

# La contratransferencia<sup>1</sup>

Lucia E. Tower

Traducción del inglés por Luana López Llera Y.

## I. Consideraciones teóricas

Hay menciones muy tempranas a la contratransferencia en la literatura psicoanalítica. En un principio, las referencias se limitaban a proclamar su existencia, con afirmaciones un tanto simplonas en el sentido de que los analistas, desde luego, podían experimentar reacciones transferenciales frente a sus pacientes. Poco más se decía al respecto, salvo la insinuación de que se trataba de reacciones de carácter dudoso que debían ser dominadas, y que la discusión pública de tales reacciones contratransferenciales, por parte de los analistas, podría resultar en una auto-evidenciación un tanto impúdica. Hace diez años, más o menos, comenzaron a aparecer algunos artículos sobre el tema. En términos generales, estos artículos han estado teñidos por una especie de vergüenza, como si hubiera imperfecciones mayúsculas en nuestros procedimientos terapéuticos, y —sin duda— ciertos fenómenos contratransferenciales son considerados en extremo censurables.

Hace poco, Douglas Orr<sup>2</sup> realizó una excelente revisión de la literatura sobre la contratransferencia. Yo me limitaré a hacer algunos comentarios someros de esta literatura, pues mi propósito principal es presentar algunas ideas propias sobre el tema, así como algunas historias detalladas de casos. Pese al gran acuerdo existente entre los analistas respecto a la transferencia, se han producido enormes divergencias en lo que a la contratransferencia se refiere. La primera mención que hizo Freud, en 1910, fue un tanto lúgubre: "Nos hemos visto llevados a prestar atención a la *contratransferencia* que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce

<sup>1</sup> Conferencia dictada ante la Chicago Psychoanalytic Society en mayo de 1955 y ante The American Psychoanalytic Association, en Nueva York, en diciembre de ese mismo año.

<sup>2</sup> Douglas W. Orr, "Transference and countertransference: a historical survey", *This Journal*, 2, 1954, pp. 621-670.

sobre su sentir inconsciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine".<sup>3</sup>

Resulta sorprendente que la existencia de un fenómeno natural e inevitable, tan cargado de posibilidades para el conocimiento, haya sido objeto de la censura durante cuarenta y cinco años. Me refiero al hecho de que nunca se ha pretendido que exista un analista tan perfectamente analizado que carezca ya de inconsciente o que deje de ser susceptible al surgimiento de impulsos instintivos y de las defensas que se erigen en contra de éstos. Incluso, la fraseología de nuestras prácticas didácticas desmiente la careta del analista perfecto. Afirmamos que el análisis personal de nuestro estudiante debe "servir como una experiencia de primera mano con el inconsciente", que debe otorgarle la posibilidad de "trabajar libre de sus propios patrones emocionales perturbados",<sup>4</sup> y que debe posibilitarle el continuar por sí solo con su autoanálisis. En ningún momento se plantea la expectativa de que haya sido perfectamente analizado. Además, nuestra recomendación de que los analistas se *reanalicen* en forma periódica presupone la existencia de un gran depósito inconsciente a partir del cual se pueden desarrollar nuevas respuestas neuróticas frente a las presiones emocionales que los pacientes analíticos ejercen sobre el inconsciente del analista.

Las nociones contradictorias acerca de la contratransferencia han abarcado un amplio espectro. En un principio llegó a pensarse que se trataba de la reacción emocional consciente del analista frente a la transferencia del paciente. Hubo posturas de que abarcaba cualquier reacción consciente o inconsciente respecto del paciente, ya fuera ésta normal o neurótica. También se pensó que era una construcción maquinal de la relación interpersonal entre paciente y analista que culminaba en un cuadro edípico esquematizado.<sup>5</sup> Tanto la disposición caracterológica como las excentricidades personales del analista estaban incluidas. Las reacciones frente al paciente en su totalidad eran consideradas transferencia, mientras que las reacciones frente a aspectos parciales del mismo eran catalogadas como contratransferencia. La angustia en el analista se ha tomado por común denominador de todas las reacciones contratransferenciales, y toda respuesta que provoca angustia en el analista es considerada contratransferencia. Finalmente, en algunos casos, sólo los impulsos sexuales hacia los pacientes han sido vistos como contratransferencia. Las principales diferencias se centran en "ver al analista como un espejo —versus el analista como ser humano".<sup>6</sup>

<sup>3</sup> Sigmund Freud, "Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica", *Obras Completas*, T. XI, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1999, p. 136.

<sup>4</sup> Reporte de The Committee on Training Standards, Board on Professional Standards, American Psychoanalytic Association, noviembre, 1953.

<sup>5</sup> H. Racker, "A contribution to the problem of counter-transference", *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 1953, pp. 313-324.

<sup>6</sup> Douglas W. Orr, *op. cit.*

La contratransferencia se considera simplemente transferencia —y nada más— en contraposición con la noción de que no sea transferencia y sea prácticamente cualquiera otra cosa.

Otras diferencias giran en torno a interrogantes respecto de si la contratransferencia debe o no discutirse con los pacientes,<sup>7</sup> de si la contratransferencia está siempre presente y es, por ende, razonablemente normal o si es en todo momento anormal. Varias veces se menciona el “*carry over*”<sup>8</sup> como particularmente ominoso en sus implicaciones. Casi invariablemente, hay prohibiciones explícitas contra cualquier manifestación contratransferencial erótica. Sólo una vez, creo yo, se sugiere que el análisis fracasará a menos que se produzcan periodos o instancias de *carry over*, y tan solo una vez, creo yo, se menciona que, en circunstancias normales y quizás incluso ventajosas, puede producirse algo similar a una neurosis de contratransferencia. Ambas propuestas son severamente criticadas.

La naturaleza prohibitiva de la literatura sobre el tema puede observarse en las citas típicas (ligeramente editadas) que se mencionan a continuación:

- Nuestra contratransferencia debe ser saludable.<sup>9</sup>
- Se presupone que las respuestas adecuadas son las que predominan.<sup>10</sup>
- Cuando menos cierto proceso de limpieza forma parte de la rutina obligada del analista.<sup>11</sup>
- La contratransferencia es igual a la transferencia —de ahí se desprende, en forma inmediata, que la contratransferencia es indeseable y un obstáculo.<sup>12</sup>
- El [error contratransferencial] debe admitirse para permitir que el paciente exprese su enojo, y él o ella está en su derecho de recibir alguna expresión de arrepentimiento por parte del analista.<sup>13</sup>
- No es seguro permitir que manifestaciones contratransferenciales, por más sutiles que sean, se deslicen sigilosamente en el clima interpersonal. El analista debe reconocer y dominar tales reacciones.<sup>14</sup>

<sup>7</sup> Algunas sugerencias en este sentido parecen aproximarse al nivel del “psicoanálisis salvaje”.

<sup>8</sup> *Carry over*: se refiere a los afectos que persisten en el analista en respuesta a, y después de, una entrevista analítica.

<sup>9</sup> E. F. Sharpe, “The psycho-analyst”, *International Journal of Psychoanalysis*, 28, 1947, pp. 1-6.

<sup>10</sup> L. Berman, “Countertransference and attitudes of the analyst in the therapeutic process”, *Psychiatry*, 12, 1949, pp. 159-166.

<sup>11</sup> E. Glover, *Technique of Psycho-Analysis*, International Universities Press, Nueva York, 1955.

<sup>12</sup> R. Fliess, “Countertransference and counteridentification”, *This Journal*, 1, 1953, pp. 268-284.

<sup>13</sup> M. Little, “Counter-transference and the patient’s response to it”, *International Journal of Psychoanalysis*, 32, 1951, pp. 32-40.

<sup>14</sup> F. Alexander, “Some qualitative aspects of psychoanalytic technique”, *This Journal*, 2, 1954, pp. 692-701.

Todas éstas —y otras actitudes similares— presuponen que el analista posee la habilidad para *controlar*, de manera consciente, su propio inconsciente. Tal suposición representa una violación de la premisa básica de nuestra ciencia —a saber, que los seres humanos poseen un inconsciente que no está sujeto a control consciente, pero que (por fortuna) sí es susceptible de investigación por medio de la neurosis de transferencia (y presumiblemente también de contratransferencia).

Se mencionan como pruebas típicas de la contratransferencia:

- angustia en la situación de tratamiento;
- sentimientos inquietantes hacia los pacientes;
- conductas o sentimientos estereotipados hacia los pacientes;
- respuestas de amor y odio hacia los pacientes;
- inquietudes eróticas, sobre todo ideas de enamoramiento hacia un paciente;
- *carry over* de afectos de la sesión analítica;
- sueños acerca de los pacientes y episodios de *acting-out*.

La literatura más reciente sobre este tema incluye un número de artículos perceptivos, ricos en material descriptivo y ejemplos clínicos, y su tono es mucho menos prohibitivo.

