia organizado por la sección médica de la Sociedad Británica de Psicología, Londres 28 de octubre de 1959.

2.- Publicado en el “British Journal of Medical Psychology”, 33, 9, 1960.

La situación analítica es una relación entre dos personas. Lo que diferencia esta relación de otras no es la presencia de sentimientos en uno de los “partners”, y su ausencia en el otro, el analista, sino el grado de sentimiento que experimenta el analista y el uso que hace de sus sentimientos, siendo estos factores interdependientes. 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.

Al mismo tiempo que esta atención libre tranquilamente flotante que habilita al analista para escuchar simultáneamente en muchos niveles, necesita una sensibilidad emocional libremente despierta para poder percibir y seguir de cerca los movimientos emocionales y las fantasías inconscientes del paciente. Comparando los sentimientos despertados en sí mismo con el contenido de las asociaciones de su paciente y las cualidades de su humor y de su comportamiento, el analista posee el medio de averiguar si ha entendido a su paciente o si no pudo lograrlo.

Sin embargo, ya que las emociones violentas de cualquier clase borran la capacidad de pensar claramente e impulsan hacia la actuación, resulta que si la respuesta emocional del analista es demasiado intensa, fallará en su objetivo.

En la mayoría de los aspectos de su trabajo, el analista experimentado tiene una sensibilidad emocional extensiva más que intensiva discriminativa y móvil, y sus sentimientos no son vivenciados como problema. Sus herramientas están en buen orden de trabajo. Pero se producen situaciones en las cuales se da cuenta que se enfrenta en una forma embarazosa y perturbadora con sentimientos algo intensos de angustia o de preocupación que parecen inapropiados con relación a su juicio acerca de los acontecimientos de la situación analítica. Espera, pues -y esto es lo que debe hacer para no interferir con un proceso en desarrollo en sus pacientes y para no oscurecer aún más una situación ya embarazosa con interpretaciones inadecuadas y mal orientadas- y llega el momento en que entiende lo que estaba pasando. En el momento en que entiende a su paciente, entiende también sus propios sentimientos, la perturbación emocional desaparece, y puede verbalizar el proceso crucial del paciente en una forma que éste pueda entender.

Di un ejemplo de esta clase, que podía describirse brevemente. Pude haber dado otros, que, sin embargo, hubieran necesitado un relato mucho más extenso. Me di cuenta que el Dr. Fordham también se ha familiarizado con el problema de elegir ejemplos clínicos.

Mi conclusión anterior era que la contratransferencia representa un instrumento para la investigación de los procesos inconscientes del paciente, y que la perturbación de mis propios sentimientos se debía a un retraso temporal de la comprensión consciente con relación a la inconsciente. No traté entonces de investigar los motivos de este retraso temporal, ni traté de hurgar en la contribución de la transferencia en estos sentimientos perturbados ya que mis objetivos principales eran desenmascarar el fantasma del analista “sin sentimientos”, inhumano, y mostrar la significación operacional de la contra-transferencia.

Al pasar, puedo mencionar que tuve la oportunidad de comprobar que mi trabajo había también provocado ciertas equivocaciones en algunos candidatos, quienes, apoyándose en aquel trabajo para justificarse, sin suficiente sentido crítico, fundamentaban sus interpretaciones sobre sus sentimientos. Respondían a cualquier pregunta “mi contra-transferencia”, y parecían poco propensos a cotejar sus interpretaciones con los datos reales de la situación analítica.

En vista a la interdependencia de los conceptos de transferencia y contratransferencia, quisiera retrotraerles por un momento hasta la era preanalítica, hasta el período en que Freud todavía no había descubierto la transferencia. El terapeuta estaba en el papel de un ayudante amistoso que animaba a la paciente a recordar todo lo relacionado con su dolencia, sus síntomas histéricos, y que facilitaba el recuerdo mediante la hipnosis. Las emociones violentas que acompañaban el recordar de la paciente, se dirigían hacia sus objetos pasados, y, una vez descargados, la paciente se sentía notoriamente mejor. Este alivio, manifiesto y a veces altamente dramático, era debido evidentemente al procedimiento del médico, y probaba su eficacia. Paciente y médico estaban unidos en su propósito, en un mismo bando, en contra de los objetos pasados de la paciente, que aparecían en sus recuerdos, y hacia quienes ella dirigía toda la fuerza de sus afectos e impulsos.

