

LA FORTALEZA DEL PSICOTERAPEUTA: LA CONTRATRANSFERENCIA



JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ NUÑEZ



INSTITUTO
POLITÉCNICO
NACIONAL

INSTITUTO DE
INVESTIGACIÓN EN
PSICOLOGÍA
CLÍNICA Y
SOCIAL



LA FORTALEZA DEL
PSICOTERAPEUTA: LA
CONTRATRANSFERENCIA

DIRECTORIO

IPN

DR. JOSÉ ENRIQUE VILLA RIVERA
Director General

DR. EFRÉN PARADA ARIAS
Secretario General

DR. JOSÉ MADRID FLORES
Secretario Académico

ING. MANUEL QUINTERO QUINTERO
Secretario de Extensión e Integración
Social

DR. LUIS HUMBERTO FABI LA CASTILLO
Secretario de Servicios Educativos

DR. MARIO ALBERTO RODRÍGUEZ CASAS
Secretario de Administración

LIC. LUIS ANTON O RÍOS CÁRDENAS
Secretario Técnico

ING. LUIS EDUARDO ZEDILLO PONCE DE LEÓN
Secretario Ejecutivo de la Comisión de
Operación y Fomento de Actividades Acadé-
micas

ING. JESÚS ORTIZ GUTIÉRREZ
Secretario Ejecutivo del Patronato
de Obras e Instalaciones

ING. JULIO DI-BELLA ROLDAN
Director de XE-IPN TV Canal 11

Lic. Luis ALBERTO CORTÉS ORTIZ
Abogado General

Lic. ARTURO SALCIDO BELTRÁN
Director de Publicaciones

IIPCS

MESA DIRECTIVA

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ NÚÑEZ
Presidente Honorario

DR. CARLOS CAUDILLO HERRERA
Presidente

DRA. REBECA ONATE GALVAN
Presidenta Electa

MTRA. MARÍA FERNANDA VALLES CORCUERA
Secretaria

DRA. ALEJANDRA PLAZA ESPINOSA
Tesorera

DRA. SUSANA ZARCO VILLAVICENCIO
Comisión de Enlace con la SEP

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ NÚÑEZ
DRA. JAAALATMS GARCIA
Comisión de Desarrollo Científico y
Itona

DRA. ADRIANA GONZÁLEZ PADILLA
Comisión de Difusión y Divulgación

MTRO. DAVID CARREÓN ROBLEDO
Comisión de Conferencias

MTRA. MARÍA EUGENIA PATLÁN LÓPEZ
Comisión de Talleres

MTRA. ALEJANDRO ZUVIRE CABELLO
Comisión de Relaciones Intersocietanas

MTR. RODRIGO PENICHE AMANTE
Comisión de Medios Audiovisuales

MTRA. CLAUDIA SOTELO ARIAS
Comisión de Acervo Bibliográfico

DRA. PATRICIA RIZO MORALES
Comisión de Eventos

DRA. VANESSA NAHOUL SERIO
Comisión de Enlace Internacional

MTRA. PATRICIA LANDA RAMÍREZ
Comisión de Membresías

LA FORTALEZA DEL
PSICOTERAPEUTA. LA
CONTRATRANSFERENCIA

JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ NÚÑEZ

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
—MÉXICO—

La fortaleza del psicoterapeuta: la contratransferencia

Primera edición: 2006

D.R.© 2006 Instituto Politécnico Nacional e Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social Dirección de Publicaciones Tresguerras 27, 06040, México, DF

ISBN 969-6219-02-1

ISBN 970-36-0354-8

Impreso en México / *Printed in México*

ÍNDICE

Prólogo	09
Introducción	13
Psicoterapia, reparación y contratransferencia	17
Concepto y metas psicoterapéuticas	18
Reparación y sublimación en la psicoterapia.....	23
La contratransferencia.....	26
Bibliografía.....	31
Los impulsos, su influencia en la reparación contratransferencial.....	33
Cuestionario de opinión	46
Sujetos.....	47
Material.....	47
Procedimiento.....	48
Resultados.....	48
Conclusiones.....	53
Bibliografía.....	55
Contratransferencia: Investigación entre una paciente adolescente y una paciente adulta en psicoterapia.....	57
Introducción	57
Planteamiento del problema.....	58
Sujetos involucrados en la investigación.....	58
Dos pacientes	59
Paciente adolescente	59
Paciente adulta	62
Material.....	65
Presentación de resultados	66

