

## Notas sobre el aporte de Heinrich Racker al conocimiento de la contratransferencia

**Descriptores: SITUACION ANALITICA / TRANSFERENCIA / CONTRATRANSFERENCIA / NEUROSIS DE CONTRATRANSFERENCIA / PUNTO CIEGO / CONTRAIDENTIFICACION / CONTRATRANSFERENCIA NEGATIVA / RESEÑA CONCEPTUAL.**

“Desde que comencé a trabajar como analista, me impresionó y me preocupó la notable distancia existente entre la gran amplitud y profundidad del conocimiento psicoanalítico por un lado, y por el otro las limitaciones en hacer provechoso este conocimiento para la transformación psicológica de los analizados... ..Como tarea central técnica, se había evidenciado, casi desde los comienzos del psicoanálisis, la elaboración de la transferencia.

En cambio su contraparte y complemento, la contratransferencia, era aún un tema sin tocar.\* Así define Heinrich Racker los motivos de su línea principal de investigación y el punto de partida principal aporte a la teoría y a la técnica psicoanalíticas.

La Redacción de esta Revista, cuando empezó a proyectar este número, pensó que nadie era más calificado que Racker para tratar el tema de la contratransferencia, y le escribimos para solicitarle un artículo que sintetizara sus ideas al respecto. No sabíamos entonces que ya sufría de la fatal enfermedad que lo iba a llevar tan prematuramente. Nos contestó que, no estando en condiciones de redactar el artículo, nos aconsejaba hacer una “revisión” de sus ideas, expuestas esencialmente en sus “Estudios sobre técnica psicoanalítica”.

No creo que sea de más recalcar la importancia de los aportes de Racker y de su enseñanza directa en la orientación misma de este número. Nuestra idea de base, que la *situación* analítica es una totalidad y que “transferencia y contratransferencia... son el eje del proceso psicoanalítico”<sup>\*</sup> proviene directamente de la rehabilitación necesaria operada por Racker del concepto de contratransferencia como complemento de la transferencia, de igual importancia teórica y técnica que ésta en el proceso psicoanalítico. No puede haber la menor duda que sus trabajos sobre el tema, desde 1948 hasta 1960, han contribuido en forma sumamente importante, no sólo a fundamentar la orientación actual del movimiento analítico latinoamericano, sino a fomentar la investigación sobre la contratransferencia dentro del movimiento analítico en general. Muchos de los frutos de este trabajo se manifestarán en el porvenir.

Esta breve revisión tiene por finalidad el recalcar algunos *aspectos del* aporte de Racker, y, naturalmente, no pretende resumir los distintos trabajos de los “Estudios

---

\* Heinrich Racker: “Estudios sobre técnica psicoanalítica”. Paidós, Buenos Aires, 1960. Prefacio.

\* Racker. *Ibidem*, p. 13.

sobre- técnica psicoanalítica” que tratan del tema, con gran abundancia de material clínico analizado con la extrema sutileza que caracterizaba a Racker. Quizá sería útil para ello tratar de ubicarlo dentro de los investigadores que se ocuparon del tema en los diez o doce últimos años. Lo que llama la atención primero en su aporte es la extensión, la profundidad, el intento de agotar en lo posible un tema de esta importancia. No creo que otros autores hayan tratado en forma tan sistemática de llegar a una descripción y una comprensión exhaustivas de la contratransferencia, intento que proviene de la conciencia de enfrentarse a un tema nodular de la teoría analítica y el más capaz de proporcionarnos adelantos técnicos. No creo que nadie haya tenido tan clara conciencia del hecho que, si el analista es él mismo su propio instrumento de trabajo, la forma de hacer retroceder *las* limitaciones del análisis era perfeccionar el instrumento, tratando, según una dialéctica ya utilizada por Freud en cuanto a la transferencia y a otras ideas, de transformar el obstáculo en medio de acción.

Racker compartió este punto de vista con Paula Heinmann, y algunos pocos investigadores, hasta que fue incluido, como lo es ahora, en el patrimonio de todos los psicoanalistas. Pero su posición se diferencia de la de Paula Heinmann en ciertos puntos. El mismo formula estas diferencias: mientras Paula Heinmann limitaba su estudio a las formas relativamente normales y poco intensas de la contratransferencia, Racker incluye también el estudio de reacciones contratransferenciales de gran intensidad, y aún patológicas, y sostiene que, a pesar de estos caracteres, pueden ser utilizadas como instrumento técnico. Por otra parte, cuando Paula Heinmann considera la contratransferencia como limitada a las reacciones del analista frente al yo y al ello de su paciente, Racker atribuye una importancia muy grande, además, a la contratransferencia con los objetos internos del analizado. Finalmente, Racker trata de establecer correlaciones específicas entre determinadas reacciones contratransferenciales y las situaciones transferenciales de los pacientes que las activaron.

Estando más cercano a la investigación de Paula Heinmann que a cualquier otra, Racker puede, en cuanto al enfoque general sobre la naturaleza de la contratransferencia, ubicarse entre los que piensan que se trata de “toda la respuesta psicológica del analista frente al paciente”, y no entre los que tienden a limitar el uso del término contratransferencia a ciertas reacciones particulares. Entre los buenos motivos que menciona para esta elección está la imposibilidad de delimitar tal o cual reacción del analista dentro de su posición y reacción general frente a un paciente, y que constituyen el marco o el contexto en el cual se inscriben las reacciones particulares y les permite existir.

Esta elección del enfoque de la “contratransferencia total” corresponde a una elección análoga en cuanto a la transferencia: ambas designan a la vez los aspectos repetitivos y los aspectos originales que constituyen la interrelación analista-analizando. Según el esquema freudiano de las series complementarias “...existe en el análisis una **disposición contratransferencial** por un lado, las **vivencias actuales** y en especial analíticas por el otro, y la contratransferencia como resultante”. Justamente esta fusión del presente y del pasado, el continuo enlazarse de realidad y fantasía, de lo externo y lo interno, lo consciente y la inconsciente, hace necesario un concepto que abarque la totalidad de la respuesta psicológica del analista, y aconseja al mismo tiempo conservar con tal fin el ya acostumbrado término “contratransferencia”.\*

---

\* Racker. *Ibidem*, p. 160.

Este enfoque implica un determinado concepto de la situación analítica —el mismo, creemos, que orienta este número: el de una situación bipersonal, o si se quiere de una “neurosis interpersonal”— de una “névrose á deux”.<sup>•</sup> El primer descubrimiento de Racker, en cuanto a fecha se refiere, es que la situación contratransferencial constituía una “neurosis de contratransferencia”, lo mismo que la neurosis del paciente se transmutaba, dentro de la situación analítica, en una neurosis de transferencia. Este descubrimiento expresaba una plena renuncia a lo que Racker llamó “el mito de la situación analítica”<sup>\*\*\*</sup> refiriéndose al mito de un analista espejo, o de un analista “sano” frente a un paciente “enfermo”. Al considerar al analista como comprometido en la situación analítica con su inconsciente, sus remanentes neuróticos, sus objetos internos no completamente asimilados, sus aspectos históricos e infantiles, se aproximaban considerablemente la transferencia y la contratransferencia, y se abría un panorama nuevo: todo lo que sabíamos de la transferencia se podía aplicar también a la contratransferencia, con ciertas diferencias de intensidad y de cualidad, pero con formas, dinamismos, angustias, mecanismos de defensa fundamentalmente semejantes. Todo lo demás surge de ahí.

No sólo transferencia y contratransferencia revisten formas semejantes y obedecen a dinamismos idénticos, sino constituyen una unidad indisoluble: se tendrían que encarar y tratar juntas en un estudio de técnica psicoanalítica. En su notable relato sobre este tema al Segundo Congreso Psicoanalítico Latinoamericano, y refiriéndose a la contratransferencia, Racker declara: “Hubiera querido tratarla junto con la transferencia, puesto que transferencia y contratransferencia representan dos componentes de una unidad dándose vida mutuamente y creando la relación interpersonal de la situación analítica”.<sup>\*\*\*</sup>

Es muy consciente de la tendencia del movimiento analítico actual a transformar el análisis de “monólogo” en diálogo, a enfocar la técnica sobre las vivencias con tanta intensidad y con tanto derecho como sobre las del analizado.

Es decir: “considerar el proceso analítico.., no más como «monopatía» sino como «diapatía» o «bipatía»”.<sup>\*\*</sup> Esta consideración creciente y sistemática de la contratransferencia, que llega a otorgar tanta importancia a la auto-observación del analista como a su observación del analizado está lejos de apartarse, como podría aparecer a primera vista, de la finalidad del proceso analítico: la modificación de la personalidad del analizado. Siendo la contratransferencia una expresión de las relaciones inconscientes del analizado con sus objetos internos y externos, y además una expresión actualmente vivenciada y emergente, es tan digna de atención como las manifestaciones conscientes del analizado. Aún más, si se considera la situación analítica como una totalidad, nos da un acceso extremadamente concreto e inmediato a los procesos subyacentes de la situación bipersonal. Para el analista, el auto-observarse es quizá la manera técnicamente más eficaz de comprender al analizado.

La primera tarea que surgía de este enfoque era la de describir las distintas formas

---

• Racker. *Ibidem*, p. 189.

\*\*Racker. *Ibidem*. Estudio VI.

\*\*\*Racker. *Ibidem*, p. 68.

\* Racker. *Ibidem*, p. 71.

de la contratransferencia. Racker se ha dedicado a esta descripción en varios de sus trabajos, introduciendo conceptos nuevos y útiles —aunque los principios de clasificación puedan variar de un trabajo a otro—. Dejando de lado el estudio histórico de la maduración de su pensamiento, trataré de dar una idea global de los conceptos que ha formulado.

Si la contratransferencia debe entenderse como la acción psicológica total del analista frente al analizando, una primera diferenciación aparece de inmediato en ella: el analista tiene por función específica en la situación analítica comprender al analizando y tratar de transmitirle esta comprensión. Comprender es identificarse. El analista trata por lo tanto de coincidir con los distintos aspectos de la personalidad de su paciente, en conflicto unos con otros. Esta identificación se hace parte por parte: el yo del analista con el yo del analizando, etc. No significa hundirse en el paciente ni en su conflicto, sino identificarse parcialmente, mientras el yo del analista se mantiene en parte (mediante un proceso de división relativa) como observador de la situación interpersonal. En esta forma, el analista reconoce en el complejo de Edipo de su paciente a su propio complejo de Edipo, discriminando naturalmente los aspectos diferenciales de estas situaciones internas. Esta identificación ha sido denominada por Helen Deutsch “identificación concordante”.