Yo emplearía el término de contratransferencia exclusivamente para aquellos fenómenos transferenciales del analista hacia su paciente. Mi opinión es que se producen múltiples desarrollos contratransferenciales, inevitables y muchas veces deseables, en cada análisis (algunos de ellos evanescentes, otros sostenidos), y que son el equivalente de los fenómenos de transferencia. Las interacciones (o intercambios) inconscientes entre la transferencia del paciente y la contratransferencia del analista bien pueden ser —o quizás siempre son— de vital importancia para el resultado del tratamiento. Las expresiones verbales intelectuales, esto es, las comunicaciones del paciente, y la actividad interpretativa del analista, representan el medio por el cual se desarrollan canales subyacentes de comunicación entre paciente y médico. Las interpretaciones por sí solas no curan. Además, ningún paciente, cuyo tratamiento haya sido exitoso, recordará a su analista principalmente por su brillantez interpretativa. Lo anterior, sin embargo, no pretende descalificar la importancia de la interpretación en el procedimiento analítico. Obviamente, es sólo a través de las comunicaciones verbales del paciente y los meticulosos y desapasionados esfuerzos interpretativos del analista que es posible ir montando, poco a poco, las defensas de tal manera que puedan alcanzarse las comunicaciones e insights que, sabemos, constituyen la esencia del efecto curativo del proceso analítico.

Las transferencias y las contratransferencias son fenómenos inconscientes basados en la compulsión a la repetición. Se derivan de experiencias significativas, sobre todo de aquellas relacionadas con la propia infancia, y se dirigen hacia personas relevantes en la vida emocional pasada del individuo. Las actitudes caracterológicas habituales no deben incluirse como parte de los fenómenos contratransferenciales,

puesto que se expresan prácticamente en cualquier situación y casi siempre de la misma manera; carecen de la especificidad del fenómeno contratrtransferencial frente a una situación dada. El hecho de que los derivados instintivos se hayan tornado egosintónicos a través de incorporarlos en la estructura de carácter hace que dichas actitudes sean esencialmente conscientes o preconscientes. Por contraste, en los fenómenos transferenciales —que se derivan de conflictos inconscientes profundos— se movilizan viejas experiencias afectivas significativas con figuras primarias importantes, en una situación y un momento dados, y en respuesta a un individuo en particular. El adoctrinamiento de los pacientes, por ejemplo, no suele ser un fenómeno contratrtransferencial, sino un derivado instintivo. Muchas otras cosas, erróneamente discutidas como "contratrtransferencia" no son más que defectos en las percepciones o experiencia del analista.

Surgen muchas dificultades cuando se discuten los problemas contratrtransferenciales. Hay escasez de material clínico adecuado debido, sobre todo, a los sistemas defensivos de los analistas frente al problema en general. Entre los analistas se observan las mismas resistencias —incluso más acentuadas y bajo una forma más insidiosa— a adquirir consciencia de la contratrtransferencia que las que pueden verse en los pacientes en su resistencia frente a los *insights* de transferencia. Esto es por una buena razón. El analista practicante se encuentra bajo constante asedio y tiene una posición precaria que mantener. Tiene poca motivación para producir cambios en sí mismo y cuando esto sucede suele ser por razones personales. El paciente acude al analista con el propósito de cambiar, y valora el proceso sólo si siente que se están produciendo cambios. El analista, en cambio, se torna angustiado cuando adquiere consciencia de cambios efectuados por las presiones emocionales de sus pacientes y no cuenta con nadie más que sí mismo para forzarse a enfrentarlos.

Aparte de las resistencias de los analistas a explorar la contratrtransferencia y del hecho de que el momento no era todavía adecuado, existen razones prácticas para la escasez de información sobre el tema. Durante la sesión, un analista tiende a aplastar las fantasías sobre sí mismo. Ciertamente lleva tiempo analizar a cualquiera, incluyendo a uno mismo. Un analista ocupado, que pasa la mayor parte de su día con pacientes, naturalmente deja de lado mucho material —potencialmente enriquecedor— acerca de sí mismo, que se le ocurre de vez en cuando. Por otra parte, muchos fenómenos contratrtransferenciales, cuando irrumpen en la consciencia, crean una especie de emergencia. Los episodios contratrtransferenciales de *acting-out*, por ejemplo, confrontan al analista con una situación imprevista que exige tanto de acción inmediata como de buen juicio. El analista debe concentrarse en mantener la situación analítica bajo control. Suele suceder que la sorpresa y el sobresalto borran el recuerdo de los procesos que llevaron al incidente, probablemente debido a la represión provocada por la incomodidad que experimenta.

La decisión —tomada hace mucho tiempo— de que los analistas deben analizarse antes de practicar el psicoanálisis representó una enorme desviación de cualquier forma previa de entrenamiento médico. La idea de transformar a un médico en paciente antes de que pueda ejercer como tal es, en sí misma, traumática. Después de todo lo que uno pasa para llegar a ser analista, verse obligado a experimentar la diseminación de los fenómenos contratransferenciales resulta amenazante y decepcionante. La importancia de analizar al futuro analista fue reconocida desde muy tempranas fechas. Esto, llevado a la acción, representó un factor clave en el rápido avance de nuestra ciencia. Sin embargo, por muchos años, no fue posible avanzar más. En cierto sentido, el análisis personal o preparatorio del futuro analista ofreció parte de la protección que los sueños otorgan a nuestros pacientes. Estos últimos suelen concebir el sueño como un cuerpo extraño que no pueden controlar, alejado en el tiempo y respecto del cual no necesitan sentir culpa alguna. De manera similar, el análisis personal preliminar es percibido por el analista practicante como alejado en el tiempo, como algo que le ha sido impuesto y que se relaciona con problemas antiguos sin conexión con operaciones presentes. Por ende, puede suscitarse, respecto de éstas últimas, un fortalecimiento de las defensas y las racionalizaciones. El análisis (o las observaciones) del analista en funciones puede constituir una "vía magna", de suma importancia, hacia la comprensión del proceso de tratamiento. Los analistas que supervisan se encuentran en una posición para comprender y hacer uso de este tipo de observaciones.

Las resistencias grupales para explorar el inconsciente del analista siguen patrones bien conocidos en la situación de tratamiento. Existe un temor inexpresado de estudiar al analista en funciones como si reportar cualquiera de sus respuestas involucrara necesariamente una actitud permisiva frente a reacciones de carácter dudoso. Prácticamente todos los artículos sobre contratransferencia rinden algún tipo de homenaje a esta rigidez grupal, ya sea moralizando o emitiendo prohibiciones piadosas, pese a una discusión inteligente y sensible de la misma. Casi todos los autores que han abordado el tema, por ejemplo, afirman de manera contundente que no debe tolerarse ningún tipo de reacción erótica hacia el paciente. Esto indicaría que las tentaciones en esta área son enormes y quizás están omnipresentes. Los autores se afanan por dejar clara su postura respecto de este asunto en particular. Otras manifestaciones "contratransferenciales" no se condenan de manera rutinaria. Por lo tanto, doy por sentado que las respuestas eróticas inquietan, hasta cierto punto, a casi cualquier analista. Se trata de un fenómeno interesante que clama por ser investigado. En mi experiencia, la mayor parte de los médicos, una vez que confían en sus analistas, reportan sentimientos e impulsos eróticos hacia sus pacientes, pero suelen hacerlo con bastante temor y conflicto. El siguiente relato es típico:

Un candidato, que estuvo en un análisis terapéutico parcial antes de iniciar su entrenamiento, hablaba de una paciente muy atractiva, cuyo tratamiento concluía

exitosamente. Esta paciente había presentado una prolongada y molesta resistencia de silencio. El candidato dijo: "de todas mis pacientes, es ella, quizás, hacia quien he tenido una contratransferencia más sexual. Sentado ahí, durante sus periodos de silencio, tenía fantasías sexuales acerca de ella. Solía pensar que, si alguna vez hacía un análisis didáctico, nunca hablaría de esto por lo que el Dr. X (su antiguo analista) dijo. Cuando le platiqué esto, pareció enojarse y dijo (en efecto), 'pero, ¿cómo puede interesarse en una paciente tan enferma? Además, no tiene Usted ningún derecho a tener fantasías como esas con ningún paciente'. Estoy perplejo porque creo que mis fantasías me han dado un gran *insight*. En realidad, nunca pensé que sería capaz de contarle esto, y que me parta un rayo si sé cómo pude hacerlo. Quisiera saber cómo le hizo para hacerme sentir que no habría problema en decírselo... Ahora recuerdo: en una ocasión estuve hablando de sentirme 'atraído' por una cierta paciente. Me mostré bastante reservado y no admití que fuera una atracción sexual, sino tan sólo que me sentía atraído, y Usted dijo, 'Pero, ¿cómo sabe que sus sentimientos no son de utilidad para ella?'<sup>15</sup> Fue esto lo que me permitió hablar de mis fantasías sexuales. Ahora me pregunto: ¿incluía su comentario una aceptación de fantasías (o sentimientos) sexuales o se refería únicamente a sentirse atraído?"