Reacciones contratransferenciales que aparecen mayor número de veces	67
Conclusiones.....	68
Bibliografía	71
Contratransferencia y abandono	73
Bibliografía	91
La contratransferencia como instrumento diagnóstico y de investigación	93
Problema por el que se solicita tratamiento	98
Historia personal	98
Transferencia-contratransferencia	100
Bibliografía	109
Los procesos de identificación, resonancia y la contratransferencia	111
Los procesos de identificación	111
La resonancia	121
Constratransferencia y resonancia	125
Bibliografía	131
La contratransferencia y el acting out en la relación psicoterapéutica	133
Bibliografía	147
La contratransferencia en la psicoterapia de grupo	149
Antecedentes	150
La comunicación grupal.....	151
Interacción grupal.....	153
La interestimulación en el grupo terapéutico	153
Atmósfera grupal	154
Simpatías y antipatías dentro del grupo terapéutico	155
Inducción mutua	156
Identificación.....	156
La asimilación	157
Cohesión grupal	158
La polaridad	159
Intensificación emocional	160
Los roles	161
Bibliografía.....	169

PRÓLOGO

Incursionar en el campo de la psicología profunda, de la psicoterapia psicoanalítica, es una labor por demás difícil y riesgosa, de enorme responsabilidad tanto por lo delicado que resulta hablar de la naturaleza humana y su dinámica interna, consciente e inconsciente, como por la complejidad y sofisticación teórica del psicoanálisis aplicado, las técnicas y sobre todo por el manejo de la contratransferencia, terreno resbaloso de los sentimientos producidos por el paciente en el terapeuta y puestos al servicio del proceso terapéutico.

José de Jesús González Núñez, infatigable estudioso de la psicodinamia, ha laborado extensa y tenazmente en temas cruciales para la psicología actual y el psicoanálisis. El estudio de la dinámica del padre, y sus múltiples vicisitudes, ha sido un área de investigación a la cual ha aportado conceptos de enorme trascendencia. La contratransferencia, tema central del presente trabajo, se analiza y estudia desde diferentes planos: de la vivencia personal como terapeuta psicoanalítico, la enorme experiencia como supervisor y analista didáctico, hasta la contemplación teórica y aplicada en la investigación del tema que se abre en perspectiva dejando ver las facetas múltiples de un mismo fenómeno.

Algunos aspectos de significativa importancia son los que se refieren a la contratransferencia como instrumento de diagnóstico y de analizabilidad; la transferencia como medio de reparación y sublimación; la contratransferencia como caja de resonancia de los propios senti-

mientos del terapeuta y sus elementos de identificación; la contratransferencia en el ámbito de la supervisión del terapeuta en formación; la contratransferencia a través del prisma metapsicológico; el *acting out* contratransferencial. Todos ellos permiten el análisis sistemático y profundo de un tema central, piedra angular del fenómeno psicoanalítico, instrumento de conocimiento comprensivo de las motivaciones inconscientes, en su particular encuadre histórico. Se cumple en sus objetivos y aporta conceptos teóricos y técnicos de invaluable trascendencia tanto para el estudioso de la psicología dinámica como para el terapeuta en su labor cotidiana con pacientes en forma individual o grupal.

El psicoterapeuta psicoanalítico es un incansable explorador que sondea los abismos más complejos de la mente para, más allá de tener un conocimiento empírico o lógico-explicativo de la dinámica interna de sus pacientes, alcanzar una comprensión empática que permita descubrir las raíces más hondas del sufrimiento producto de la patología, y manejar este conocimiento comprensivo como método de investigación al servicio del *insight* en la interpretación metapsicológica, y como medio de reparación —señala José de Jesús González Núñez— que sana y favorece la profilaxis. Pero también como fuente inagotable de información que permite la investigación en el campo de la psicoterapia.