Pero existe otro tipo de identificación en la contratransferencia, mucho menos “normal” y a veces extremadamente intensa por su carácter inconsciente: el analista se identifica con uno de los objetos internos del paciente y puede ya sea sornearse a esta identificación forzada dentro de él por el paciente, adoptando contratransferencialmente el papel así impuesto por éste, ya sea reaccionar en contra de ella, y manifestar entonces fenómenos que constituyen el negativo de la relación objetal proyectada por el paciente. En ambos casos —fundamentalmente idénticos, ya que provienen del mismo proceso de identificación proyectiva de uno de los objetos internos del analizando, aunque su manifestación consciente puede ser opuesta— la reacción contratransferencial puede definirse como “identificación complementaria”. Desde luego, este segundo fenómeno aparece antes que todo como una perturbación del primero, que es específico de la función del analista. Ante una mayor detención aparece al contrario como igualmente interesante y útil, ya que nos da una información extremadamente concreta sobre la situación bipersonal y nos informa sobre todas las fallas de la identificación concordante, con tal que lo sepamos entender.

Por esto, casi todos los conceptos formulados por Racker se refieren a las modalidades de esta segunda forma de contra-transferencia.

En este interjuego objetal de la transferencia y de la contratransferencia, los objetos internos asimilados o no en el superyo del analista y ciertos aspectos de su yo se manifiestan en dos formas principales: la contratransferencia directa y la indirecta. En la contratransferencia directa: “El paciente se convierte de modo **inmediato** en pantalla para las imágenes de los objetos introyectados y del sujeto mismo (las ego-imágenes del analista) y se convierte al mismo tiempo en objeto de las tendencias dirigidas hacia estas imágenes.”\* Este proceso determina el surgimiento de una gran variedad de situaciones contratransferenciales pertenecientes a todos los niveles de la organización instintiva. Se podrían citar como ejemplo las vivencias del analizando como “vampiro” que corresponden a imagos arcaicas de la madre (o del pecho) devoradora, o a la ego-imago arcaica del analista como vampiro.

Esta forma ha sido la primera descrita, pero no menos importante es la

---

\* Op. cit., p. 144.

contratransferencia indirecta: aquí la contratransferencia esencial del analista se hace sobre un objeto exterior distinto del paciente, que es vivenciado como vigilando y juzgando su tratamiento. Este objeto exterior puede ser tal o cual analista-padre, o el grupo analítico, o la sociedad en general, que pasan a representar al superyo del analista, estimulando su necesidad (desde luego neurótica en este caso) de conseguir a todo precio un éxito terapéutico para aplacarlo. Secundariamente, por un proceso que Racker llama subcontratransferencia, el analizando llega en esta forma a ser vivenciado como el superyo del analista. Esta situación se da por ejemplo cuando existe el peligro que el análisis fracase, que el paciente empeore, etc., y puede dar lugar a reacciones patológicas: ya sea un sometimiento masoquístico a los objetos superyoicos re proyectados en el paciente (“romperse todo”, “matarse” por el paciente, como en un caso citado por Racker, dejarse invadir por él como en otro, etc.); ya sea un intento de invertir esta situación, proyectando el objeto malo y culpable en el paciente (“yo no soy incapaz, es el analizando que no sirve”); o un proceso hipomaniaco (por ejemplo el admitir como mejoría real una mejoría tan sólo aparente y transitoria del analizando, negando así la persistencia del conflicto).

Otro concepto descriptivo interesante introducido por Racker desde 1948 es el de para-contratransferencia. Se refiere a reacciones contratransferenciales que se establecen con las figuras de personas cercanas al analizando (padres, cónyuges, hijos, etc.), y son paralelas a las reacciones para-transferenciales que establece el analizando con las personas cercanas al analista.

Las formas de la contratransferencia manifiestan procesos psicológicos subyacentes y una dinámica que Racker ha estudiado y descrito muy detalladamente. “Cada situación transferencial provoca una situación contratransferencial que surge a raíz de la identificación del analista con los objetos del analizando. Estas situaciones contratransferenciales pueden ser reprimidas o bloqueadas efectivamente, pero probablemente no evitadas; en todo caso no deberían ser evitadas a fines de una comprensión total.”\* Esta respuesta contratransferencial obedece a leyes determinadas, entre las cuales la ley del talión ocupa un lugar muy importante. Así toda transferencia positiva es contestada **en un plano** por una contratransferencia positiva, y una negativa o sexual por reacciones correspondientes. De ahí que la contratransferencia constituya un indicador muy provechoso de los aspectos escondidos de la situación transferencial. Ya sea que se manifieste por ocurrencias o fantasías contratransferenciales, o por una posición contratransferencial implicando una participación mucho mayor y constante del yo en la situación, la contratransferencia proviene de la simbiosis psicológica entre analista y analizando. Por esto, las resistencias transferenciales, que son defensas utilizadas por el analizando para que no se repitan en la transferencia las catástrofes vividas con los objetos arcaicos se duplican en el analista por contrarresistencias que obedecen a un determinismo semejante. Por ejemplo, el analista puede temer la repetición en la situación contratransferencial de los crímenes cometidos en fantasía contra sus objetos infantiles, y encontrarse paralizado frente a su paciente por angustias depresivas.

Desde luego, en la misma forma que el conflicto edípico constituye el nódulo de la neurosis original del paciente y de su neurosis de transferencia, constituye también el nódulo de la neurosis de contratransferencia. En este plano, el analizando representa fundamentalmente al padre o a la madre para el inconsciente del analista, y todos los sentimientos y reacciones que pertenecen al complejo edípico tienden a repetirse en la

---

\* Racker, op. cit., p. 164.

contratransferencia, tanto en su aspecto positivo como negativo. Ejemplos de esta situación serían —entre innumerables otros— los casos donde el cónyuge o compañero sexual de la persona en análisis se empeña en deshacer la relación analítica, tendiendo así a crear una situación contratransferencial de rivalidad edípica.

La utilización de la contratransferencia como instrumento técnico ha llevado a Racker a buscar correlaciones específicas entre determinadas vivencias contratransferenciales y sus correlativos transferenciales. Citaré algunos ejemplos de estas correlaciones descubiertas por él.

El surgimiento frecuente de la angustia contratransferencial hace muy necesario buscar su correlación específica con la situación del paciente. Si la angustia del analista es de tipo depresivo (temor a destruir o dañar al paciente), el análisis concreto de los casos muestra que corresponde a una defensa masoquística del paciente. Este ha vivido una situación de frustración y reacciona con agresividad. Esta agresión no se exterioriza en la situación analítica, y el paciente la vuelca contra sí mismo. El analista se siente identificado con el objeto que agriede internamente al analizando, y reacciona con la angustia de dañarlo. Si la angustia del analista es de tipo paranoide directo (temor a ser agredido o dañado por el paciente) es que el paciente se está defendiendo contra objetos internos perseguidores mediante la identificación con ellos. La persecución interna del paciente se torna por lo tanto en persecución del analista por el analizando, y el analista siente angustia paranoide.

Otra correlación es la de la agresión experimentada en la contratransferencia. En un primer plano, es la consecuencia de una situación transferencial donde el paciente frustra determinados deseos del analista. La situación del analista es depresiva o paranoide; la del paciente es de tipo maniaco. Pero la situación transferencial mencionada es ella misma una defensa frente a determinados objetos internos, por ejemplo un objeto que persigue al analizando en forma sádica, moral o vengativa, o bien puede ser que el analizando defiende a determinado objeto interno mediante ataques en contra de su propio yo y ataque al mismo tiempo a su objeto externo (analista). En todo caso, el analista es colocado en situación depresiva o paranoide, y puede reaccionar por identificación con el perseguidor, transformándose a su vez en perseguidor del paciente (de donde la vivencia interior de fastidio o rabia).

La aparición de sentimientos de culpa contratransferenciales corresponde, en un primer plano, a una situación donde el analizando representa al superyo acusador del analista, al mismo tiempo que la víctima de éste, siendo el analista el yo culpable de agresión e incapaz de reparar. En otro plano subyacente, el analista es identificado con un objeto sádico y omnipotente, culpable de todo lo malo que ocurre al paciente, y el paciente es víctima de él —en forma depresiva o paranoide—.

Si la contratransferencia es en parte determinada por la situación del analista frente a sus objetos internos, y si son éstas las situaciones que condicionan su tipo de personalidad —su carácter— no extrañará que uno de los campos abiertos por el estudio de la contratransferencia sea el de la caracterología y caracteropatología del analista y de su incidencia sobre su técnica y las situaciones analíticas en las cuales está involucrado. Racker ha dedicado dos pequeños trabajos\* a la descripción de dos reacciones caracterológicas del analista que pueden perturbar el proceso analítico (“contrarresistencias caracterológicas”).

La reacción contratransferencial básica del analista con un carácter masoquístico no suficientemente resuelto es ubicar en el paciente a su propio objeto sádico, lo que

---

\* Estudios VII y VIII.

origina uno de los tipos de contratransferencia negativa. En la medida en que permanece masoquista, el analista desea inconscientemente el fracaso de su labor, y se establece una “colaboración silenciosa” de los masoquismos entre analista y analizando. El analista llega a no tolerar los progresos que ha permitido, y se crea una “reacción terapéutica negativa del analista”.

El masoquismo del analizando se vuelve punto ciego para el analista, quien al contrario percibe correctamente la transferencia negativa y las resistencias del analizando. Por lo tanto tiende a desconocer la transferencia positiva latente. Esta situación puede llevarlo a enfoques inexactos, a una exagerada pasividad, a una lejanía afectiva con respecto a su paciente, en general a una actitud demasiado poco entusiasta en lo que se refiere a los progresos que pueden efectivamente conseguirse.

Consecuencias semejantes, aunque aparentemente opuestas, tiene la actitud caracterológica hipomaniaca mal resuelta en el analista. Lo lleva a una serie de confusiones conceptuales y de actitudes técnicas equivocadas que llegan a un mayor encubrimiento de ciertos conflictos esenciales de los pacientes, a pesar de “mejorías” sintomáticas ruidosas.