Este hombre era un terapeuta excelente y no había ninguna conducta de *acting-out*. Sin embargo, tenía un temor artificial a las respuestas eróticas y contratransferenciales, ligado a su percepción de una actitud prohibitiva por parte del grupo al que deseaba pertenecer. Esencialmente, no sentía que hubiera algo malo en tener este tipo de respuestas.

Al seleccionar candidatos para entrenamiento prestamos mucha atención a los recursos libidinales del aspirante, de acuerdo con la teoría de que se requieren grandes cantidades de libido disponible para tolerar la pesada labor que representa un determinado número de análisis intensos. Al mismo tiempo, tendemos a mofarnos de cualquier investidura libidinal aparente de un analista en un paciente. Nuestra comprensión de las vicisitudes y funciones de la libido del analista en la relación de tratamiento es todavía bastante oscura. Considero que esto en sí mismo representa un tema amplio e importante. No basta con hablar de dedicación, empatía y *rapport*, pese a lo importantes que resultan. He introducido las respuestas libidinales del analista en esta discusión porque evocan tantas contracatexis entre los analistas. Siento que esta contracatexis pertenece a la categoría de defensas de rigidez del grupo analítico. Baste con decir que, de acuerdo con mi experiencia, diversas formas de fantasías eróticas y de fenómenos contratransferenciales eróticos, ya sean fanta-

<sup>15</sup> Esto fue dicho en el sentido de que: uno podría, al menos, estar abierto a la idea de que la percepción inconsciente, por parte del paciente, de la naturaleza positiva de la contratransferencia del terapeuta era de valor específico para este paciente.

sias o afectos, *están* omnipresentes y *son* presumiblemente normales. Como características aparentes de estos fenómenos tenemos que: suelen ser inhibidos en su meta en el sentido de que carecen prácticamente de cualquier impulso a la acción y, en la mayor parte de los casos, se encuentran separados temporalmente de las transferencias eróticas del paciente.

Los sentimientos y las fantasías hacia los pacientes son profusos en todos nosotros, y en la época actual son comúnmente aceptados sobre todo en aquellos puntos en que coinciden con consideraciones basadas en la realidad. En ocasiones podemos experimentar hacia nuestros pacientes casi todos los sentimientos racionales e irracionales que tenemos hacia las personas en nuestra vida cotidiana. Sin embargo, los sentimientos excesivos o inapropiados respecto de lo que parece ser el paciente o respecto de lo que dice, en particular cuando se asocian con angustia, poseen —sin duda— una significación contratransferencial. Los sueños acerca de pacientes son, por supuesto, relevantes y siempre deben examinarse para detectar cualquier significado contratransferencial específico.

Por mucho tiempo, he conjeturado que en muchos —si no es que en todos— los tratamientos analíticos intensivos se desarrolla algo en el género de estructuras contratransferenciales (quizás incluso una "neurosis"), que son el equivalente esencial e inevitable de la neurosis de transferencia. Estas estructuras contratransferenciales pueden ser grandes o pequeñas en el aspecto cuantitativo, pero en el esquema total de cosas pueden ser sumamente importantes en el resultado del tratamiento. Soy de la opinión de que funcionan como una especie de agente catalítico en el proceso terapéutico. Su comprensión por parte del analista puede ser tan importante para la resolución de la neurosis de transferencia como lo es su comprensión intelectual de este fenómeno, tal vez porque representan, por decirlo de alguna forma, el vehículo para la comprensión emocional, por parte del analista, de la neurosis de transferencia. Ambas, neurosis de transferencia y estructura contratransferencial, parecen íntimamente ligadas en un proceso viviente, y ambas deben ser tomadas en consideración continuamente en el psicoanálisis. De hecho, dudo que exista una relación interpersonal entre dos personas cualesquiera, sin importar su propósito, que no involucre, en mayor o menor medida, algo en el género de este proceso psicológico viviente —interacción en un nivel inconsciente y transferencial.

No podemos dar por sentado que llegamos muy lejos en el análisis preparatorio de los futuros analistas en lo que se refiere a la comprensión de sí mismos y su potencial transferencial para el futuro trabajo analítico. Además, me inclino a pensar que existen niveles de transferencia que rebasan cualquier capacidad actual para acceder a ellos. Incluso puede haber niveles de transferencia a los que, quizás, jamás tengamos acceso, cuando menos empleando medios psicológicos, porque se encuentran en el límite entre la biología y la herencia. El enamoramiento —cuya comprensión dinámica es tan limitada— bien puede situarse en este límite.

Sin embargo, una cosa es poder formular conscientemente, a partir de la experiencia y del entrenamiento, la posible ocurrencia de ciertos problemas contratransferenciales. Otra cosa es hacer caso de las advertencias con que nos cargamos, de manera tan eficiente, a medida que profundizamos más y más en un tratamiento analítico, semana tras semana, mes tras mes y año tras año, cada vez más identificados con, interesados en y conscientes de un paciente y sus problemas. Incluso, prestar demasiada atención a posibles reacciones contratransferenciales desfavorables podría llevar al analista a una especie de defensa fija en virtud de la cual se podría pasar por alto material muy significativo. Todo analista con experiencia sabe que a medida que se mete más y más en un análisis, de una forma u otra pierde una cierta perspectiva de la situación total.

Me atrevo a conjeturar que el desarrollo de estructuras neuróticas contratransferenciales en un analista durante un largo periodo de tiempo, es similar a la teoría de la relatividad de Einstein. Esta teoría se relaciona con la noción de que la luz supuestamente viaja en línea recta de un punto a otro, y de hecho lo hace en nuestro pequeño mundo y con nuestras cortas distancias de medición. Sin embargo, cuando la luz viaja las gigantescas distancias que conocemos en términos de millones de años luz, otros factores, que antes no se comprendían o incluso se concebían, hacen su aparición. Einstein demostró que en los vastos alcances del tiempo y el espacio se produce un desplazamiento de la línea recta en el rayo de luz. Así también, el analista hipotéticamente entrenado y analizado a la perfección debería ser capaz de seguir una trayectoria sin desviación alguna, evitando todos los escollos contratransferenciales que su análisis personal debió enseñarle a prever y evitar. Y, sin duda, por lo general puede hacerlo cada vez más y a lo largo de periodos considerables de tiempo. En última instancia, sin embargo, parecería que incluso bajo las circunstancias más idóneas se producen desplazamientos, por decirlo de alguna forma, en la trayectoria rectilínea del desempeño del analista y su comprensión del caso. Son estas graduales y casi imperceptibles desviaciones —que se desarrollan en el analista como respuesta inconsciente a las presiones y motivaciones ocultas de su paciente— las que, en mi opinión, se encuentran en el núcleo de desarrollo de una estructura contratransferencial. Es irrelevante para esta tesis que puede tratarse de excrescencias nimias en una estructura total mucho más amplia —la situación terapéutica. Simplemente no puedo creer que dos personas, cualesquiera que sean, sin importar la circunstancia, puedan encerrarse en un cuarto, día tras día, mes tras mes, año tras año, sin que algo le suceda a cada una de ellas respecto de la otra. Tal vez el desarrollo de un cambio mayor en una de ellas —que es, después de todo, el objetivo de la terapia— sería imposible sin cuando menos un cambio, aunque sea menor, en la otra. Probablemente carece de importancia si este cambio menor en el otro es racional. Bien puede ser mucho más importante que el cambio menor en el otro, a saber, el terapeuta, sea lo que es específicamente importante y necesario para aquel por quien quere-

mos lograr un cambio mayor. Estos cambios en el terapeuta estarían compuestos, en mi opinión, por las respuestas adaptativas yóicas y la contratransferencia inconsciente del analista, interactuando entre sí de forma tal que se expande la capacidad integradora de su Yo específicamente para poder enfrentar las resistencias transferenciales de ese paciente en particular. Por su naturaleza, las resistencias transferenciales, a medida que son erigidas por el paciente, detectan y atacan los puntos más débiles en el arsenal del terapeuta.

Al enfocarme de esta manera en un pequeño aspecto de un procedimiento terapéutico largo y complejo, sin proponérmelo puedo dar una impresión contraria a la que deseo proponer —a saber, crear la ilusión de que el material en estudio es cuantitativamente más importante o cualitativamente muy diferente del resto de nuestra experiencia. Es la actitud defensiva del grupo analítico respecto de los fenómenos transferenciales lo que obliga a una advertencia en contra de un malentendido como ése.