El descubrimiento revolucionario de la transferencia por Freud cambió fundamentalmente la situación del tratamiento. Este es el punto que desearía enfatizar: con el reconocimiento de la transferencia, las exigencias que su trabajo demanda al analista se incrementaron desmesuradamente.

De ahí, como nos lo recordó el Dr. Fordham, la institución del análisis didáctico, para el cual Freud dio su reconocimiento explícito a la “Escuela Suiza de Analistas”. Al pasar, quisiera hacer notar un error de Jung al pensar que Freud no se dio cuenta de la universalidad de la transferencia. Lo que Freud recalcó en realidad fue que, en otras formas de terapia, la transferencia no era reconocida.

Mientras el terapeuta no hacía más que administrar un agente terapéutico a su paciente, en este caso la exhortación a dejar sus recuerdos aparecer en la conciencia y a descargar sus afectos estancados dirigidos hacia sus objetos pasados, su formación psiquiátrica corriente había bastado. Pero cuando la relación paciente-médico se volvió el escenario en el cual el paciente actuaba sus impulsos violentos, inconscientemente convencido de que se originaban actualmente y realmente en las actividades y la conducta del analista, el terapeuta mismo se volvió agente terapéutico y necesitó una formación especial para protegerse a sí mismo y al paciente contra su implicación emocional y su reacción a la actuación del paciente.

El concepto de contratransferencia fue presentado por Freud en forma muy breve. La describió como “el resultado de la influencia del paciente sobre los sentimientos inconscientes del analista” y exigió que se le reconociese y superara. Muchos analistas consideran la contratransferencia nada más que como la transferencia de parte del analista, y creo que se sienten apoyados por el hecho de que Freud se refirió a ella sin definirla y asociándola a una advertencia ya familiar en el caso de la transferencia.

Sostengo, ya lo mencioné, que, como parece implicarlo el prefijo “contra” existe un factor adicional además de la transferencia, y que éste tiene un significado operacional específico.

En la literatura, más recientemente, se han hecho algunos intentos de definir la contratransferencia. El tiempo no me permite una enumeración completa, pero quisiera mencionar con algún detalle el artículo de Gitelson (1952). Este distingue las reacciones al paciente como un todo de las reacciones a aspectos parciales del paciente. Las primeras se producen desde el principio del contacto del analista con su paciente y persisten durante los períodos iniciales del análisis. Gitelson habla del “análisis de ensayo”. Estas reacciones, dice, “derivan su carácter perturbador del hecho de que emanan de un resto neurótico de potencial transferencial” (en el analista). Si esto es tan fuerte que el analista no puede resolverlo, y si en el análisis de ensayo el paciente no manifiesta progresos,³ el analista deberá sacar en conclusión que no sirve para ese determinado paciente, y enviarlo a otro analista.

Las segundas, las reacciones a aspectos parciales del paciente, aparecen después, una vez establecida la situación analítica; constituyen las contratransferencias reales. “Incluyen la reacción del analista: 1) a la transferencia del paciente, 2) al material que trae el paciente, y 3) a las reacciones del paciente al analista como persona.

El hecho de que un analista es potencialmente capaz de producir las mencionadas reacciones indica que él mismo no está “completa y perfectamente realizado”. Como lo ha mostrado Freud, el análisis es interminable. Pero el resultado del análisis del analista es que es capaz de continuar su análisis. Gitelson emplea la expresión “un estado espontáneo de continuación del análisis personal”. Toda situación analítica presenta al analista la tarea de “integrarse a sí mismo racionalmente frente a las dificultades”. La contratransferencia, tal como la define Gitelson, representa la activación de aspectos no analizados y no integrados del analista. Sin embargo, ya que esto ocurre sólo en forma episódica, en una relación reconocida y específica con el material del paciente, y ya que, además, algunas de las manifestaciones son groseramente sintomáticas, hay poco peligro de que el analista las pase por alto y se abstenga de analizar en sí mismo sus propias actitudes. Mediante el análisis de su contratransferencia el analista puede por lo tanto “reintegrar su

3.- Gitelson hace un aporte muy interesante al describir ejemplos de esta clase. Una indicación de que este análisis de ensayo no es una empresa favorable, reside en los sueños del paciente que, sin ningún enmascaramiento, retratan al analista como estando dedicado a una actividad obviamente dañina para el paciente.

posición como analista, y... utilizar el factor perturbador... con el propósito de analizar su explotación por parte del paciente”.

Expuse estos puntos del trabajo de Gitelson porque ofrece muchos esclarecimientos, y porque hay mucho en común entre sus opiniones y las mías. Hay también algunas diferencias importantes.