La primera confusión surge a propósito de la “dependencia” o “independencia”. Se pierde de vista que la independencia frente a los objetos externos puede ser una formación reactiva contra una angustiada dependencia frente a un objeto interno odiado y temido en el fondo, y se paga por la incapacidad de entrega libidinosa y de contacto afectivo con el objeto (ambas cosas implicando un cierto “depende” de él, en la medida en que es amado). En ciertos casos, se acepta así por “independencia” lo que no es en realidad sino una seudo independencia, habiendo sido transferida la independencia verdadera, de los objetos externos del paciente al analista. Este es vivido entonces no como alguien que permite una mayor independencia, sino como alguien que le exige.

En este caso, el analista vive en una estrecha dependencia de ciertos *objetos* internos suyos, y reacciona con una negación de esta dependencia. Tiende hacia el “acting-out”, buscando una independencia hipomaniaca, y tiende a realizar este “acting-out” con su analizando a impulsarlo hacia una actuación formalmente independiente. Pero tendrá las correspondientes dificultades en hacerle elaborar y superar su dependencia neurótica frente a su analista.

La misma confusión se encuentra en cuanto a la “liberación instintiva” como fin analítico. A pesar de las aclaraciones de Freud al respecto, los analistas con tendencias caracterológicas hipomaniacas tienden a impulsar a sus analizandos, en forma más o menos enmascarada, a la actuación instintiva externa, lo que los ayuda, no a resolver su conflicto instintivo (ni las angustias subyacentes), sino a reforzar una defensa patológica más, el “acting-out”.

El mismo problema se manifiesta también en el trato de los sentimientos de culpabilidad, si el analista se empeña en considerarlos como “neuróticos” y en atacar a los “objetos malos” que los provocan. Se transforman los sentimientos de culpabilidad en acusaciones contra los padres u otros objetos, favoreciendo así la defensa contra la depresión por medio de la “manía recriminatoria”. Se confunde así la recriminación con el conocimiento libre de temor de la neurosis de los padres.

Todas estas confusiones pertenecen a la confusión más general, y caracterológicamente determinada en el analista, entre manía y salud.

De todo esto resaltan los usos de la contratransferencia. El proceso analítico no sería pensable sin una situación de fondo de contratransferencia positiva —como tampoco lo sería sin la transferencia positiva—. La contratransferencia positiva es lo que permita al analista identificarse con el analizando, comprenderlo, intervenir activamente para ayudarlo. Pero también otras formas de contratransferencia —la

negativa, la sexual, las formas caracterológicas— pueden intervenir e intervienen necesariamente, creando obstáculos.

Por suerte, la comprensión del obstáculo permite no sólo superarlo, sino utilizarlo como instrumento para mejorar nuestra técnica. Esta dialéctica se observa con particular claridad en el análisis hecho por Racker de las contrarresistencias para interpretar.\* Estas contrarresistencias se producen cuando percibimos y entendemos algo importante en la situación del paciente, y, por algún motivo **subjetivo**, retenemos su interpretación.

En tales casos se observa siempre que la contrarresistencia para interpretar coincide y colabora con la propia resistencia del paciente. El surgimiento de la contrarresistencia, por lo tanto, no sólo señala el punto urgente de la resistencia del paciente, sino también que algún elemento de la interpretación se nos ha escapado, sin el cual la interpretación no sería realmente adecuada. El descubrimiento de este punto ciego hace desaparecer la contrarresistencia y permite la interpretación más actual y eficiente.

Por razones bastante obvias, Racker no piensa que deban favorecerse las manifestaciones de la contratransferencia, ni comunicar sus contenidos al analizando como contenidos contratransferenciales. No ve en su investigación ningún motivo para renunciar a la regla de neutralidad del analista, sino lo contrario.

La comprensión de la contratransferencia sólo nos permite un acceso más claro a nuestro objeto, la situación única y global estructurada por el determinismo recíproco de la transferencia y de la contratransferencia. Sólo en esta perspectiva pueden incluirse los elementos contratransferenciales en la interpretación

—cuando no representan una confesión de la subjetividad del analista, pero sí un elemento dado e inconscientemente vivenciado por el paciente, de la situación analítica actual—.

La contratransferencia sirve de brújula para la interpretación, al mismo tiempo que la transferencia y por los mismos motivos.

Muchos progresos quedan por hacer en el perfeccionamiento de esta brújula, tanto teóricos como personales. Una parte importante de los que ya fueron hechos se debe a Heinrich Racker.

**Willy Baranger.**

## **Reseña de libros y revistas**

MARC SCHLUMBERGER.— “Introducción al estudio de la transferencia en clínica psicoanalítica”. Rey. Française de Psychanalyse, T. XVI, Nº 1-2, págs. 123-152, 1952.

El autor expone en qué circunstancias Freud reconoció y aisló el fenómeno de la transferencia. En el uso de la hipnosis observó accidentes tales como el de una enferma histérica que se echa sobre su cuello al despertarse del sueño hipnótico. Pensando evitar estos peligrosos accidentes de transferencia erótica, abandona la hipnosis creando el psicoanálisis.

La transferencia es una actitud afectiva particular manifestada por el analizando frente al analista, sin que éste la haya provocado de ninguna manera. En el análisis de Dora (1899) se encuentra frente a la misma situación y la denomina transferencia negativa. Señala entonces una transferencia positiva y otra negativa, ambas como resistencia a la curación.

---

\* Op. cit. Estudio IX.



En primer término, transferencia significa el fenómeno de desplazamiento y las tendencias desplazadas con sus cualidades afectivas. El sujeto traspaasa al analista sus actitudes afectivas que corresponden a su infancia y que por la represión se hacen inconscientes. El enfermo repite —no recuerda simplemente— las situaciones y analizando la transferencia, retorna a la conciencia lo que ha sido experimentado en la infancia. Si las tensiones afectivas inconscientes vuelven a sentirse como intolerables, la transferencia en vez de ser sentida es actuada (acting out).

En segundo término, del punto de vista económico y dinámico, la transferencia tiene los caracteres de un síntoma neurótico, con la ventaja de ofrecer la esperanza de una real descarga de su tensión. El motor de la transferencia es la satisfacción instintiva reprimida y que queda en suspenso, tendiendo a satisfacerse en la transferencia más que en el síntoma, ya que ésta le ofrece la posibilidad de un drenaje real. La neurosis se transforma así en una neurosis de transferencia.

En tercer término, la “disposición a la transferencia” proviene de las presiones instintivas inconscientes. Parte de estas presiones tienen acceso a la conciencia como sentimientos tiernos —sublimados— ignorando el yo su origen y su objeto primitivo que queda inconsciente. Las pulsiones sublimadas pueden llamarse “disposición a la vinculación” y cuando se exteriorizan frente al analista toma el nombre de “transferencia positiva” en el sentido limitado de confianza afectuosa. El yo del sujeto colabora en el análisis esperando descargar las pulsiones reprimidas; pero el yo puede desencadenar sus defensas contra esas pulsiones del ello y la transferencia se torna así negativa, hostil o ambivalente por lo menos.

Esta transferencia negativa es una resistencia al análisis. Es la primera en hacerse sentir y se repite a lo largo del tratamiento. Se traduce por trastornos corporales, dificultades en la asociación de ideas, silencios, deseos de irse o detener la curación.

Pero la transferencia comporta también una resistencia intrínseca que es la “resistencia a la transferencia”. Los estados afectivos reprimidos e inconscientes se viven en el análisis como actuales frente al analista, y en su sentido estricto, la transferencia es el sustitutivo de una toma de conciencia. Se reproducen las resistencias y analizando y analista, que hasta entonces trabajaban en el mismo sentido, van por caminos diferentes. Allí aparece la resistencia mayor al análisis que puede transformarse en una cristalización frente a la cual el analista debe estar atento para sorprenderla en su estado naciente. El paciente deja de cooperar, se irrita contra el analista y comienza a realizar actos de transferencia que reproducen los antiguos hechos alrededor de los cuales se aglutinaba su neurosis.

Una tercera resistencia proviene del propio inconsciente, que por su automatismo de repetición, consistente en descargar las pulsiones eróticas reprimidas bajo las mismas condiciones infantiles, tiende a estereotipar los procesos transferenciales.

Del punto de vista estructural la transferencia es la repetición de pulsiones reprimidas dirigidas a objetos primitivos introyectados, cuyos “imagos” forman, en el yo, el ideal del yo o super-yo. En el análisis hay un redesplicue de imagos con reproyección —por obra de la libido objetal residual que tiende a descargarse— pero que siguiendo al automatismo de repetición, reviste de preferencia las imagos de los antiguos objetos abandonados, confiriéndole nuevamente su calidad de objetos externos.

Esta reobjetivación se hace sobre cualquier objeto provisto de cierto valor simbólico y constituye la “disposición a la transferencia”. Aunque la transferencia comienza con el análisis, es después de un tiempo que sus imagos toman cuerpo suficiente como para ser interpretadas y reconocidas como representaciones antiguas. Así el analista se ve identificado con el padre, madre, hermanos y otras personas

introyectadas en la infancia del paciente. Cuando las imagos se precisan, las actitudes afectivas transferenciales pueden retomar su relación con el objeto verdadero y la evolución de estas relaciones se realiza bajo la vista del paciente. El analista es el espejo de estas imagos y su papel parental hace que el analizando busque ser aconsejado, castigado o justificado por él, conduciéndose como un niño frente a sus padres. Son estas mismas pulsiones las que inducen al niño a imitar naturalmente aquellos comportamientos del padre que lo perturban. La introyección del analista origina un super-yo parásito (Rado) o auxiliar por medio del cual es posible la modificación de los imperativos arcaicos. Son pulsiones narcisistas las que operan en la necesidad de identificarse con el analista y constituyen la segunda fuente de la “disposición a la vinculación”.

Al comienzo de esta transferencia narcisista, el analista es idealizado. Más tarde cae de su pedestal, al hacerse permeable a las restricciones que se hacen sobre él, y la transferencia vira a la hostilidad bajo la influencia de la frustración narcisista. La transferencia narcisista reaparece al final del tratamiento con el temor de quedar solo, lo que indica que siempre el analista es investido de una cierta cantidad de libido objetal.

La resistencia a la transferencia narcisista ocurre porque recuerda de algún modo a alguna experiencia mística. Un paciente sale de su primer sesión en un estado de alegría delirante y dos años después vuelve al analista para expresarle que después de una noche de exhuberancia desenfrenada temió ser objeto de un maleficio.