No me agrada el término de "neurosis de contratransferencia", tanto así que preferiría no emplearlo. Sin embargo, se ha ido introduciendo sigilosamente en nuestra literatura, y su existencia, por analogía con el término de "neurosis de transferencia", no carece de fundamento. No obstante, éste último parece haber sido un nombre inapropiado a la luz de lo que realmente sucede en un análisis. Por lo general, a lo largo de cualquier experiencia analítica, tanto paciente como terapeuta, experimentan múltiples y variados fenómenos transferenciales. Una neurosis de transferencia como tal —discreta, bien estructurada y fácilmente descifrable— rara vez ocurre. Del mismo modo, una discreta neurosis de contratransferencia se desarrolla incluso con menos frecuencia. El término neurosis se utiliza de manera demasiado laxa en nuestra literatura. Se emplea como un epíteto (con la especificidad de la palabra reumatismo), como un diagnóstico psiquiátrico bien definido, o como un término omnicompreensivo para designar todas y cada una de las puerilidades, excentricidades y conflictos emocionales de las personas que acuden a nosotros en busca de atención. Es fácil para nosotros afirmar que sus transferencias hacia nosotros comprenden otra neurosis, que debe ser tratada en condiciones de laboratorio, pero otro asunto totalmente distinto es reconocer que nuestras transferencias hacia ellos son de naturaleza similar, aunque —con suerte— comparativamente microscópicas en cantidad.

Dejaré para futura reflexión la comprensión de la naturaleza y significado del afecto de contratransferencia —o de su ausencia— en psicoanálisis. Gracias a una creciente madurez personal y grupal, su estudio deberá ser un poco más tolerable. Hasta cierto punto, esto ya ha comenzado a suceder, pero su abordaje es todavía demasiado cauteloso. En un trabajo, presentado ante *The Chicago Psychoanalytic Society* hace cuatro años, Adelaide Johnson trató el problema de manera tangencial y evocó la mayor angustia y contracatexis que yo haya observado en muchos años de

reuniones psicoanalíticas. Esta reacción parecía totalmente desproporcionada respecto de las objeciones válidas que hubieran podido plantearse al argumento de este trabajo.

Si uno acepta la premisa de que la contratransferencia debe comprenderse como transferencia del analista y que ésta es normal y ubicua, los afectos de contratransferencia tienen una razón de ser teórica en el dictamen universalmente aceptado, en el sentido de que el verdadero *insight* se alcanza en el análisis de la transferencia sólo si va acompañado por descargas apropiadas de afecto. El hecho de que el grupo analítico, pese a su tan cacareado análisis preliminar personal como medio para eliminar los "puntos ciegos", todavía se defiende tan enérgicamente de aplicar, a sus propias operaciones, las mismas interpretaciones dinámicas que aplica de manera sistemática a las de sus pacientes constituye un testimonio más de la interminabilidad del proceso analítico y del poder de las fuerzas represivas del Yo.

## II. Material clínico

Para el presente trabajo, he seleccionado elementos contratransferenciales de los análisis de cuatro de mis pacientes, en la medida en que me ha sido posible percibirlos. En tres de ellos llegaron a jugar un cierto papel afectos contratransferenciales de relativa intensidad. Dos de los casos fueron análisis razonablemente exitosos; uno quizás podría haber sido todavía más exitoso. Opino que mi temor al involucramiento transferencial condicionó los resultados en ese caso. Un caso relativamente infructuoso se caracterizó por poco afecto contratransferencial; una incapacidad para definir mi involucramiento contratransferencial, de haberlo, y poca comunicación emocional profunda entre mi persona y el paciente. Deseo recalcar que, en mi opinión, un observador externo, en términos generales, no hubiera podido detectar nada fuera de lo común en ninguno de estos análisis.

Escogí el material en que sentí que demostraba, de manera bastante sencilla, algunos de los puntos discutidos en el apartado anterior. Además, opté por material que pudiera presentar con relativa comodidad. Ninguno de estos casos fue un fracaso doloroso. De igual forma, por razones que deberían ser obvias, tomé material de análisis cuya conducción fue más bien "clásica". Todos los pacientes parecían analizables y parecían, también, requerir de un análisis exhaustivo. No creo que mis experiencias con estos pacientes sean particularmente inusuales en comparación con otros análisis, salvo por la contratransferencia un tanto sorprendente y superior o inferior al promedio.

Comenzaré con el ejemplo de una reacción contratransferencial específica con *acting-out*. Hace muchos años, una paciente, referida después de una reacción cuasi-psicótica a un "análisis" con una persona sin entrenamiento, estaba enfurecida por

haber sido derivada, dada la frustración de sus demandas hacia el terapeuta anterior. Semana tras semana y mes tras mes, ella vociferaba furiosamente en contra mía, pese a que le tuve una paciencia ilimitada. Toleré tal abuso de su parte como nunca antes había soportado en paciente alguno. Por momentos este abuso me irritaba, pero por la mayor parte sentía cierta simpatía por esta paciente y estaba genuinamente interesada en ayudarla y un tanto sorprendida ante mi capacidad para controlar mi irritación hacia ella. A la larga, llegué a comprender que lo que suele ser una actitud terapéutica deseable ofrecía una cierta complicación en términos contratransferenciales. El siguiente episodio trajo el problema a mi atención.

Un bello día de primavera salí de mi consultorio veinte minutos antes de la sesión de esta paciente, dejando la agenda abierta sobre mi escritorio. Tuve un almuerzo delicioso, que disfruté más de lo común, y caminé lentamente de vuelta a mi consultorio, justo a tiempo para mi siguiente cita, sólo para ser informada que mi paciente había estado ahí y que se había marchado muy enojada. Era obvio que había olvidado su cita, expresa e inconscientemente. En forma repentina me di cuenta de que estaba harta de su abuso hasta el punto de no poder tolerarlo más. Llegado este momento, comencé a enojarme con mi paciente y, entre este momento y la ocasión siguiente en que vino, estuve bastante enfurecida con ella. Relacioné una parte de esta rabia con culpa y otra, con cierta angustia respecto de cómo manejaría la siguiente entrevista terapéutica, la cual, de acuerdo con mi expectativa, superaría cualquier abuso recibido con anterioridad. Estaba consciente, ahora, de que ya no sería capaz de tolerar este abuso. Fantaseé (lo cual, por supuesto, era una *esperanza*) que mi paciente daba por terminado su tratamiento conmigo. En su próxima cita, ella me miró ferozmente y dijo, en tono acusador, '¿dónde estuvo ayer?' Tan solo respondí, 'lo siento, se me olvidó'. Comenzó a agredirme diciendo que ella sabía que yo había estado ahí poco tiempo antes y siguió con su acostumbrada vituperación. No hice comentario alguno sintiendo, en términos generales, que era mejor no decir nada. Esta situación se prolongó por cinco o diez minutos y de manera abrupta se detuvo. Se produjo un silencio absoluto, de repente comenzó a reír y dijo, 'bueno, en realidad, Dra. Tower, no puedo decir que la culpo'. Esta fue, sin duda, la primera vez que se produjo un cambio en su obstinada resistencia. Después de este episodio, la paciente se mostró mucho más cooperadora y, salvo por una o dos breves reincidencias del abuso, probablemente para ponerme a prueba, la defensa desapareció por completo. Al poco tiempo su análisis llegó a niveles transferenciales profundos. A primera vista, este episodio parece tan insignificante que apenas merece ser descrito. Podría pensarse que yo estaba irritada con la paciente y que olvidé su sesión por agresión, lo cual, sin duda, es cierto. Pero, el verdadero problema contratransferencial no era ése. De hecho, mi conducta de *acting-out* tuvo un sustento real y permitió resolver el problema contratransferencial, el cual consistía en que había sido excesivamente paciente con ella por demasiado tiempo. Podía rastrear en detalle esta tendencia mía hasta ciertas

influencias de mi temprana infancia. Ocasionalmente, a lo largo de mi desarrollo, dicha tendencia me había traído algunos problemas. Comprendía esto de manera parcial y, sin embargo, no estaba lo suficientemente resuelta en mi personalidad. Esa prolongada y abusiva resistencia no tendría por qué haber durado tanto tiempo de haber gozado yo de mayor libertad para enfrentarla de manera más agresiva. La forma en que reprimí mi agresión y permití que se acumulara hasta el punto de verme forzada a actuarla no constituye un procedimiento terapéutico muy deseable. Por ende, una actitud terapéutica —a saber, la de infinita paciencia y empeño por tratar de comprender a un paciente atribulado— que en teoría es apropiada, en esta situación resultó ser, de hecho, una estructura contratransferencial negativa, virtualmente una neurosis de contratransferencia de corta duración. Esto, sin duda, representó una pérdida del tiempo de la paciente y, de no ser por la resolución repentina provocada por mi *acting-out*, bien podría haberse prolongado por mucho tiempo más. Por años reflexioné acerca de este pequeño episodio y con el tiempo logré comprender más acerca de su verdadero significado.

Sin embargo, no fue sino hasta hace poco que me pregunté si esta reacción contratransferencial, que tuvo implicaciones negativas tan claras en ciertos niveles de este tratamiento, haya podido, quizás, tener implicaciones igualmente positivas en otros niveles. Esta propensión mía bien puede haber facilitado la habilidad que esta paciente adquirió con el tiempo de enfrentar plena y afectivamente su problema más defendido —el aspecto homoerótico pasivo de la transferencia— pues acudió a tratamiento conmigo por una reacción aguda de tipo paranoide.

En el material siguiente trataré de rastrear algunos desarrollos contratransferenciales en dos análisis que se prestan a múltiples comparaciones.