Para los analistas que, como yo, no adoptamos el procedimiento de empezar con un análisis de ensayo, la primera entrevista diagnóstica debe decidir no sólo el diagnóstico psiquiátrico del paciente, sino también contestar las dos preguntas siguientes: 1) ¿Puede el paciente ser ayudado por el análisis? 2) ¿Puede ser ayudado por mí como su analista? Puede ocurrir que la primera pregunta sea contestada por “sí”, y la segunda por “no”. En tales casos, el paciente debe ser enviado a otro analista.

El concepto de Gitelson de un “resto neurótico de potencial transferencial” en el analista, ofrece una distinción valdadera entre transferencia y contratransferencia. Pero, ya que en la contratransferencia, como lo muestra Gitelson también, los elementos neuróticos en el analista están activos, me pregunto si el factor esencial que hace la diferencia es cualitativo. En mi opinión, lo decisivo es el aspecto cuantitativo. Si hay en el analista una inclinación y una habilidad para proceder al necesario autoanálisis, mayores en un caso que en el otro, es porque en este caso particular sus angustias subyacentes y las defensas que erige contra ellas son menos fuertes.

Esto me lleva de vuelta a ciertos puntos de mi trabajo anterior, donde, en vez de definir la transferencia y la contratransferencia en los sentimientos del analista, puse el énfasis sobre su posible utilidad, residiendo el criterio, por lo tanto, en su intensidad. En otras palabras, desde el punto de vista del paciente, no importa mucho en qué fuente se originan los sentimientos del analista, con tal de que el analista no use defensas que perturben su percepción. El manejo de sus sentimientos forma parte del proceso de reintegración (Gitelson, 1952) y del comprender a su paciente (Heimann, 1950).

Si bien una distinción conceptual entre transferencia y contratransferencia es posible, en la experiencia real ambos componentes están fusionados. Es verdad que el potencial transferencial se manifiesta en forma muy evidente en la primera entrevista con un paciente o durante el análisis de ensayo, como lo muestra Gitelson. Pero pienso que es también activo en los episodios ulteriores del análisis establecido. En mi experiencia, cuando examiné, después de ocurridos (siendo la visión a posteriori proverbialmente fácil) incidentes de la contratransferencia, utilizados con éxito como indicaciones de los procesos del paciente, llegué a la conclusión que el retraso temporal entre mi comprensión inconsciente y consciente era debido en parte a factores transferenciales que no había reconocido en el momento.

Varios autores han planteado la conveniencia de comunicar al paciente, o no, las veces en las cuales la contratransferencia ha afectado la actitud del analista.

Expresé la opinión de que una comunicación de esta clase constituye la confesión de elementos personales que pertenecen al analista; significaría pues un fardo para el paciente y lo apartaría de su análisis. Por lo tanto, no debiera hacerse tal comunicación.

Gitelson (1952) y Margaret Little (1951) sostienen ambos que debe hacerse esa comunicación. Rechazando la idea de confesión, Gitelson dice: “En tal situación, uno puede revelar de sí mismo cuanto sea necesario para propiciar y apoyar el descubrimiento por el paciente de la realidad de la situación interpersonal en contraste con la situación transferencial-contratransferencial”. La Dra. Little compara esto con los errores del analista acerca del tiempo o de las cuentas. Recomienda que se mencione explícitamente “su origen en la contratransferencia inconsciente”. Más aún, examina la posibilidad de que el análisis de la contratransferencia pueda llevar el análisis a profundidades mayores, como lo hizo el análisis de la transferencia. Ambos autores recomiendan mucha cautela, se dan cuenta de los posibles abusos, y previenen en contra del “acting out en la contratransferencia”.

Difícilmente plantea un problema el hecho de que los errores que cometió el analista deban ser reconocidos. Tampoco constituye una dificultad, excepto si la necesidad subjetiva del analista en ser honesto juega, inconscientemente, un papel en ello. El error puede referirse al dinero, al tiempo, o a una interpretación.

Sin embargo, la manera en que se hace es determinada por un problema más hondo y fundamental: el

papel atribuido al analista como persona real.

Quisiera retomar aquí las expresiones del Dr. Fordham acerca de la personalidad del analista y de su contribución al proceso terapéutico.