La necesidad de identificación narcisista con el analista se encuentra cargada de libido objetal que no ha podido ser desexualizada y las pulsiones homosexuales —en el hombre— encuentran su campo electivo de expresión. Para la mujer es además campo de expresión de sus pulsiones hétero-sexuales, cuyos objetivos se calcan sobre el deseo narcisista de incorporación del analista.

El analista, en suma, puede ser objeto de las pulsiones, objeto del yo o reedición del super-yo del analizando. Pero además puede representar la propia imago del yo del sujeto, o más habitualmente del ello, o sea un yo transferido al analista y viciado de pulsiones. Asimismo el analizando puede desempeñar el rol de su propio super-yo o el de otras personas con las cuales se identifica.

Transferencia positiva o amor, y negativa o agresión, no tiene un valor absoluto, ya que una transferencia positiva puede hacerse una resistencia y una negativa, como la rivalidad edípica, es fecunda para el desarrollo del análisis. Pero es necesario una transferencia positiva para la buena marcha del análisis. Esto ocurre a través del tiempo, por la disposición a la vinculación subtendida por la disposición a la transferencia y por la actitud de benevolente neutralidad del analista, cuidando de no hacer el juego que el analizando busca hacerlo entrar. En general, es posible establecer esta transferencia positiva o analizar sus fallas, pero hay situaciones en las que no es posible, ya sea por semejanza del analista con el padre del analizando o porque la analista evoque las características viriles de la madre. Son los únicos casos excepcionales en los que el sexo del analista es decisivo, ya que los objetos de las tendencias pregenitales no están sexualmente diferenciados y en la etapa genital edípica se escinden y se desarrollan con tres personajes.

Establecida la transferencia positiva, la actitud del analizando es muy variada y la del analista consiste en “no hacerle el juego” (Fenichel), estando alerta al papel que el paciente le atribuye y el que realmente desempeñan analista y analizando en la transferencia, interpretándose de acuerdo a las reglas habituales.

Cabe señalar, por último, la resistencia opuesta, en la transferencia, por los beneficios secundarios. A la neurosis de transferencia se aportan estos beneficios que alimentan la neurosis del analizando, y pueden aparecer como tales en la transferencia.

Por último, se observan reacciones negativas de transferencia en las fases finales del tratamiento, ya sea bajo la forma de agresión, de abandono, de depresión masoquista, de duelo por la idea de pérdida del objeto, ya bajo la reaparición de los síntomas que lo llevaron al análisis, fobias, angustias, obsesiones, etc., que constituyen una neurosis traumática de transferencia. Esta situación puede ser útil como medida terapéutica en los análisis estancados en los cuales la fijación de un plazo para la finalización del análisis puede movilizar y permitir la liquidación de la situación transferencial.

Por parte del analista hay también actitudes afectivas inconscientes que se producen frente al analizando y que constituyen la contratransferencia. Su inconsciente es el instrumento por excelencia del análisis. El analista tiene acceso a su inconsciente por su propio análisis personal aunque, por completo que sea, no está exento de una “disposición a la transferencia” que puede emerger en la contratransferencia, razón por la cual el analista debe estar siempre alerta para despistarla.

**Jorge Galeano Muñoz.**

MICHAEL BALINT (en colaboración con Alice Balint).— “Sobre transferencia y contratransferencia” (On Transference and Counter-Transference). In: Primary love and PsychoAnalytic Technique. London. The Hogarth Press, 1952.

En este artículo, publicado por primera vez en 1939, los autores plantean el problema de la participación del psicoanalista en las actitudes transferenciales de los pacientes. Era un principio básico e incontrovertible, para la mayoría de los psicoanalistas, que el terapeuta debía abstenerse en absoluto de transferir al analizando ninguno de sus estados afectivos: debía conducirse frente al sujeto, según el símil empleado por Freud, como una pantalla, o como la superficie pulida de un espejo que reflejara las fantasías y las emociones del otro, pero sin poner nada de sí mismo, sobre la elaboración interpretativa. Según lo refiere Balint, el analista debía conducirse como un objeto inanimado, y proceder en forma tal, de no “influir sobre su paciente sino a través de su función interpretativa”. En ese sentido, el análisis era comparado con una operación quirúrgica y la conducta neutral del analista con la asepsia del cirujano.

Sin embargo, debemos preguntarnos hasta qué punto el analista está de hecho, absolutamente libre de todo rasgo personal susceptible de transferencia. Ya Freud había señalado que el análisis no se realiza en el vacío. El psicoanalista, en efecto, tiene un nombre, un prestigio, una edad, es hombre o mujer, y en un sentido amplio transfiere esos caracteres de su personalidad a sus pacientes.

Los autores enumeran una serie de elementos personales que varían de un analista a otro, y que son capaces de provocar reacciones dispares de orden transferencial, en los pacientes, aun cuando el terapeuta se coloque en la posición neutral aconsejada. Dichos elementos son numerosos y se traducen por detalles, algunos de ellos aparentemente nimios, que se refieren, no sólo a los rasgos estrictamente personales del psicoanalista, sino también a los aspectos del mobiliario, desde las características del diván, hasta los muebles, adornos y grado de iluminación del consultorio.

Para Balint, muchas variantes técnicas propuestas y defendidas con entusiasmo

por sus autores, traducen más que nada aspectos personales que llevan a maneras diferentes de conducir el tratamiento psicoanalítico, pero que desde el punto de vista estadístico, no altera los resultados finales, los porcentajes de éxitos y fracasos.

Esto lo lleva pues a revisar el concepto del analista “pantalla” y a preguntarse si “en la práctica, dado que la situación psicoanalítica es la resultante del interjuego entre la transferencia del paciente y la contratransferencia del analista complicada por las reacciones liberadas en cada uno por la transferencia del otro”, puede todavía ser considerada como un campo “estéril”, neutro.

Señala además, que una de las fuentes de la técnica del analista es la transferencia de sus emociones, vale decir, una manera de librarse, en forma sublimada de sus propias tensiones, “especialmente las que surgen en el curso del tratamiento con nuestros pacientes”. Y agrega que cada técnica debe realizar dos *tareas*: la primera y la más importante, *lograr* que el paciente analizado aprenda a conocerse a sí mismo, su propio inconsciente, y no el del psicoanalista y, segunda, procurarle a éste una válvula emocional suficientemente eficaz.

Volviendo a la metáfora de Freud, concluyen, que el analista debe comportarse sí, como un espejo, pero no pasivamente, como un objeto inanimado, sino reflejando sin deformar a su paciente. Cuanto más claro se vea el paciente a sí mismo, mejor será la técnica usada cualquiera sea la *magnitud de los rasgos* personales revelados por el analista a través de sus actitudes, interpretaciones, etc.

**Rodolfo Agorio.**

HERMAN NUNBERG.— “Transference and reality” (Transferencia y realidad). *The International Journal of Psychoanalysis*, Vol. XXXII, Part 1, 1951.

Comienza el autor dando algunos ejemplos para aclarar lo que entiende por transferencia. En el primer ejemplo, una paciente constantemente lo criticaba, pretendiendo enseñarle lo que debía decir y cómo debía decirlo, así como lo que debía hacer. La interpretación, aceptada por ella, que esperaba encontrar al padre en su analista y *quería cambiarlo de acuerdo* a su imagen interna de él, no modificó la situación. Como la enferma no logró sus propósitos, sintió frustración y rabia. ¿Es esto transferencia? No, porque la paciente no transfirió sus emociones en relación con su padre a su analista, sino que quiso transformar a su analista en su padre, lo que condujo a un conflicto sobre **una base casi real**.

¿Qué debemos entender por transferencia? Es una proyección, en el sentido de externalización, de las relaciones inconscientes del paciente con sus primeros objetos. La actitud de la paciente mencionada *no* es transferencia porque ella no proyectó la imagen de su padre en el analista, sino que trató de cambiar a su analista según la imagen del padre.

Refuta la objeción de algunos analistas en el sentido que la transferencia no es una proyección, sino un desplazamiento, alegando que si bien hay desplazamiento, es decir, traslado de afectos del padre o madre al analista, también hay proyección, ya que el analista es tratado como una imagen mental.

Un segundo ejemplo muestra una situación diferente: una paciente debía cerrar sus ojos para comprender a su analista, y sentía que su voz era como la de su padre muerto. Casi alucinaba a su padre. Aquí la paciente identificaba la imagen presente de su analista con la imagen pasada de su padre, y de este modo revive el pasado. Esta es una situación transferencial exitosa. La transferencia está basada en el fenómeno

que Freud llamó “identidad de percepciones”, es decir, que la percepción actual de una idea o emoción revive antiguas ideas o emociones reprimidas como si fuesen actuales. Esta identidad de pasado y presente es también la base del fenómeno llamado “acting-out”. El autor da ejemplos que ilustran esta situación.

La tendencia a establecer “percepciones idénticas” supone no sólo el mecanismo de identificación, sino también el de proyección, ya que el paciente coloca en el analista experiencias arcaicas vividas con sus padres. La transferencia utiliza, pues, ambos mecanismos: identificación y proyección.

La transferencia ocurre también en otras terapias, pero el analista, a diferencia de otros psicoterapeutas, la considera una ilusión y no una realidad.

Se ocupa luego el autor de las similitudes y diferencias entre transferencia, “identidad de percepción” y compulsión a la repetición. La tendencia a la “identidad de percepción” es un principio conservador, que satisface la compulsión a la repetición del pasado. En virtud de la transferencia, experiencias actuales son percibidas de un modo idéntico a las viejas experiencias reprimidas. Sin embargo, en la transferencia la “identidad de percepción” no es completa, como ocurre en los sueños y en la alucinación.

Transferencia y compulsión a la repetición tampoco se confunden, porque la primera apunta al presente (realidad) y la segunda al pasado. La transferencia tiene, como Jano, dos caras, una vuelta hacia el pasado y función de la compulsión de repetición, otra hacia el presente e independiente de la compulsión de repetición. En la transferencia, el pasado está en el presente y el presente en el pasado, de acuerdo con el carácter atemporal del inconsciente.

A través de la transferencia, la parte del yo sana aprende a diferenciar más claramente las experiencias actuales de las infantiles, y, de este modo, su juicio de realidad mejora.