Este material proviene de los casos de dos hombres, ambos exitosos en los negocios, con antecedentes bastante parecidos y casi de mi misma edad. A los dos les agradaba —como persona— y ellos me agradaban como personas. Ambos eran inteligentes. Estaban casados con hijos. Los dos tuvieron análisis largos. Un análisis fue exitoso en la perelaboración [*working through*], a niveles transferenciales sumamente profundos, de una intensa neurosis de transferencia, que redundó en una significativa mejoría sintomática al igual que en mucha mayor madurez y éxito creciente. En el segundo análisis no se produjo una verdadera perelaboración de la neurosis de transferencia. El análisis no me satisfizo y me sentía insegura respecto del futuro del paciente. Hubo mejoría sintomática y el paciente no se sentía demasiado insatisfecho, pero con el tiempo le aconsejé que buscara análisis con otra persona, lo cual hizo después de bastante resistencia.

Inicialmente, tenía una mejor disposición hacia el segundo paciente, que parecía muy motivado para el tratamiento, más adecuado y cuyo desarrollo psicosexual era, aparentemente, más normal. El primer paciente y el más exitoso, por otro lado, se

mostró ambivalente e irónicamente hostil en un principio, y me creó dudas tempranas respecto a aceptarlo en tratamiento.

Los progenitores de ambos habían tenido matrimonios estables. Los padres habían sido un tanto pasivos, pero razonablemente exitosos. Las madres parecían compulsivas y el desarrollo de ambos pacientes parecía haber sufrido deficiencias profundas en relación con ellas; el primer paciente y el más exitoso, en menor medida quizás. Tanto el curso como el contenido del análisis de éste último sugerían una regresión a partir del complejo edípico. En cambio, esto mismo, como característica dominante, no era igualmente demostrable en el segundo caso.

Ambos pacientes presentaban una inhibición severa de la afirmación masculina con formaciones de reacción homosexuales pasivas. Ambos tenían problemas inconscientes profundos por una disposición sádico-oral, homicida, hacia una hermana. Ambos habían desarrollado síntomas neuróticos severos en su adolescencia tardía, y en los dos podían detectarse rasgos esquizoides. Ambos evitaron enfrentar sus problemas de homosexualidad casándose a edad temprana con mujeres agresivas, controladoras y narcisistas. Las esposas eran atractivas, compulsivas, perturbadas y con defensas tan elevadas que ninguna accedió a tratarse, pese al hecho que ambos matrimonios eran tormentosos. Los maridos eran dedicados y se esforzaban por salvar sus matrimonios. Las esposas resentían el tratamiento de sus maridos y trataban de sabotearlo. Tuve oportunidad de conocer a ambas mujeres, sin yo proponérmelo. No experimenté sentimientos conflictivos hacia ninguna de ellas, pese a sus intentos cargados de angustia por malograr el tratamiento de sus esposos.

Con ambos hombres, estaba yo consciente de la forma en que ellos mismos contribuían a las dificultades con sus esposas —a saber, que eran demasiado sumisos, demasiado hostiles, y en cierto sentido demasiado dedicados—. Las esposas se sentían frustradas por la falta de afirmación masculina desinhibida en sus maridos. Todo esto fue ampliamente interpretado y trabajado en ambos casos, sin que se produjeran cambios sustanciales.

Obviamente, se trataba de un problema que no podía perelaborarse satisfactoriamente sin un análisis exhaustivo de sus raíces profundas en el conflicto de cada uno con la hermana y, por detrás de esto, la rabia homicida hacia la madre como una regresión sádico-oral del conflicto edípico. En ambos casos, tuve fases en las que me mostré (¿contratransferencialmente?) protectora. Con el primer hombre, la protección se orientaba hacia su matrimonio y su esposa; con el segundo, hacia él mismo. Ambos pacientes me confrontaron, en el material transferencial, con sugerencias de que estaba yo siendo demasiado protectora y, a medida que adquirí consciencia de ello, creo que pude corregirlo en forma razonable.

En el primer caso, la protección se orientaba a evitar una perturbación secundaria en la esposa. En cierta época fue diagnosticada como psicótica por un psiquiatra y yo —de manera realista— no quería provocar una explosión, dados los efectos

destructivos que un episodio como ése puede tener sobre una familia. En el segundo caso, la protección estaba dirigida al propio paciente por un motivo similar. Este paciente llegó a ser diagnosticado como psicótico. Una prueba de Rorschach de este paciente mostraba, en resumidas cuentas, que se trataba de una neurosis profunda. El tratamiento analítico estaba indicado, si bien se esperaba que fuera muy difícil. Esta prueba constituía un registro productivo, sin ningún material esquizofrénico. La organización de la personalidad era tal que bien podía anticiparse una irrupción de los afectos en el mundo. Su imaginación era pobre y contaba con pocas vías de escape hacia una vida interior.

La sintomatología que llevó a estos pacientes a tratamiento fue similar: angustia difusa acompañada de cierta depresión, consciencia de una inhibición extrema y cierta confusión, sobre todo en relación con los roles sexuales. Ambos casos, por consiguiente, podrían clasificarse como neurosis de angustia. El desarrollo psicosexual más normal del segundo caso y mi preferencia inicial por él sugerirían, en teoría, que si mi propia organización libidinal se acercaba a lo que conocemos como "normal" y si fuera a desarrollar desviaciones contratransferenciales, éstas tenderían a manifestarse con el segundo paciente en lugar del primero, quien al llegar a tratamiento presentaba algunos problemas psicosexuales poco atractivos. De hecho, las cosas se produjeron exactamente a la inversa.

Ambos pacientes tenían fastidiosas dificultades para la comunicación: refunfuños, titubeos, circunstancialidad, repeticiones, minuciosidad. En ambos análisis se produjeron momentos en los que me sentí bastante molesta por el problema de comunicación. No fue sino hasta muy avanzado el tratamiento de ambos, a medida que se fueron desplegando las neurosis infantiles, que comencé a percibir algunas diferencias en lo que parecían dificultades de lenguaje bastante similares. El problema de comunicación en el primer caso era una resistencia sumamente estructurada con el propósito oculto de destruir mi poder como analista y cobrar venganza por la atención que prestaba a cualquier otro hermano y a todos los hombres. Los bloqueos de lenguaje en este caso ocultaban impulsos mordaces, sarcásticos, destructivos, orientados al objeto, y desaparecieron con la perelaboración, en la transferencia, del problema sádico-oral. Los problemas de comunicación del segundo paciente se presentaban como una extensión del carácter anaclítico oculto de su Yo. En esencia, estos problemas eran de tipo dependiente y estaban diseñados para adquirir un objeto en vez de destruir uno frustrante y en ningún momento experimentaron una minoración sustancial. Pese a mis largos y concienzudos esfuerzos por ayudar a este hombre, no creo haber logrado nada equivalente al tiempo y energías que ambos pusimos en el intento.

Llegado este punto sería posible afirmar que desde hace mucho se ha sabido que los casos clasificados como neurosis de transferencia, lo que parecía ser nuestro primer paciente, son mucho más accesibles a los procedimientos analíticos que las

neurosis narcisistas, que fue aparentemente el diagnóstico de nuestro segundo paciente. ¿Por qué habríamos de introducir consideraciones contratransferenciales como un factor en el éxito definitivo de estos tratamientos? Todo esto es muy cierto, pero, al mismo tiempo, demasiado simple. Ciertamente, pasó mucho tiempo antes de que yo pudiera diferenciar nítidamente entre estos dos casos, y no fue sino a posteriori, por decirlo de alguna manera, que pude hacerlo. Por mucho tiempo, el primer paciente se presentaba como el más narcisista. Ciertas desviaciones en este hombre, al igual que sus problemas psicosexuales significativamente más severos, contribuían a resaltar lo anterior. Además, no pretendo probar que los fenómenos neuróticos contratransferenciales sean los únicos, ni siquiera los principales, factores involucrados en el avance terapéutico. Mi intención es tratar de demostrar que estos fenómenos están mucho más diseminados y son más significativos de lo que se quiere admitir, ofrecer algunas pruebas de que pueden ser de vital importancia en ciertas circunstancias y hacer una pequeña contribución en el rastreo de sus orígenes, desarrollo y resolución en el curso de un tratamiento analítico.