Habló del “estadio de transformación”, durante el cual la personalidad total del paciente y del analista están comprometidas. En sus análisis de un ejemplo de “contratransferencia sintónica”, define la interpretación adecuada, o una parte de ella, como sigue: “Ahora veo por qué no contesto a sus preguntas, es lo mismo que pasaba con su padre. Usted me ha hecho semejante a su padre por la misma persistencia de sus preguntas a las cuales usted no espera contestación”. Teniendo en cuenta las formulaciones teóricas anteriores del Dr. Fordham, supongo que el trozo “...por qué no contesto a sus preguntas” no es accidental, sino intencional y significativo. Diría también que posiblemente no estoy capacitada para apreciar completamente sus implicaciones, por no estar familiarizada con los trabajos de Jung.

El tipo de interpretación que yo daría se focalizaría sobre el preguntar de la paciente. Por qué pregunta ella, y no por qué yo no contesto. Así mismo, en cuanto a un error que yo hubiera cometido, dejaría claramente sentado que he cometido un error, y que, tal como me doy cuenta ahora, la cosa es distinta, y presentaría entonces la interpretación correcta. Si se trata de un error en el tiempo que provoque inconvenientes, diría “lo lamento” y ofrecería el remedio práctico. Un paciente tiene muchas oportunidades en su vida en las cuales una persona, excusándose por un error, dará los motivos de éste. Tiene, en cambio, la situación analítica solamente, en la cual su prerrogativa exclusiva y consistente es ser objeto de una investigación de motivos y significados.

Sostengo que, como persona real, el analista es tan útil al paciente como podrían serlo cualquier Juan o Pedro. Lo que lo hace de uso único para el paciente es su habilidad, que llegó a desarrollar mediante aquel entrenamiento especial que les recordaba. Mediante esta habilidad, es capaz de descubrir las razones y los significados en la vida de su paciente, las fuentes de sus motivaciones, la red compleja de su personalidad, inclusive las interacciones y oscilaciones entre las fantasías primitivas inconscientes y las percepciones y los juicios adecuados a la realidad. Puede descubrir, y presentar sus descubrimientos al paciente en una forma emocionalmente significativa y, por ello mismo, dinámicamente eficiente. Esta habilidad que posee el analista, y que no poseen Juan o Pedro, lo ubica en una posición única vis-a-vis de su paciente, que es necesaria y vale la pena preservar.

Para evitar malentendidos: la personalidad del analista es importante, ya que su habilidad (¿o quizá debiéramos decir su arte?) está condicionada por aquella en las formas más intrincadas y complejas. Es por esto que dijimos que la habilidad del analista es desarrollada por su formación, y no adquirida. Pero sólo mediante su arte debe expresarse la personalidad del analista.

Mucho de su personalidad se revela natural e inevitablemente en su apariencia, sus movimientos, su voz, su estilo, el arreglo de la pieza, etc. Todo esto ofrece al paciente perchas donde colgar sus especulaciones, sus fantasías y sus recuerdos. Lo mismo ocurre con los errores del analista. Los analistas no explican por qué tienen tal o cual mueble, aun si el paciente lo encuentra de mal gusto y lo juzga por lo tanto un grueso error. No veo por qué el analista tendría que cambiar de conducta cuando el error se produce en un episodio particular. A veces no puede impedir que lo que está haciendo revele efectivamente algo personal. Pero es un accidente desafortunado que, aun si no produce malos efectos, no altera el principio.

Daré un ejemplo. Inmediatamente antes de la sesión con un analista joven, me enteré de la muerte de otro analista, lo que me afectó profundamente. Consideré si sería necesario postergar la sesión, pero era demasiado tarde. La analizada comenzó su sesión como de costumbre. Dos veces, no pude seguirla y la pregunté qué había dicho. Cuando esto ocurrió por segunda vez, ella se disculpó, y dijo que debía ser muy poco clara ese día, y que algo debía andar mal en ella. Dije entonces que la culpa era mía, y mencioné que acababa de enterarme de la muerte de aquél analista. La analista joven, que no había tenido ningún contacto personal con aquél, expresó su pesar, agregando que ella sabía cuánto esto significaba para mí. El análisis que siguió trató el tema de mi duelo, que tenía una importancia grande y específica, considerando la historia de la paciente. Había perdido a su padre cuando era niña y el estado de viudez de su madre había sido objeto de un conflicto largo, variado e intenso. Luego, el análisis trató el tema de su conducta

al tomar sobre sí misma la culpa de un objeto (en este caso, la mía). Examinando más tarde la situación, vi posibilidades de tratarla sin hacer la comunicación personal que había hecho. Actúe como lo hice porque estaba perturbada. Incidentalmente, mi revelación de mí misma no le dio de hecho más información de la que hubiera adquirido ella misma. Se hubiera enterado del acontecimiento poco después de la sesión, y también de que yo, como pertenezco a la generación de analistas más antigua, estaría en duelo por la muerte de aquel analista. Hasta donde pude apreciar, mi perturbación y mi comunicación personal no habían hecho daño alguno a la paciente. Sin embargo, lo considero como una desviación de la sana técnica analítica.