A veces, la transferencia se vuelve resistencia. Es el caso de la transferencia debida a la repetición de algunos rasgos caracterológicos. Cita el ejemplo de un paciente que parecía querer contarle todo, aparentando una muy buena disposición para el análisis, pero que llevaba la intención inconsciente de ocultarle sus fantasías reprimidas, como lo había hecho en su pasado con su madre.

Enfatiza el autor el carácter reeducador de la transferencia. A través de ella, aprende a manejar mejor el conflicto entre las urgencias del ello y las necesidades del yo. Repite este conflicto en la relación transferencial y allí puede modificarlo.

También constituye una reeducación del super-yo. El analista queda automáticamente convertido en el padre o la madre, ya que el ello pide únicamente ayuda a los padres. De modo que a través de la relación con el analista puede modificar la relación con sus padres internos.

El autor considera que la relación paciente-analista es muy similar a la relación hipnotizado-hipnotizador, con la diferencia que el analista usa el poder que le confiere el paciente al identificarlo con su super-yo, para enseñarle a este último el test de realidad. El analista se vuelve omnipotente para el paciente, y el yo del analizado hace una regresión al estadio donde la realidad interna, psicológica, reemplaza a la realidad externa, y donde el proceso primario reemplaza al proceso secundario.

Tanto la transferencia como la hipnosis son la expresión de la tendencia a la identidad de percepción. El análisis de la transferencia, al volver consciente la proyección de las imágenes parentales sobre el analista, facilita al paciente el distingo del pasado y el presente y evita así que lo reprimido distorsione las experiencias actuales. De este modo, el ajuste a la realidad se hace cada vez mayor, y la identidad

de percepción queda reducida a los sueños, alucinaciones y delirio.

**Héctor Garbarino.**

D.W. WINNICOTT.— “Head in the Contratransference” (Odio en la contratransferencia). The International Journal of Psycho-Analysis, Vol. 30, N° 2, 1949.

Como ya lo anuncia el título del artículo, sólo va a estudiar un aspecto de la contratransferencia con los psicóticos: el odio.

Piensa que este sentimiento no sólo es provocado por los pacientes en los analistas, sino en toda persona que trate de ayudarlos (médicos, psiquiatras, nurses, etc.).

Es necesario tener plena conciencia de este odio provocado, para evitar atacar al enfermo en alguna forma.

Aclara su concepto de contratransferencia, que es el producto “del empleo del amor y del odio del analista en relación a una observación objetiva de la conducta y personalidad del analizado”, es necesario estar atento a ella y estudiarla objetivamente para su mejor empleo. Descarta, por supuesto, las reacciones anormales del analista, ya sea por represión de los sentimientos que le despierta su paciente, o por proyectar sus propios conflictos.

El paciente imputa a su analista lo que él es capaz de sentir, así un obsesivo dirá que su trabajo es obsesivo, un hipomaniaco, que no es capaz de depresiones, etc., etc. En la misma forma un psicótico pensará que lo quiere destruir, en función del amor-odio. El analista, podrá tolerar esta situación si es capaz de odiarlo objetivamente. Admite que el odio hacia los pacientes es muchas veces justificado. Trae un ejemplo personal con un paciente en que se ve este fenómeno.

Sin embargo este odio del analista hacia su paciente puede no hacerse consciente por múltiples razones.

Ilustra a continuación y a través de un sueño, una reacción agresiva con una paciente psicótica, reacción que estaba determinada por la ansiedad que le producía, la negación corporal de los dos (analista y analizada), que hacía la paciente. Esta situación le traía también dificultades con los demás pacientes para la conexión sin conocerlo mayormente, tal es así que el paciente vive el diván ya sea como regazo o útero materno.

El odio del analista está guardado latente y algunos psicóticos lo buscan pero lo buscan objetivo. Y esto ocurre porque sienten que no pueden obtener amor. Esto se ve con frecuencia, como consecuencia de una infancia desvalida y muy problematizada. Cuenta como ejemplo la historia de un niño huérfano del que se hizo cargo la familia del autor de este artículo, en el que a pesar de los cuidados y el afecto que le prodigaban ellos, el niño constantemente, al principio de su estada allí, trataba de provocar y buscar el odio de sus bienhechores.

Admite, por otra parte, que la madre sienta odio por su niño antes que éste lo sienta por ella. Da varias razones para explicarlo, entre ellas: la frustración cuando comprueba que no es su propia concepción mental, como tampoco lo que ella buscó en él, el niño-padre o el niño-madre, le trae una serie de preocupaciones, interferencias en su vida privada, peligros para su cuerpo por el embarazo y el parto, le daña sus pezones, trata de dañarla porque es cruel con su amor, muestra desilusión por ella, etc., etc. En los análisis, en las situaciones regresivas, sucede esto mismo, el paciente al igual que el recién nacido no puede comprender la situación del analista-madre. Es necesario que la madre tolere sentir odio por sus hijos sin dañarlos, es necesario que lo

convierta en masoquismo. Es ésta tal vez la base del natural masoquismo de la mujer.

Tal vez el niño no puede soportar esto y espera odio por odio, así el psicótico que odia a su analista espera odio de él.

El problema que se plantea es cómo interpretar o manejar este odio en el análisis. Es un arma muy peligrosa y es necesario el momento oportuno para emplearla, pero piensa que el análisis no está bien terminado si no se le ha podido decir al paciente todo lo que se supo de él al principio y a través de sus actitudes, sin que las haya mencionado. Hasta que esto no sea posible decírselo al paciente, él sentirá que está obligado al analista como lo sintió en su infancia hacia su madre.

La posición ideal del analista frente a su paciente, es la de la madre frente al bebé recién nacido, es decir, estar preparado.

**Mercedes Freire de Garbarino.**

ANNIE REICH.— “On Counter-Transference” (Acerca de la contratransferencia). The International Journal of PsychoAnalysis, Vol. XXXII, Part 1, págs. 25-31, 1951.

La comprensión del paciente y la capacidad de contestarle adecuadamente no tienen fundamentos únicamente lógicos. A menudo, surgen como de la propia mente del analista, y son experimentados en forma casi pasiva, como algo “que ocurre. Esta clase de comprensión del problema del paciente se obtiene a través del inconsciente del analista, como si hubiera ocurrido una identificación parcial y momentánea con el paciente. La evidencia de lo que ocurre en el inconsciente del paciente está basada sobre un conocimiento de lo que ocurre en la mente del analista.

De todos modos, el instrumento para comprender es el propio inconsciente del analista. Es lo que quería decir Freud cuando recomendaba escuchar al paciente con atención flotante. Por supuesto, hay riesgos. Si el analista está personalmente preocupado, no puede asociar libremente, o no se puede identificar con el paciente, o se identifica demasiado y queda apresado en él, etc..., no podrá escuchar sin esfuerzo, recordar, comprender, contestar correctamente.

Además, le incumben otras tareas: tiene que ser el objeto de la transferencia del paciente, la pantalla sobre la cual el paciente proyecta sus objetos infantiles. Tiene que permanecer neutro. Debe ser capaz de tolerar amor y agresión, etc..., sin perturbarse. Tiene que participar tan profundamente de la otra persona como para entenderla, pero no sentirse implicado, lo que no sería posible si no hubiera pasado por su análisis personal.

La neutralidad no significa que el analista no tenga ninguna clase de relación con el paciente. Se espera que esté interesado, y con voluntad amistosa de ayudarlo. El paciente puede gustarle o no. En la medida en que estas actitudes son conscientes, no se trata de contratransferencia. Si estos sentimientos se vuelven más intensos, estamos seguros que intervienen los sentimientos inconscientes del analista, sus propias transferencias sobre el paciente, es decir, sus contratransferencias.

La contratransferencia comprende los efectos de las necesidades y de los conflictos inconscientes del analista sobre su comprensión o su técnica. En estos casos, el paciente representa para el analista un objeto de su pasado, sobre el cual proyecta deseos y sentimientos pasados, como ocurre en la transferencia del paciente sobre el analista. El factor desencadenante puede ser un elemento de la personalidad del paciente o del material, o un elemento de la situación analítica en sí. Eso es la contratransferencia en el sentido estricto.

Se puede entender la contratransferencia en un sentido más amplio, para todos los casos en que el analista utiliza el análisis con fines de acting-out: cuando la actividad de analizar tiene para el analista un significado inconsciente. Los pacientes no son entonces verdaderos objetos de transferencia, sino más bien instrumentos por medio de los cuales se gratifican ciertas necesidades del analista. Los dos tipos de contratransferencia a menudo se mezclan y no se pueden separar exactamente.

Los casos más simples son los que se producen bruscamente, en determinadas circunstancias y con pacientes específicos. El analista, por un debilitamiento pasajero de su equilibrio psíquico, es incapaz de tolerar un paciente que le muestra como un espejo sus propios impulsos reprimidos. La reacción contratransferencial se debe a una identificación con el paciente. Son las formas más frecuentes. Los fenómenos contratransferenciales pueden ser también simples impulsos desplazados: los pacientes no son realmente objetos de los impulsos profundos, sino que reflejan los impulsos del analista como si fueran realizados (caso de enamoramiento).

También un elemento del material puede desencadenar la reacción contratransferencial: algo evoca para el analista la escena primaria, y reacciona durmiéndose como lo hacía en la infancia.

Hay casos en que la contratransferencia proviene de la relación analítica como tal y de algunos aspectos de la relación con los pacientes: deseo pasivo-masquista de cambiar de lugar con el paciente, correspondiendo a una fantasía infantil.

Tales manifestaciones de contratransferencia reflejan dificultades neuróticas permanentes del analista, o un problema caracterológico especial: por ejemplo, una agresión inconsciente puede llevar al analista a ser demasiado conciliador.

Una actitud paranoide puede llegar a una proyección total de los propios contenidos del analista o mantenerse como capacidad especial para captar estos contenidos. Esto pertenece ya más al grupo del acting-out. Por ejemplo, un analista puede tener una compulsión a “entender” intelectualmente el inconsciente, como modo de mantener su propio inconsciente a distancia, despreciando los mecanismos de defensa. La mala relación del analista con su propio inconsciente lleva a una duda constante sobre la veracidad de las expresiones del inconsciente, y se dan interpretaciones profundas en forma compensatoria antes que el paciente pueda recibirlas, o se teme dar interpretaciones.