Ver con los propios afectos, descubrir elementos inconscientes en el análisis de los mismos reflejados en la contratransferencia es ver más allá, ahondar, pero también es entender por qué, para qué, cómo, dónde y cuándo; prever a futuro el destino de la conducta, ver con ánimo afectivo la transferencia, y sentir en sí mismo al otro. La contratransferencia es el descubrimiento de Freud que permitió iluminar el proceso analítico y el proceso dinámico del paciente en la relación en vivo con el terapeuta, reedición de un pasado olvidado, quizá doloroso, que se recupera para ser visto frontalmente, ser explicado, restituido, ser reparado en el aquí y en el ahora.

José de Jesús González Núñez, el hombre, el maestro, el investigador, con su enorme bagaje de información, con su resuelto compromiso hacia el hombre que sufre, con su aguda sensibilidad y experiencia en

el campo de la salud mental, nos entrega este libro, obra creativa y original eslabonada al desarrollo actual de la psicología clínica; que fruto de años de estudio e investigación resalta su utilidad práctica para los que laboramos en el abismal campo de la psicoterapia psicoanalítica.

El presente libro por su importancia científica se recomienda por sí mismo.

Federico de Tavira

INTRODUCCIÓN

La contratransferencia es una reacción emocional del psicoterapeuta. Es lo que éste siente hacia sus pacientes en la psicoterapia psicoanalítica —ya sea individual o grupal—, producto de su historia, complejos, cultura, aparato psíquico, etcétera, y también lo que el paciente le hace sentir objetivamente con su personalidad y su transferencia. Lo que el psicoterapeuta vive frente al paciente en su labor de curación e investigación es algo que probablemente quisiera comunicar a sus colegas, alumnos o público en general, pero que resulta difícil hacer porque es como desnudarse frente a sí mismo y frente a los demás. Sin embargo, haciendo a un lado tal dificultad, me atrevo a publicar este libro con la esperanza de que al ser leído motive a otros profesionales de la psicoterapia a comunicar científicamente sus propias experiencias.

Con el propósito de plantear objetivamente el fenómeno contratransferencial utilizo metodologías como las de escalas de espacios subjetivamente iguales y las encuestas de opinión que me permiten ampliar el instrumento psicoanalítico como método de investigación, pero reconociendo la primacía del psicoanálisis para el estudio de la contratransferencia.

En el primer capítulo se hace un examen del concepto de terapia psicoanalítica, se revisan las ideas de algunos autores sobre las metas psicoterapéuticas, sus alcances y se incluye una exposición de los postulados metapsicológicos acerca del significado. Respecto a estas me-

tas se plantean las labores reparatorias y sublimatorias del psicoterapeuta, tanto en sus pacientes como en él mismo. La analizabilidad de un paciente incluye potencialidades reparatorias y sublimatorias e igualmente la capacidad contratrtransferencial consciente, preconsciente e inconsciente del Yo del psicoterapeuta.

En el capítulo segundo se plantea desde un punto de vista teórico la relación que existe entre los conceptos de impulso, relaciones de objeto, sublimación, reparación y contratrtransferencia, aportando una investigación realizada con base en un cuestionario de opinión aplicado a 30 psicoterapeutas en el ejercicio de la profesión. Encuesta referida a los temas antes mencionados.

En el tercer capítulo se presenta una investigación sobre la contratrtransferencia que producen una paciente adolescente y una paciente adulta, ambas analizadas por la misma psicoterapeuta, y esta última en proceso de supervisión.