A pesar de las múltiples e inevitables revelaciones de la personalidad “real” del analista, éste permanece sin-persona. Es el espejo que refleja al paciente. Por obra de la transferencia, el paciente repite su vida pasada, sus experiencias emocionales complejas con sus objetos y consigo mismo. Aún si el juicio del paciente sobre el analista es correcto, éste permanece como una figura del mundo interno de aquél, como algo que debe poder manipular según la dinámica de sus propios procesos internos, determinada por sus experiencias inconscientes y pasadas. La reserva del analista con respecto a su vida privada no tiende a la mistificación. Estímulos que tienen su fuente en la vida externa del paciente o en la situación analítica, producirán configuraciones específicas, y puede el analista ser retratado correctamente en algunas, y en otras tan fantásticamente distorsionado, que el hecho de que el analista es el objeto transferencial del paciente es obvio.

¿Sería posible, me pregunto, que podamos tolerar esto con mayor ecuanimidad si este objeto transferencial es distinto de la forma en que nos vemos a nosotros mismos? ¿Es ésta una experiencia de tanta inseguridad, cuando el paciente nos muestra que está poseyendo y manipulando nuestra persona real, como para que deseemos invocar la realidad de la “relación interpersonal” ordinaria con el fin de recuperar nuestra persona real en nosotros mismos?

El Dr. Fordham recomendó con razón que los analistas se den cuenta de sus experiencias irracionales. Como lo admitimos todos, ningún analista es completa y perfectamente analizado, y permanecen residuos neuróticos. ¿Cuál es el signo de la acción de nuestros residuos neuróticos? Pienso que la respuesta es sencilla: cada vez que sentimos la tendencia a salir de la situación analítica hacia una situación de relación interpersonal común. La Dra. Little habla de resistencia contratransferencial, aunque en un contexto distinto. Aquí deben mencionarse los peligros del análisis didáctico. Es fácil para el analista didáctico preocuparse por enseñar en vez de analizar y los contactos entre analista didáctico y candidato en la asociación o en las situaciones de enseñanza son intrusiones repetidas que pueden ser explotadas por factores inconscientes en ambos: analista y candidato.

Tanto el Dr. Fordham como yo misma hemos hecho remontar los sentimientos perturbados del analista en la contratransferencia hasta un retraso temporal entre la comprensión inconsciente y la consciente. Esto significaría que algo que el analista percibió ha pasado sin que se dé cuenta fuera del dominio del yo consciente, y en consecuencia se ha vuelto inaccesible. ¿Existen métodos para contrarrestar tal acontecimiento? Saliendo de los límites de este symposium, mencionaré mi opinión (1956) que 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.?

Siguiendo de cerca las expresiones verbales y el comportamiento del paciente, el analista encuentra entonces la interpretación transferencial dinámica que refleja al paciente para el paciente. Así el analista, actuando como espejo del paciente, lo hace como un yo suplementario para éste. Esto es el factor que, en mi opinión, hace que la repetición se transforme en modificación. Esto también es un asunto de habilidad del analista.

En conclusión, el mandamiento de Freud que la contratransferencia debe ser reconocida y superada,

es tan valioso hoy en día como hace cincuenta años. Cuando se produce, debe ser orientada hacia algún propósito útil. El autoanálisis y la autoformación continuados ayudarán a reducir la intensidad de los incidentes debidos a la contratransferencia.

Traducido por Willy Baranger

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Freud, S. (1910-19) Papers on technique. "Collected Papers", II. Hogarth, London.

Gitelson, M. (1952) The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation. "Int. J. Psycho-Anal.", 33, 1.

Heinmann, P. (1950) On counter-transference. "Int. J. psycho-Anal.", 31, 81.

Heinmann, P. (1956) Dynamics of transference interpretations. "Int. J. Psycho-Anal.", 37, 303.

Little, M. (1951) Counter-transference and the patient's response to it. "Int. J. Psycho-Anal.", 32, 52.

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.