Otro grupo importante es el de los casos en que el analista usa el análisis para obtener gratificaciones narcisísticas. Una forma específica podría llamarse “mano de Midas”: como si todo lo que toca el analista se transformara en oro. Tiene poderes mágicos, sus interpretaciones son regalos mágicos y sus pacientes se vuelven genios por el solo hecho de ser sus pacientes. El peligro es de no apreciar adecuadamente las posibilidades de los pacientes, de tener una ambición terapéutica excesiva, y de desarrollar hostilidad hacia el paciente que frustra la necesidad narcisística, no dejándose curar.

En relación con esto, se encuentran actitudes pedagógicas, frecuentes en candidatos con un pasado de psicoterapeutas.

En todos estos casos, el paciente no es un objeto real, sino un instrumento, se usa como testigo de que el analista puede dominar el inconsciente o de que no tiene que sentirse culpable.

Las dificultades contratransferenciales permanentes son mucho más frecuentes que los casos aislados. Son consecuencias de dificultades muy arraigadas de la personalidad, y su solución está en un nuevo análisis, siguiendo el consejo de Freud de que todo analista tiene que volver a analizarse después de unos años de práctica. Una descripción completa de las formas más frecuentes de la contratransferencia



equivaldría a una revisión de la psicopatología del analista. Importan más sus efectos sobre la técnica psicoanalítica. Todos los mecanismos mencionados pueden interferir en la capacidad de entender, contestar, interpretar, pero también pueden transformarse en sublimación valiosa, y recíprocamente. Conviene tratar de entender mejor en qué condiciones estos elementos inconscientes constituyen una base adecuada y aun excepcional para el trabajo analítico, y en qué condiciones interfieren con él.

El inconsciente del analista es su instrumento. La capacidad de usarlo de este modo tiene que provenir de motivaciones profundas, de tendencias inconscientes sublimadas en talento psicológico. Una tendencia que muchos analistas consideran indispensable es la curiosidad. Pero tiene que ser desexualizada, vale decir, desprendida de sus objetos primitivos y usada para entender la psicología y la estructura de aquéllos. La diferencia con tipos anteriormente mencionados de acting-out está en que, en la sublimación, la tendencia se realiza a través de un "insight" psicológico desexualizado, mientras en las formas patológicas de la contratransferencia esta transformación no se ha producido.

La contratransferencia es una condición indispensable del psicoanálisis. Sin ella, no hay interés ni talento. Pero tiene que mantenerse en la sombra y como fondo. En el analista que funciona normalmente se encuentran huellas del significado inconsciente primitivo del análisis; mientras el neurótico sigue interpretando erróneamente el análisis de acuerdo con sus fantasías inconscientes y reacciona según ellas.

**Madeleine Baranger.**

MARGARET LITTLE.— "On delusional Transference (Transference Psychosis)" [Sobre la transferencia delirante (Psicosis transferencial)]. The International Journal of PsychoAnalysis, Vol. XXXIX, Parts 11-1V, págs. 134-138, 1958.

Hay pacientes que no pueden utilizar las interpretaciones transferenciales: las encuentran sin sentido, o las aceptan aparentemente pero sin adquirir "insight".

Son pacientes que sufren de trastornos de carácter, de perversiones sexuales, de desórdenes psicosomáticos, psicópatas, vale decir, sujetos sanos con un gran monto de ansiedad paranoide y depresiva. Evidencian otras características en el análisis:

a) El análisis de los sueños no puede hacerse en la forma común: traen sueños con innumerables asociaciones sin que se pueda encontrar el contenido latente; sólo aparecen los mecanismos de defensa; o bien el contenido latente y el manifiesto coinciden, el contenido manifiesto constituye el pensamiento del sueño.

b) Tienen defectos del pensamiento, con deficiencia de la capacidad simbólica.

c) El "acting-out" es violento, o la violencia aparece en forma negativa como pasividad.

d) Tienden a hacerse sumamente dependientes, sus relaciones se convierten en "folies-à-deux", y es lo que intentan hacer con la relación analítica.

e) Parecen desarrollar como una adición al análisis. Tienen una necesidad insaciable de amor y atención para controlar mágicamente su odio y su destructividad.

f) Esas condiciones parecen tener su origen en una situación con una madre infantil, cuya ansiedad e inadecuación actuaron como persecución

real para el niño. La posición depresiva no puede ser alcanzada y los mecanismos de proyección e introyección se vuelven ineficaces.

La transferencia en estos pacientes es esencialmente delirante. Como en los neuróticos, es ambivalente, pero aparece a menudo sólo en su aspecto positivo, con el fin de mantener la idealización y negar la existencia de los contrarios. Pero, mientras el neurótico puede reconocer al analista como persona real, en la transferencia delirante, desaparece el “como si”, y el analista es, absolutamente, con autenticidad, los padres idealizados y odiados, etc... El paciente tiene que poder dirigir el odio y el amor hacia una sola persona, y reconocer la diferencia entre la realidad fantaseada y la objetiva. Clivaje, negación, aislamiento, proyección e introyección son los principales mecanismos que sirven para producir y mantener la transferencia delirante.

Parece deberse principalmente a una falla en la integración mente-cuerpo (con falla consecutiva en la integración de un Yo débilmente organizado y del Ello), que hace el Yo inaccesible a las interpretaciones transferenciales, por la identidad entre el analista y la imago parental.

La transferencia delirante encubre un estado que el paciente necesita y teme alcanzar: en el cual sujeto y objeto, todo sentimiento, pensamiento y el movimiento son vividos como lo mismo. Existe sólo un estar o un vivenciar, sin percepción de la persona; un temor, amor, movimiento, etc. ..., pero no hay persona que teme, ama, se mueve. Alcanzar este estado es terrorífico, porque es perder todo sentido de identidad. Es necesario alcanzarlo para reconocer la irrealidad de esas identidades, pero es vivido como total aniquilación; de ahí la necesidad de mantener la transferencia delirante.

La perturbación es cataclísmica y puede ser descrita como un orgasmo de dolor”. Es un momento de peligro muy real, que puede resolverse en autoagresión o intento de suicidio o en un ataque maníaco al analista. Si el movimiento se hace hacia el exterior, hacia el analista, se establece un contacto con una persona separada de los sentimientos y movimientos, lo que trae una nueva situación. El delirio no puede mantenerse y no se necesita más. La diferenciación aparece con el movimiento. Es el principio de la recuperación, porque la identificación primaria se deshace y la identificación secundaria se hace posible.

Resulta de eso que el análisis depende de la resolución de la transferencia delirante. La realidad debe presentarse como innegable e ineludible. El proceso se puede comparar al despertar de un niño muy pequeño, y la regresión a un nivel de extrema dependencia es inevitable. Tienen que aparecer recuerdos corporales de experiencias muy primitivas, de cualidad orgiástica, malas y buenas. Hay que conectarlos con vivencias de la situación analítica, y reconstruir en la forma más convincente posible las vivencias tempranas, con ayuda de los recuerdos encubridores. Puede hacerse necesaria la internación, que debe ser asumida plenamente por el analista como extensión de él mismo y relacionada con la transferencia.

La verbalización tiene que retroceder hasta sonidos muy primitivos y movimientos de la boca, a partir de los cuales otros movimientos y sucesos corporales pueden alcanzarse.

Ya que las interpretaciones transferenciales no tienen efecto, hay que encontrar otros modos de poner al paciente en contacto con la realidad. El analista tiene que usarse finalmente a sí mismo, ya que la ayuda del mundo externo es mínima. Tiene que usar tan plenamente y directamente como sea posible sus propios impulsos

instintivos. Hay momentos en que sólo la expresión directa de lo que el analista está sintiendo puede alcanzar al paciente. Los modos técnicos comunes son siempre los principales; pero tienen que ser, no suplidos, sino complementados en la forma indicada.

El autor se refiere después a otras contribuciones analíticas al problema. Freud ha descrito la resolución de un delirio en “El delirio y los sueños en la Gradiva de W. Jensen”, en la misma forma. Pero en el caso de los pacientes, el movimiento y el contacto que llevan de vuelta a la realidad tienen que ser repetidos una y otra vez. El estado de indiferenciación que encubre el delirio no se describe exactamente con los términos de “identificación primaria” y “narcisismo primario”, ni de “posición esquizoparanoide”. Es un estado de unidad básica, con indiferenciación absoluta. Un suceso del cuerpo (movimiento, salivación, etc...) surge de esa unidad para afuera, y la emoción lo sigue de acuerdo con la respuesta del ambiente. El descubrimiento del dolor ayuda a diferenciar “el self” y el “not-self”, el descubrimiento del placer ayuda sólo secundariamente.

El analista tiene que aceptar plenamente la unidad básica, sin poder distinguirse, psíquicamente, del paciente, pero preservando siempre su identidad. Tiene que ser capaz de comprometerse, arriesgándose a cometer errores, dejando al paciente libre de tomar o dejar lo que dice. Este estado de unidad básica es la base inconsciente de la totalidad de los fenómenos transferenciales. Cada analista tiene que encontrar su propio modo de tratar estos problemas, apoyándose ampliamente en la empatía, que depende de ese estado básico, pero ampliado por la experiencia.

#### **Madeleine Baranger.**

MARGARET LITTLE.— “Counter-Transference and the Patient’s Response to it” (La contratransferencia y la respuesta del paciente a ella). The International Journal of Psycho-Analysis, Vol. XXXII, Part 1, págs. 32-40, 1951.

El trabajo empieza por el ejemplo de una interpretación que fue aceptada en el momento por el paciente, pero que éste llegó a entender dos años después como habiendo sido aplicable en realidad al analista, que su culpa inconsciente había llevado a esta interpretación errónea terrada en cuanto a nivel). Se trataba pues de una conducta del analista que relevaba de la contratransferencia.

Aunque todos los autores insistan sobre la importancia y el peligro de la contratransferencia, es difícil dar de ella una definición clara. Los principales usos del término son:

- a) La actitud inconsciente del analista hacia el paciente.
- b) Los elementos inconscientes (no analizados) en el analista que lo vinculan al paciente del mismo modo como el paciente “transfiere” sobre el analista afectos, etc..., que pertenecen a objetos de la infancia.
- c) Actitud o mecanismo específicos por los cuales el analista corresponde a la transferencia del paciente.
- d) La totalidad de las actitudes y de la conducta del analista con su paciente (incluyendo actitudes conscientes).

La dificultad de encontrar una definición más precisa proviene de cuatro motivos:

1) La contratransferencia es inconsciente, no se puede observar directamente, sino sólo en sus efectos.