Todo esto me trae a los puntos de viraje críticos en los análisis de estos dos hombres. Hasta ahora, he presentado la situación emocional y práctica a la que me enfrentaba, así como los antecedentes que parecen pertinentes dentro de un marco de referencia en el cual podía —o no— desarrollar una respuesta contratransferencial más o menos estructurada. Ambos hombres me planteaban un problema específico que estaba calculado —cuando menos en potencia— para provocar respuestas contratransferenciales de tipo normal en cualquier analista de sexo femenino que estuviera un poco desprevenida. Me refiero al hecho de que estos dos buenos hombres tenían un lazo de dependencia con esposas que resentían los análisis y se esforzaban por socavarlos, que eran posesivas con sus maridos y los descalificaban con cierto refinamiento. Ambos hombres tenían mucha agresión en contra de sus esposas, pero también temor, y habían desarrollado una variedad de conductas compensatorias en este sentido. Era casi seguro, por consiguiente, que tarde o temprano ambos harían esfuerzos por provocar un enfrentamiento entre la analista y sus esposas, y ambos a la larga tratarían de explotar los análisis en la transferencia heterosexual en busca de cualquier gratificación que pudieran obtener de la analista mediante la seducción. Ambos, desde luego, estaban destinados a triunfar o fracasar, hasta cierto punto, en términos de los aspectos más profundos de la resolución del complejo edípico en la personalidad del propio analista. Yo, sin duda, estaba advertida teóricamente de todo esto desde los primeros momentos del tratamiento de ambos hombres y estaba consistente y razonablemente prevenida de vigilar mis propias reacciones, sobre todo frente al cúmulo de quejas que aparecía en contra de las esposas. También estaba prevenida de sentirme molesta con las respectivas mujeres por la conducta subversiva hacia el tratamiento de sus esposos.

El punto de viraje en el primer caso se desarrolló como sigue: hacia finales del segundo año de este análisis, a pesar de que conocía intelectualmente sus dificultades, cuando parecía que no había ninguna mejoría en la situación marital, en el bloqueo de comunicación o su defensa de dependencia, la esposa del paciente desarrolló una severa enfermedad psicósomática. En su momento tomé nota cuidadosa de este hecho, especulando para mis adentros que esta enfermedad podría ofrecer una ligazón para su angustia, que parecía tan prepsicótica. Me pregunté si esto no podría representar una salida para ella, ya que podría abandonar su conducta controladora y agresiva para recargarse más en su marido sin demasiada angustia yóica. Pensé que la relación marital incluso podría beneficiarse. Esta advertencia mental consciente, sin embargo, debe haber permanecido desvinculada de lo que ya se desarrollaba de manera inconsciente en mí como el núcleo de una pequeña reacción contratransferencial hacia la situación en su totalidad. Creo que la neurosis de transferencia que se desarrollaba en este hombre me empujaba, lenta e inexorablemente, al punto de ser —de hecho— para él, en cierta medida, la figura materna aprensiva y sobreidentificada (que él sentía que su esposa no era), que sin importar los méritos de la situación vería las cosas en los mismos términos en que él las evaluaba, y se identificaría con sus hostilidades, en lugar de actuar como un observador desapasionado. Creo que, pese a mis cuidados, me había visto imperceptiblemente orillada por sus presiones transferenciales a percibir a su esposa como un problema más grave de lo que aparentaba ser en un inicio. De cualquier forma, no alcancé a observar que, de hecho, esta mujer lentamente había dejado de representar tanto problema. A pesar de la exasperante resistencia crónica, este paciente, *estaba* lidiando con su situación doméstica con más firmeza y delicadeza. Ya sea que esto me haya sido ocultado por el paciente o que yo, por mis propias razones inconscientes, haya estado ciega ante ello, carece de importancia. Probablemente ambas opciones son verdaderas. Para este momento, las satisfacciones yóicas, producto de un mejor funcionamiento fuera del tratamiento, quedaron desbaratadas por fuertes y frustrados impulsos libidinales inconscientes en la neurosis de transferencia. Dichos impulsos se orientaban a tratar de sacar el máximo provecho, no sólo de la posesión de una persona genuinamente interesada en esas necesidades transferenciales y percibida como maternal, sino también de cualquier potencial inconsciente que pudiera yo ofrecer para gratificarlas.

La madre de este hombre, en realidad, lo había abandonado emocionalmente dos veces en momentos críticos de su vida. Entre madre e hijo había una lejanía que nunca logré desentrañar, pero que me llevó a preguntarme si no se trataría de una madre distante. Pude comprobar esta hipótesis en ciertas fases posteriores del análisis de su neurosis de transferencia. También se reveló por qué era tan importante para este paciente en particular poder seducirme y llevarme a una desviación contratransferencial en favor de sus defensas hostiles dependientes en contra de su

esposa, antes de poder encomendarme con sus más profundas necesidades neuróticas hacia mí persona. Estos son, en mi opinión, algunos de los factores que condujeron a mi especulación intelectual acerca de la enfermedad psicosomática de la esposa, que permaneció desvinculada de la gradual ceguera contratransferencial que se iba desarrollando respecto de ella.

La situación hizo crisis cerca de un año después. Me había estado sintiendo cada vez más incómoda y frustrada con el monótono carácter masoquista y depresivo de la resistencia de este paciente. Repentinamente tuve un sueño que me asustó tanto que arrasó con cualquier recuerdo de las circunstancias que llevaron a él. En el sueño, para expresarlo llanamente, estaba de visita en casa de este paciente. No estaba más que su esposa; parecía contenta de que yo estuviera ahí y fue muy hospitalaria y amable. El tono general de la visita era muy similar a una tarde de plática entre esposas amigas, cuyos maridos eran, tal vez, amigos o colegas. El sueño me inquietó de una manera un tanto vaga.

Cuando comencé a reflexionar sobre el sueño, me di cuenta de que por cierto tiempo había sabido, sin tomar nota del hecho, que la esposa no interfería más en el tratamiento de su marido. Esto se debía al mejor ajuste de éste, a su creciente confianza de que yo no representaba una amenaza para ella y a una decreciente envidia respecto de la relación de su marido conmigo. También recordé, en este punto, que casi un año atrás había especulado acerca del significado de la enfermedad psicosomática de la esposa para olvidarlo después. En otras palabras, me di cuenta de que, inconscientemente, había desarrollado una actitud rígida de temor excesivo frente a su potencial psicótico, haciendo caso omiso de su mejoría. El sueño trajo a la luz que yo había estado renuente a identificarme con ella en la situación marital; que ella, en efecto, quería que entrara a su casa y que le hubiera gustado que yo tuviera una mejor perspectiva respecto de ella. El sueño mostraba que la esposa estaba mucho mejor dispuesta hacia mí de lo que yo había querido reconocer a lo largo del año anterior y que ya era hora de ver la escena doméstica desde el punto de vista de ella.

Después de haber reflexionado cuidadosamente sobre este asunto, cuando ya me sentía segura del terreno que pisaba, entré en acción. Primero, retomé el análisis del sutil *acting-out* por parte de este paciente hacia su esposa al interior de la situación doméstica; un tema que había sido dejado de lado por cierto tiempo. Hablé en forma muy directa de la agresión en contra de su esposa mediante el mecanismo de su masoquismo y su hostilidad dependiente, que ambos comprendíamos mucho mejor que en el análisis inicial de estos problemas. A continuación, retomé de manera más activa la discusión de sus intentos por provocar un enfrentamiento entre su esposa y yo y de cómo había exagerado y prolongado la situación marital negativa a fin de obtener una gratificación transferencial. Habíamos trabajado estos temas ampliamente con anterioridad, pero con pocos efectos. Resulta obvio, desde luego, que mi

respuesta contratransferencial se debía a la reactivación de un conflicto edípico inconsciente bajo la forma de una decidida competitividad hacia, y un temor frente a, otra mujer en una situación triangular.

Una vez efectuada la activa reparación de los agujeros en este análisis, por decirlo de alguna manera, el paciente se apropió del análisis en forma sumamente asertiva. Después de haber pasado tres años en una queja continua de baja intensidad, empezó a moverse con absoluta franqueza. Comenzó a someterme a presiones emocionales intensas; por sí solo llevó su análisis hacia una revisión exhaustiva de todo su desarrollo con nuevos *insights* respecto de experiencias críticas y con una reconstrucción minuciosa de la situación infantil. Recuperó recuerdos tempranos, sobre todo material de la escena primaria y de una oculta lejanía entre sus padres.

Después de haber retrabajado el material edípico —sin que se reviviera la angustia de castración lo suficiente como para sentirme segura de una verdadera perelaboración— el paciente pasó al material edípico más profundo. Este había sido desplazado de una hermana —cuyo nacimiento se produjo cuando él tenía dos años de edad— a otra que nació en el momento crítico del periodo edípico. Con la apertura de este material, hizo su aparición por vez primera en este análisis un afecto intenso y sin defensas. Hubo un largo periodo caracterizado por sentimientos depresivos profundos y una rabia flagrante; sentimientos que por la mayor parte se limitaron a la sesión analítica. Con esta efusión de afecto, el bloqueo de comunicación desapareció por completo. El material onírico y fantasioso de este periodo incluyó prácticamente todas las formas de ataque sádico o indignidad posibles. Durante este periodo la relación entre nosotros fue extremadamente tensa. El cúmulo de afecto de este paciente por sí solo hubiera constituido una severa carga para cualquiera que intentara lidiar con él. Además, me sometió al escrutinio más persistente, minucioso e incómodo, como si quisiera despedazarme —célula por célula. Cada movimiento mío, cada palabra mía, eran observados tan de cerca que literalmente sentía que, de producirse el más insignificante movimiento en falso de mi parte, todo estaría perdido. La amenaza, sin embargo, no era en contra mía. El afecto provocado en mí era más o menos como sigue: si yo no lograba estar a la altura de esta prueba, él se desbarataría y nunca más podría confiar en otro ser humano. En varias ocasiones tuve sueños en los que anticipaba directamente el material futuro, como si mi propio inconsciente estuviera advirtiéndome de lo que venía y fortaleciéndome para poder lidiar con la embestida del afecto masivo.