2) La actitud del analista incluye todo su psiquismo, en términos metapsicológicos, tanto remanentes del Ello y del SuperYo como del Yo, con límites mal definidos.

3) Todo análisis (aún un autoanálisis) postula conjuntamente un analizando y un analista, inseparables. Transferencia y contratransferencia son inseparables.

4) El factor más importante es una actitud paranoide o fóbica en el analista frente a su contratransferencia, a los sentimientos propios, sobre todo si son o pueden ser subjetivos.

De ahí que muchos analistas consideren innecesario y aún peligroso interpretar la contratransferencia, y mantengan el mito del analista impersonal y casi inhumano.

La intención primitiva del trabajo era de hablar de contra-transferencia para los sentimientos reprimidos, infantiles, subjetivos, irracionales, sea agradables, sea penosos, de acuerdo con la segunda definición dada anteriormente. Pero no es más que un punto de partida, porque se producen deslizamientos de un sentido a otro.

Hay elementos inconscientes normales lo mismo que elementos conscientes anormales. La relación analista-paciente incluye lo normal y lo patológico, lo consciente y lo inconsciente, la transferencia y la contratransferencia, en proporciones variable pero siempre con algo específico de ambos. La contratransferencia aparece como una formación transaccional, del mismo modo que el síntoma neurótico, la perversión o la sublimación. En ella, lo mismo que en la transferencia, los mecanismos de proyección e introyección tienen particular importancia. Muchas dificultades para tratar el tema provienen de un intento de simplificar demasiado, de separar lo consciente de lo inconsciente, y lo inconsciente reprimido de lo inconsciente no reprimido, sin tener en cuenta los aspectos dinámicos del problema. Preguntando qué es lo que mueve al paciente a mejorar, la contestación es que son necesidades del Ello del paciente y del analista —modificadas e integradas en este último por el análisis propio—. La combinación exitosa de esas necesidades depende de una clase especial de identificación del analista con su paciente.

El analista se identifica conscientemente, y en gran parte inconscientemente también, con el deseo del paciente de mejorar, es decir, con su Yo. Pero inconscientemente, se puede identificar también con el SuperYo y el Ello del paciente, frenando su curación. El paciente se convierte en objeto de amor del analista, es la persona a quien desea reparar, y el impulso reparatorio puede caer bajo el dominio de la compulsión a la repetición, haciendo necesario mejorar al mismo paciente una y otra vez, lo que equivale a enfermarlo una y otra vez para tener que mejorarlo. Este proceso repetitivo es progresivo como modo necesario y efectivo de descubrir ansiedades para interpretarlas y elaborarlas, pero implica por parte del analista cierto grado de buena voluntad para que su paciente mejore, se vuelva independiente y lo deje. La mala voluntad del analista para que el paciente lo deje puede tomar formas muy sutiles, en las cuales el análisis mismo está utilizado como racionalización: el pedido que el paciente no haga “acting-out” puede trabar la formación de verdaderas relaciones extraanalíticas que serían prueba del crecimiento y del desarrollo del Yo. El analista se comporta entonces como los padres que, “para el bien del chico”, no le permiten querer a nadie más; es aliado del SuperYo del paciente, a través de su propio SuperYo, y exige ser la única causa de la mejoría del paciente. Un paciente cuyo análisis es

“interminable” bien puede ser víctima del narcisismo (primario) de su analista tanto como del suyo propio.

Se dice que el analista tiene que identificarse con su paciente, y que la empatía (distinta de la simpatía) y la independencia son esenciales para el éxito del análisis. Pero la base de la empatía, como de la simpatía, es la identificación, y sólo la independencia diferencia la una de la otra. La independencia proviene de la función yoica de prueba de la realidad, que introduce los factores de tiempo y distancia. El analista se identifica con el paciente, pero para él, hay un intervalo de tiempo entre él y la experiencia que para el paciente es inmediata. El uso exitoso de la contratransferencia depende de la preservación de estos intervalos. La identificación del analista tiene que ser introyectiva, no proyectiva. El crecimiento depende del ritmo alternado de identificación y separación del paciente con su analista. Es una de las mayores dificultades del candidato en formación o del analista que se está analizando de nuevo, de tener que tratar en el análisis de sus pacientes temas que tienen todavía para él mismo la cualidad de presente o de inmediato.

La discusión del trabajo de Rosen con psicóticos, plantea problemas especiales para la identificación. Parece que en casos en que el paciente no puede responder al tratamiento desarrollando una transferencia que se interprete y se resuelva, todo el trabajo incumbe a la contratransferencia. El analista tiene que ser capaz de llevarla a la consciencia y de elaborarla para superar la eventual resistencia contratransferencial.

Cuando la contratransferencia ha llevado a una interpretación errónea o incompleta, no basta para neutralizar su efecto dar la interpretación correcta en la primera oportunidad. El paciente no sólo tiene derecho a excusas de parte del analista, SinO a una explicación del origen del error en la contratransferencia.

Eso no tiene sino resultados positivos, incrementando la confianza del paciente en la honestidad y buena voluntad del analista, mostrando que es un ser humano capaz de equivocarse e ilustrando la universalidad del fenómeno de transferencia. No se trata de abrumar a los pacientes con interpretaciones inconsideradas de contratransferencia ni de hacer confesiones; sólo de reconocer la subjetividad de los sentimientos y la necesidad que tiene uno mismo de analizarlos; lo importante es que analista y analizando lo reconozcan. Hay un momento en todo análisis en que el paciente tiene que reconocer no sólo los aspectos objetivos y justificados del analista, sino también sus sentimientos subjetivos, especialmente hacia el final de los análisis. Los pacientes tienen muchas fantasías sobre sus analistas, pero también llegan a conocer mucho de ellos, y hay que traer ese conocimiento a su consciencia para no seguir actuando como los padres que mostraban cosas pero al mismo tiempo prohibían verlas.

El mayor peligro de la contratransferencia lo constituye una actitud paranoide o fóbica del analista frente a sus propios sentimientos, con la cual se identificará el paciente negando sus propios sentimientos.

La neurosis contratransferencial se evita sólo en la medida en que el análisis es una verdadera sublimación para el analista, y no una perversión o adición.

La interpretación de la contratransferencia es una tarea pesada, pero así también aparecían las interpretaciones transferenciales en un principio, antes de convertirse en un instrumento indispensable. Del mismo modo, hay que esperar que la dificultad sea retribuida por la gratificación efectiva de un poder y de un éxito mayor en el trabajo.

**Madeleine Baranger.**

PHYLLIS GREENACRE.— “Certain technical problems in the transference relationship” (Algunos problemas técnicos en la relación transferencial). *Journal of the American Psychoanalytic Association*, Vol. VII, págs. 484-502, 1959.

La relación de analista y analizando consta de dos áreas principales: la primera, de la comunicación verbal y otra del paciente al analista, que revela su neurosis, llamada tradicionalmente área de la neurosis de transferencia; la segunda, es la parte relativamente intacta del Yo que colabora con el analista para descubrir, entender y elaborar las comunicaciones de la primera área. Es el área de la alianza terapéutica. Este artículo trata especialmente de las relaciones variables dentro de y entre esas dos áreas de contacto entre paciente y analista.

La neurosis de transferencia se manifiesta: a) en actitudes directas hacia el analista, aún objetivamente determinadas; b) en formas menos masivamente proyectadas y reconocibles en el sueño y sus asociaciones; c) en las referencias asociativas que conectan al analista con situaciones o gente del pasado y del presente.

Las actitudes transferenciales no llegan por lo general a constituir un cuadro consistente y permanente, sino que cambian constantemente, por lo que se considera preferible hablar de **manifestaciones activas de transferencia neurótica**.

Se necesita una cierta distancia entre las manifestaciones neuróticas de transferencia y el Yo crítico (sede de la alianza terapéutica). Pero también se necesita flexibilidad de la estructura psíquica que permita la regresión durante la sesión analítica.

El propósito del trabajo es examinar determinados problemas en relación con dos temas generales: 1) las complicaciones de la transferencia cuando se tratan problemas reales con el paciente; 2) los casos de excesiva fluidez entre las manifestaciones neuróticas regresivas y el Yo crítico.

Es esencial preservar la autonomía del paciente, y todas las medidas de apoyo son contraindicadas, porque debilitan la función crítica del Yo y socavan la alianza terapéutica en vez de reforzarla. Lo importante es no entrar en el juego del paciente, y medidas aparentemente neutras pueden revelarse después de mucho significado.

Otros problemas en relación con la actitud del analista hacia la realidad externa del paciente pueden ordenarse según dos temas: unos se refieren a la necesidad para el analista de ayudar al paciente a reconocer la realidad externa en situaciones donde su neurosis tiende a distorsionarla; los otros surgen de las situaciones complicadas en las cuales analista y analizando comparten ciertas experiencias de la realidad externa, por ejemplo cuando tienen amigos comunes o encuentros frecuentes fuera de la sesión; es obviamente la situación de todos los candidatos.

Es evidente que la persuasión no sirve para rectificar errores o ilusiones del paciente. Puede ser útil enfrentar al paciente con un objeto que ha percibido erróneamente, con el fin de mostrarle su error e invitarlo a examinar su significado. Pero fuera de la relación analítica directa) la tarea se vuelve más difícil y peligrosa. El analista puede dejarse llevar a definir cada vez más la realidad externa, asumiendo así un papel parental en la realidad transferencial, en vez de reforzar el Yo del paciente.

Cuando analista y analizando tienen encuentros fuera del tratamiento o amigos comunes, esto se presta especialmente para el acting-out y el desplazamiento de ciertas actitudes desde el analista hacia gente relacionada con él. Es una de las maniobras defensivas más frecuentes en el análisis de los candidatos.

Otro ejemplo de los problemas que implica el contacto real entre analista y analizando es el del sexo del analista en relación con el del paciente. No es la realidad

del sexo en sí que importa, sino el hecho que puede servir de soporte a otra realidad, menos aparente, el sexo del analista coincidiendo con el sexo de una persona de particular importancia en la historia

—uno de los padres, en general— lo que impide un progreso hasta que esta situación sea debidamente analizada. También el sexo importa en caso de tendencias homosexuales intensas no reconocidas, que puede hacer imposible iniciar el análisis con un analista del mismo sexo, siendo aconsejable un cambio para más tarde.

Otro problema que pertenece a los elementos reales de la relación analítica es el de la posición del paciente —recostado o sentado— en la sesión, y de los cambios de posición, que tienen que ser tratados como cualquier otra manifestación transferencial.