A lo largo de este periodo, cada hora resultaba extenuante y muchas veces los sentimientos generados en mí se prolongaban fuera de la sesión (*carry over*). En varias ocasiones, comencé a preocuparme por el alcance de este fenómeno. Toda mi disposición a enfermarme con esto se desvaneció en forma repentina y divertida. Una tarde estaba yo a punto de partir de vacaciones, después de haber visto al paciente por la mañana. Esto, por sí solo, había incrementado los sentimientos sádicos

y depresivos con que me cargaba. Partí sintiéndome bastante desanimada y a punto de enojarme con toda la situación. La depresión y la irritación se prolongaron por varias horas y después repentinamente desaparecieron por completo. Nada externo sucedió para disiparlos, ni hice esfuerzo consciente alguno por lograrlo. Dudo que haya yo pensado en este paciente, excepto de la manera más casual, mientras duraron mis vacaciones. El hecho de que esto pudiera suceder en forma tan espontánea me llevó a la conclusión de que mis sentimientos perturbadores no implicaban que estuviera involucrándome en un problema contratransferencial excesivo que pudiera tener implicaciones desfavorables, ya fuera para él o para mí. Tan solo me parecía que de alguna forma mi inconsciente, finalmente, había entrado en sintonía con su inconsciente, que podía tolerar el afecto vinculado a sus sentimientos de total desesperación, gracias a afectos y actitudes en mí, totalmente ajenos a mi control, pero que sí se ajustaban a sus necesidades en el sentido de permitir una perelaboración de sus problemas.

He reflexionado sobre este asunto desde entonces para tratar de comprender lo que sucedía en mí en respuesta a este paciente. Mi reacción parece haber estado compuesta por dos factores. Por un lado, se desarrolló en mí, de manera transitoria, un monto de masoquismo suficiente como para absorber el sadismo que este paciente descargaba y que lo había aterrorizado a lo largo de su vida. En mi opinión, el otro ingrediente de mi respuesta afectiva fue que, por medio de la identificación, me vinculé a él y lo apoyé en un auténtico proceso de duelo. Esto, creo yo, es similar a la "tristeza" de afecto en el terapeuta descrita tanto por Adelaide Johnson<sup>16</sup> como por Michael Balint.<sup>17</sup> A medida de que este paciente descargaba su sadismo, libre del temor de una pérdida de control, así como del temor a una represalia, su Yo se liberó definitiva y permanentemente del yugo de este sadismo en su superyó. El afecto depresivo se liberó completamente de la autodevaluación y de la culpa y adquirió la calidad de un verdadero duelo por un objeto de amor perdido.

Después de esto, el paciente regresó a la situación edípica con un afecto intenso. La competencia reprimida con el padre salió a relucir en la transferencia bajo la forma acostumbrada: fantasías acerca de los hombres en la vida de la analista, competencia con sustitutos paternos y un temor real derivado de los impulsos competitivos hacia estos hombres a medida de que surgieron impulsos transferenciales eróticos hacia la analista. Con esta perelaboración definitiva del material edípico, el paciente llegó a la terminación. La mejoría y los cambios en la personalidad de este paciente se han sostenido por un tiempo ya, y estoy bajo la impresión de que los

<sup>16</sup> A. Johnson, "Transference and countertransference in the late analysis of the oedipus", (trabajo en vías de publicación).

<sup>17</sup> M. Balint, "Changing therapeutical aims and techniques in psycho-analysis", *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 1950, pp. 117-124.

problemas de la esposa son principalmente intrínsecos, y su marido ha dejado de contribuir a agudizarlos.

Es de llamar la atención que sólo a partir del desarrollo y resolución de mi respuesta contratransferencial a la situación marital y la ruptura de la resistencia de este paciente a la comunicación, con la consiguiente efusión de afecto contenido, fue que este hombre empezó a agradarme mucho como persona. No quiero decir que antes de eso no me agradara. Aquí, creo yo, radica la prueba de que en este caso la respuesta contratransferencial tuvo un efecto benéfico. Me inclino a pensar que no fue sino hasta que el inconsciente de este hombre percibió que de hecho él había forzado una respuesta contratransferencial en mí, que pudo confiar suficientemente en sus poderes para influir en mí y en mi disposición, al menos en cierta medida, a dejarme influir y subyugar por él. Sólo hasta entonces, permitió que penetrara sus defensas masoquistas y accediera al profundo sadismo inconsciente, ligado por tanto tiempo a su superyó. Este masivo sadismo, derivado presumiblemente de una depresión infantil, fue revivido en la situación edípica, agregando fuertes dosis regresivas de sadismo oral al sadismo fálico del conflicto edípico. Sin la experiencia, percibida por su inconsciente, de haber sido capaz, en pequeña medida, de plegarme afectivamente a sus necesidades, dudo que este hombre hubiera logrado penetrar las raíces más profundas de su neurosis con éxito. El hecho de que fue capaz de plegarme a su voluntad reparó simultáneamente la herida en su Yo masculino y eliminó su temor infantil a mi sadismo en la transferencia materna. Parecería que finalmente logró tener la seguridad interna de que sus controles, *de hecho*, eran adecuados y que yo, *de hecho*, confiaba en ellos.

Es de llamar la atención que el inconsciente de este paciente también percibió que yo había cambiado en mis sentimientos hacia él. Durante este periodo, hizo varios comentarios acerca de mi afecto por él. En ninguno de ellos hubo referencia alguna de amor sexual. Se trataba de meras afirmaciones *de facto*. Dudo que haya tenido algún pensamiento consciente respecto de si yo había cambiado. Nunca pidió confirmación alguna, nunca dio muestras de haber sentido que previamente no me agradaba. Hizo afirmaciones simples y causales respecto a la percepción de algo que, desde su punto de vista, era eterno, incontrovertible y nada ambiguo. Su inconsciente tuvo la percepción correcta de algo que realmente ocurrió en mí. De hecho, creo posible que cualquier perelaboración definitiva y exitosa de un análisis profundo y exhaustivo requiere un desarrollo de esta naturaleza. Es por todos sabido que hay muchos análisis más o menos exitosos que, sin embargo, no son más que análisis parciales. Muchos, desde luego, nunca deben ser más que parciales. Dudo que exista una perelaboración exhaustiva de una neurosis de transferencia profunda, en el sentido estricto de la palabra, que no involucre alguna sacudida emocional que implique a ambos: paciente y analista. En otras palabras, existe tanto una neurosis de transferencia como una "neurosis" (sin importar qué tan pequeña y transitoria) de

contratransferencia correspondiente. Ambas se analizan en la situación terapéutica y, a la larga, se produce una orientación substancialmente diferente en los sentimientos de ambas personas respecto del otro.

No estoy segura si el episodio crítico que, en mi opinión, constituyó el punto de viraje en el segundo caso fue la percepción repentina de mi parte de la realidad de que este hombre era inanalizable por mí y que la verdadera dificultad contratransferencial radicaba en mi ilusión de que podía tratarlo. La resistencia descrita con anterioridad se había tornado crónica. Lentamente se *produjeron* logros que, para ser totalmente honesta, tendría que catalogar, en su mayor parte, como psicoterapéuticos. Lentamente, me fui percatando de que había un tono denigrante en las actitudes hacia su esposa y también hacia mí en el análisis. Yacía, sin embargo, tan nebulosamente oculto por detrás del material sádico-oral y oral dependiente manifiesto, que nunca pude sacarlo a la luz para tratar de lidiar con él. Incluso ahora me pregunto si no habrá sido algún derivado de la falta de claridad en los límites del Yo de este hombre. Lentamente me fui identificando cada vez más con, y sintiendo mayor simpatía por, su esposa debido, en gran medida, a mi percepción de esta actitud vagamente denigrante hacia ella. Estaba consciente también de cambios en las actitudes de ésta última: su interferencia había disminuido poco a poco, había empezado a cooperar con su marido respecto de su análisis, y finalmente había recurrido a mí con desesperación porque no se producían cambios significativos en la actitud de él hacia ella. Este paciente se afanaba por mostrar su necesidad dependiente y erótica de mí bajo la forma en que este tipo de material suele aparecer. En retrospectiva, diría que la razón por la cual esto no me movilizaba era porque carecía de estructura y era intangible en un sentido interpretativo. Además, en el fondo, este hombre *no* tenía una fuerza que al movilizarse fuera capaz de plegarme a *su* voluntad, como ocurrió con el primer paciente. Creo que con la profunda organización anaclítica de su Yo, su máximo potencial habría sido seducirme para que yo lo plegara hacia *mi* voluntad. Por consiguiente, he de haber sentido todo el tiempo que sus declaraciones eran sobrecompensatorias, incontinentes y no verdaderamente transferenciales.

El punto de viraje en este caso se produjo cuando, de manera repentina e impredecible, desarrolló un estado depresivo esquizoide. Nada me advirtió que esto estaba por suceder. Tenía poco material para comprenderlo y antes de poder evaluar lo que estaba pasando, vino a una cita un día a las cinco de la tarde, después de varios días de intensa angustia y fantasías suicidas obsesivas. Llegó muy agitado, las fantasías suicidas de pronto dieron paso a una explosión de sentimientos homicidas de tal envergadura que verdaderamente me alarmé. Sentí que estaba muy cerca de un colapso yóico y que bien podría saltar por la ventana o tirarse por la escalera de incendios por temor a sus ideas homicidas. El consultorio estaba desierto, pues las secretarías ya se habían ido. Le anuncié rápida y calmadamente que yo creía que estaba

demasiado alterado para discutir sus problemas esa tarde; le pedí que regresara a su casa, tomara un sedante, que tratara de distraerse y volviera a la mañana siguiente cuando se sintiera más tranquilo. El paciente hizo caso de mi pedido en una especie de trance y se fue. Lentamente pude sacarlo de ese estado agudo, aparentemente cuasi-psicótico. Después de este episodio, nunca más confié en mi habilidad para trabajar psicoanalíticamente con este hombre, ni volví a recibirlo fuera de horas hábiles. Finalmente terminé su relación conmigo e hice arreglos para que fuera a tratamiento con otra persona. Sentía que, tal vez, esto se podría perelaborar con un analista hombre, a quien este paciente pudiera percibir como una persona capaz de controlarlo. A la larga nos despedimos con una cordialidad superficial. Sin embargo, dudo que se haya establecido una verdadera comunicación (por ejemplo: no verbal) mutua de afecto entre nosotros como resultado de este largo esfuerzo terapéutico.

Si este hombre no era analizable por mí —o por una mujer— me atrevería a conjeturar que la razón para ello radica en el hecho de que el defecto en su Yo masculino tan solo podía repararse por identificación e incorporación real de un Yo masculino en una situación de tratamiento con un hombre y, tal vez, sólo después de experimentar una intensa transferencia homoerótica pasiva. Aparentemente no pude ofrecerle esto, ni pude movilizar ningún afecto en el material homoerótico que sí traía. Por contraste, el defecto en el Yo masculino del primer hombre verdaderamente se reparó mediante una pequeña victoria sobre mí en la transferencia. En otras palabras, en su Yo había controles incorporados que inconscientemente alcancé a percibir. Lo anterior me permitió responder frente a este hombre —sin demasiada angustia y en una pequeña, pero quizás, crucial medida—, como una mujer ante un hombre, al mismo tiempo que mi relación dominante con él era la de doctor y paciente. Los controles incorporados parecen haber estado ausentes en el segundo caso y tendrían que haberse adquirido mediante identificación e incorporación antes de que él pudiera experimentar la vivencia afectiva de su sadismo subyacente o llevarme a confiar en él como mujer.<sup>18</sup>

Hace algunos años, analicé a un joven que, en esencia, presentaba los mismos problemas y la misma estructura de personalidad que el primero de los dos casos que acabamos de discutir. Su análisis virtualmente llegó a la misma profundidad con una intensidad afectiva mutua similar. Este caso no fue llevado a una conclusión exitosa, y creo que debió haberlo sido. Hubo otras complicaciones contratransferenciales en este caso, pues nunca pude decidir si éste era uno de esos raros casos en los que el analista debe promover, en forma activa, un divorcio. En retrospectiva, creo que dos factores operaron en mí. En primer lugar, mi incomodidad con el afecto de

<sup>18</sup> En un nivel consciente, durante mucho tiempo tuve la impresión contraria respecto del elemento de control en estos dos pacientes.

transferencia-contratransferencia actuó como obstáculo en la perelaboración total de este problema. En segundo lugar, es muy probable que me haya sentido intimidada por la presión de un agresivo analista de mayor edad, que estaba tratando a la esposa y que había hecho patente su determinación de que este matrimonio funcionara. Terminé el caso en forma prematura, con los supuestos acuerdos y racionalizaciones mutuos de costumbre entre nosotros acerca de las indicaciones para la terminación. Tuve oportunidad de constatar que este paciente percibió, en forma correcta, lo que yo inconscientemente le había hecho, así como la razón para ello, debido a un *acting-out* en mi contra motivado por su enojo. Comprendí este *acting-out* de inmediato, pero por desgracia no llegó a mi atención sino hasta que era muy tarde para hacer algo al respecto. Felizmente, el joven continuó su análisis con otra persona más adelante.

### III. Resumen y conclusiones

He intentado aclarar las nociones que los psicoanalistas actualmente tienen de la contratransferencia, así como proporcionar material clínico para demostrar la tesis de que estas nociones deben simplificarse y modificarse y que los fenómenos contratransferenciales operan de manera inherente y dinámica en todos los procedimientos terapéuticos.

Se ha enfatizado que la contratransferencia es tan solo una entre varias respuestas del analista, de igual o mayor importancia para la situación terapéutica. (Otros elementos muy significativos son, sin duda: empatía, *rapport*, intuición, comprensión intelectual y respuestas adaptativas del Yo.)

Es probable que la situación terapéutica entre paciente y analista —en sus niveles más profundos y no verbales— se apegue al prototipo de simbiosis madre-hijo descrito, con tanta sensibilidad, por Benedek, y que involucra intercambios libidinales activos entre ambos mediante canales de comunicación no verbales inconscientes. Por consiguiente, a grandes rasgos, los pacientes influyen en sus analistas. En estos niveles profundos de intercambio, es probable que las tendencias dominantes respecto de un uso constructivo o destructivo de la situación terapéutica por parte del paciente se deriven de la relación más temprana con la madre.

En un análisis exitoso, el paciente no sólo saca a la luz sus peores impulsos; quizás también cumple un propósito similar, si bien en menor medida, con el analista. Lo anterior sucede en parte como una puesta a prueba y en parte como una concientización profunda y cada vez mayor del analista como un ser humano con limitaciones. Al mismo tiempo, el paciente —como parte del proceso de fortalecimiento de su propio Yo— adquiere la capacidad de manejar los defectos del analista en forma constructiva, de perdonar sus agresiones y sus *acting-outs* contratransfe-

renciales, así como de establecer una relación libidinal madura, positiva y apropiada con él, a pesar de sus imperfecciones.

El término de contratrtransferencia debe reservarse exclusivamente para la transferencia del analista —en la situación de tratamiento—. Como tal, constituye una síntesis del Yo inconsciente del analista y con la transferencia del paciente, ambos son producto del trabajo inconsciente conjunto de paciente y analista. Dichas síntesis son numerosas y variadas tanto en sus orígenes como en sus manifestaciones, y cambian de día a día y de paciente a paciente. Se trata de fenómenos normales arraigados en la compulsión a la repetición. Se tornan "anormales" —o quizás, para una descripción más acertada: interferentes, excesivos, fijados o imposibles de trabajar— sobre la base de factores tanto cualitativos como cuantitativos en su síntesis, así como por la forma en que inciden en la situación analítica.

He intentado explorar el concepto y las funciones posibles de una "neurosis" de contratrtransferencia como tal. Existe evidencia de que se generan formaciones estructuradas de manera más consistente de lo que se supone y que éstas, bajo ciertas circunstancias, pueden realizar funciones útiles. Es posible que esta utilidad sea un fenómeno más o menos transitorio y que se derive de la fuente y carácter de la estructura en sí misma. Por otra parte, su desenmascaramiento, análisis y resolución por parte del analista puede permitirle una comprensión emocional más profunda de la neurosis de transferencia.

Soy de la opinión de que siempre que se desarrolla algo más que una relación superficial entre paciente y terapeuta y, de manera inevitable, en procedimientos analíticos verdaderamente profundos, se producen múltiples reacciones contratrtransferenciales. También creo que se desarrolla algo parecido a una neurosis de contratrtransferencia. Esta última, sin importar qué tan pequeña sea, puede resultar de gran relevancia para el curso del tratamiento en el sentido de un agente catalizador. Por definición, un catalizador es una sustancia inerte que, en cierto medio, es capaz de acelerar o desacelerar un proceso químico. No resulta demasiado ilusorio pensar que existen fenómenos similares en esos niveles profundos de relación interpersonal que uno encuentra en el proceso de tratamiento psicoanalítico.

El estudio científico del inconsciente del psicoanalista en la situación de tratamiento deberá mejorar nuestra eficiencia terapéutica y contribuir a la construcción de una base científica sólida que permita evaluar las técnicas terapéuticas. Tal investigación también deberá arrojar luz sobre aquello que es defensivo y *acting-out* por parte del terapeuta y aquello que es científico en un sentido demostrable y científico.