En cuanto al segundo tópico, de una fluidez regresiva excesiva en la sesión, que destruye el Yo crítico de la alianza terapéutica, es una modalidad que se encuentra en pacientes cuyas vidas parecen haber sido un revivir constante de fantasías básicas, que devoró casi toda la personalidad. Son analizables sólo después de una larga preparación y de un trabajo paciente. Dos casos relatados muestran cómo los episodios regresivos tendían a recrear una situación infantil.

El trabajo termina con una advertencia en contra de la introducción en la técnica analítica, de procedimientos activos, que pueden ser reemplazados con ventajas por un análisis más estricto de la transferencia.

**Madeleine Baranger.**

ELIZABETH ZETZEL.— “Current concepts of transference” (Conceptos corrientes sobre transferencia). Int. J. PsychoAnal., XXXVII, 369-376, 1956.

Destaca la autora que si bien en los trabajos de Freud, sobre transferencia hay algunos problemas que no aparecen mencionados ni explícita ni implícitamente, sus consideraciones teóricas y clínicas, mantienen aún hoy su validez.

No obstante, el concepto de transferencia y su manejo en la práctica analítica ha variado según los distintos enfoques teóricos del tema.

Originariamente, la transferencia fue atribuida al desplazamiento, sobre el analista, de los deseos y fantasías reprimidos en la infancia. La neurosis transferencial constituía una situación semejante a los sueños u otro síntoma neurótico.

A *la resistencia* se la definió como la manifestación clínica de la represión que podía ser disminuida por la interpretación, cuando ésta se dirigía a lo reprimido.

El desarrollo del enfoque estructural, llevó a que se viera al super-yo como el heredero de la situación edípica genital y en consecuencia, así aparecía jugando un papel en la transferencia.

Entonces, el analista ya no representaría sólo la persona a la que se transfieren, por desplazamiento, fantasías infantiles incestuosas, sino que representaría, por proyección, aquellas instancias prohibidoras internalizadas en el super-yo.

La interpretación transferencial, en este sentido, serviría para disminuir la severidad de ese super-yo.

En el reconocimiento del papel de las tempranas relaciones objetales en el desarrollo del Yo y del super-Yo, se modifica nuevamente el concepto de transferencia, ya que ella serviría para repetir la forma en que aquellas relaciones objetales tuvieron lugar.

La revisión de Freud sobre el concepto de ansiedad, condujo no sólo a

modificaciones teóricas del conocimiento de la psicología del Yo, sino a un cambio en el modo de trabajar de muchos analistas. La atención no sólo enfocaba el contenido del inconsciente, sino a los procesos defensivos, tendientes a evitar la ansiedad que aparecía, si dichos mecanismos eran suprimidos en la situación analítica.

Por un lado, se atendían a las manifestaciones consecuentes de la forma en que se vivieron las relaciones objetales, y por otro al Yo y los mecanismos de defensa. Son representantes de estas dos posiciones, M. Klein y A. Freud, respectivamente.

Se mencionan los aportes de Richard Sterba y James Strachey al simposium de Marienband, en el cual E. Bibring hizo una valiosa contribución.

Para Strachey, siguiendo el pensamiento kleiniano, la transferencia es esencialmente la proyección en el analista, del superYo del paciente y el proceso terapéutico resultaría de la introyección de un super-Yo modificado (interpretación mutativa).

Sterba y Bibring a su vez, por la importancia que le atribuyen al Yo (como consecuencia de sus conceptos teóricos), postulan un "split" terapéutico y una identificación con el analista, como hecho esencial de la transferencia.

Se discuten las diferencias y semejanzas de estas dos posiciones y se concluye que, en realidad, las discrepancias son más de carácter semántico.

Sin embargo, dice la autora que aquellos que consideran que el super-Yo se forma en los primeros meses de vida, tienden a atribuir un significado a las tempranas relaciones objetales. Esto difiere de la concepción en que se enfatiza el control y neutralización de la energía instintiva por el Yo.

Esta distinta posición teórica implica, inevitablemente, desacuerdo en cuanto a la situación dinámica, ya sea de la infancia o en el adulto y a su vez presupone una comprensión distinta de la transferencia y del proceso terapéutico.

Desde un punto de vista, el papel del Yo es central y crucial en cada fase del análisis. La transferencia presupone una "alianza" terapéutica, y a la neurosis transferencial se la considera una manifestación de resistencia.

Para unos, esta alianza terapéutica sólo es posible si hay una cierta madurez del Yo; los pacientes muy severamente perturbados y los niños, no permitirían la realización tradicional del psicoanálisis.

Para los que sostienen la importancia de las relaciones objetales tempranas y ven en la transferencia una repetición de] manejo que de las mismas se hizo, el Yo ocupa un papel central tanto en las primeras etapas, como en la situación analítica pero la naturaleza del Yo está determinada por sus objetos internos y externos.

La acción terapéutica deriva de las modificaciones en las relaciones de objeto a través de las interpretaciones transferenciales.

Por consiguiente, para los que sostienen esta posición, la madurez del Yo no es un pre-requisito para el análisis.

Estas diferencias teóricas no sólo se reflejan en el manejo de niños y de pacientes psicóticos, sino en modificaciones de la técnica de todos los grupos clínicos.

Para los que enfatizan el papel del Yo y el análisis de las defensas, se debe ir de la superficie a la profundidad ya que el material de análisis proviene más de las defensas que del desplazamiento en el analista de tempranas fantasías instintivas. Se señalan las diferencias que hay dentro de este grupo.

Otros analistas con una orientación teórica diferente, tienden a enfatizar la importancia de las fantasías inconscientes, las cuales estarán dándose en la situación transferencial. Este material, aunque profundo en un sentido, es accesible a la interpretación.

Se mencionan las ideas de M. Klein y la influencia que han ejercido sobre la



técnica, y nuevamente se las compara con el punto de vista de los que ven en la transferencia una alianza terapéutica y en la neurosis transferencial una manifestación de resistencia.

A continuación se describen los problemas que plantea la represión en la situación de análisis, desde Freud hasta la actualidad, examinando su significación según las distintas posturas teóricas.

Al exponerse las fases terminales del análisis, la autora describe las diferencias con que se enfoca esta etapa. Hay acuerdo general en lo que se refiere a la reactivación de las manifestaciones transferenciales en este período, adquiriendo un carácter semejante al que presentaron al comienzo del tratamiento. Pero es distinta la interpretación que se da a este hecho.

Balint y los que siguen a Ferenczi consideran esencial la gratificación de necesidades primitivas pasivas, para una feliz terminación. Para M. Klein, las fases terminales representan la repetición del destete, culminando con la introyección de un objeto nuevo.

Se discuten a continuación, aquellas modificaciones de la técnica y de los objetivos del análisis en los diferentes cuadros clínicos.

Para Freud, en análisis terminable e interminable, hay aspectos de personalidad inaccesibles con el tratamiento, por considerarlos constitucionales.

Robert Knight y otros analistas consideran inaplicable el análisis a psicóticos.

H. Rosenfeld sostiene un punto de vista opuesto, introduciendo escasas modificaciones técnicas para el manejo de psicóticos.

Los períodos más primitivos son vistos en términos de relaciones objetales tempranas, con especial énfasis en las ansiedades persecutorias, en relación con el instinto de muerte.

Se mencionan las ideas de Winnicott sobre la influencia de severos traumas en el desencadenamiento de psicosis, particularmente la carencia en la temprana infancia, y su manejo en la transferencia.

Termina el trabajo revisando algunas ideas acerca de la importancia de la personalidad del analista en el establecimiento de la transferencia y en una revisión del uso que de esta transferencia se haga (sugestión, etc.).

Mostrando que en general, los analistas están de acuerdo en evitar todo modo de actuar ajeno a la interpretación, y que a su vez, cualquiera sea la posición teórica del analista, lo que importa es el análisis de la transferencia.

**Luis E. Prego Silva.**

W. HOFFER.— “Transference and transference neurosis” (Transferencia y neurosis transferencial). *Int. J. Psycho-Ana1.*, XXXVII, 377-379, 1956.

Se refiere el autor al relato de la Dra. Zetzel y comenta el hecho general de transferir que se da en todo individuo cuando entra en relación con cualquier objeto, y que le sirve para gratificaciones instintivas y evitación de la ansiedad.

En este sentido, sus relaciones objetales ulteriores reproducen las primeras experiencias.

En la transferencia el individuo transfiere sus “memorias” de experiencias significativas previas, “cambiando la realidad” de sus objetos, invistiéndolos con las cualidades del pasado, juzgándolos y tratándolos de acuerdo a como lo hizo en su propio pasado.

Pero considera que la transferencia en el análisis adquiere un significado más amplio y una importancia fundamental.

La transferencia “existe desde el comienzo” y es la que determina la iniciación y continuidad del tratamiento.

El analista representa para el paciente un objeto para sus necesidades de “tratamiento”, se convierte en algo importante y tarde o temprano en una parte de su realidad psíquica. Recibe del analista algo que puede ser objetivamente concretado en el término “humanidad”.

Esta situación está en relación con las experiencias pasadas del paciente. Las necesidades de cambio, de la inseguridad a la seguridad están representadas por el analista y por el mantenimiento de una actitud invariable de éste.

Expresa, más adelante, su dificultad para definir exactamente la diferencia entre transferencia del analista y lo que hoy se denomina contratransferencia. Entiende que la contratransferencia tiene que ver con la reacción intrapsíquica del analista ante el material del paciente, afectando su comprensión, influyendo sus reacciones así como las interpretaciones.

Considera justificado hablar de una transferencia del analista la cual afecta todas sus relaciones objetales mientras que, en la contratransferencia se refiere a su propensión a incluir sus limitaciones en la comprensión del material inconsciente del paciente.

Antes de plantear el tema de la neurosis transferencial, se refiere a dos aspectos de la transferencia: uno, es el determinado por las características con que es visto el analista por el paciente y otro se debe a la transferencia del analista que puede conducir a que la transferencia adquiera un carácter negativo.

Ve a la neurosis transferencial como una situación de permanente búsqueda de ajuste entre las dos personas que intervienen a través del cual se mantiene la continuidad de esa situación; examinando los aspectos hostiles de la transferencia negativa y de la utilidad que de ella puede obtenerse si se reconoce y maneja adecuadamente.

**Vida M. de Prego.**