En los capítulos cuarto y quinto se analiza la contratrtransferencia partiendo de la supervisión del nuevo terapeuta. Se define el concepto bajo una unidad funcional y se profundiza en él bibliográficamente. Posteriormente se afirma el carácter de fuente de error de la contratrtransferencia contra visiones fragmentadas, al igual que su valor como instrumento psicoterapéutico, sublimatorio y de diagnóstico, que en el presente estudio se aplica concretamente a la descripción de pacientes abandonados, tan frecuentes en la consulta psicoterapéutica, y las peculiares respuestas contratrtransferenciales que hacen surgir en el terapeuta.

En el capítulo quinto se analiza la contratrtransferencia como instrumento diagnóstico, reiterando el valor científico de la subjetividad disciplinada del psicólogo profesional y la utilidad que representa el análisis de ésta para el paciente. Igualmente se advierte de la ansiedad que produce la contratrtransferencia, aunque pese a ello se afirma el valor diagnóstico de los datos.

En el capítulo sexto se presenta una revisión y clasificación de los procesos de identificación para explicar más adelante, durante el proceso psicoterapéutico, cómo en la relación paciente-terapeuta, transferencia-contratransferencia, el psicoterapeuta no está exento de los procesos de identificación con su paciente, sobre todo de las identificaciones por resonancia, por lo que se enfatiza la necesidad de investigar al respecto.

En el capítulo siete se incluye una revisión del concepto de contratransferencia desde los puntos de vista metapsicológicos: dinámico, económico, estructural, genético, adaptativo, y se revisa el concepto de *acting out*. Se explica el *acting out* contratransferencial como expresión de la personalidad del terapeuta, ajeno al tratamiento del paciente. Asimismo, se presenta una encuesta respecto a la actuación contratransferencial agresiva y erótica, dejando así la motivación para investigaciones futuras sobre el tema.

Finalmente, en el capítulo ocho se ofrece una visión acerca de la contratransferencia grupal, tema relevante en la actualidad y que, seguramente, lo seguirá siendo en el futuro.

Por otra parte, quiero expresar mi agradecimiento a la actual mesa directiva del Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social: Dra. Jael Alatríste, Dra. Vanessa Nahoul, Dra. Susana Zarco, Dra. Patricia Rizo, Pst. María Eugenia Trigos, Dra. Alejandra Plaza, Dra. Adriana González, Dr. Carlos Caudillo, Dra. Rebeca Oñate, Mtra. María Fernanda Valles, Mtra. María Eugenia Patlán, Mtra. Claudia Sotelo, Mtra. Patricia Landa, Mtro. Alejandro Zuvire, Mtro. Rodrigo Peniche y Mtro. David Carreón.

PSICOTERAPIA, REPARACIÓN Y CONTRATRANSFERENCIA

Durante el proceso psicoterapéutico, y sobre todo en el de índole psicoanalítica, se plantea al psicoterapeuta una serie de dificultades inherentes a su propia personalidad que debe resolver.

Una salida positiva es formarse bien como psicoterapeuta, haber llevado él mismo un proceso terapéutico adecuado, en el que se incluya el manejo de su mundo interno, tanto en conocimiento como en funcionamiento, de tal forma que, además de conocer con cierta certeza la meta a la que debe conducir a sus pacientes y las opiniones de diferentes autores al respecto, debe conocer con mayor precisión el proceso de reparación y la capacidad de sublimación.

Resulta más sencillo reconocerlo y trabajarlo en los pacientes que hacerlo contratransferencialmente, sobre todo si al concepto de contratransferencia se le da un sentido puramente inconsciente y no se acepta a través del propio análisis, de las supervisiones que realiza el psicoterapeuta en formación y de su propio interés teórico de que existan o puedan existir en él aspectos concretos de un inconsciente disciplinado que verdaderamente ayude, incluso en la reparación y sublimación de los pacientes.

Se plantea la posibilidad inconsciente de hacerse psicoterapeuta por una necesidad también inconsciente de repararse a sí mismo por medio de la contratransferencia, de igual modo se establece la posibilidad de que a través del psicoanálisis y la propia formación se llegue a

potencialidades contratransferenciales reparadoras en sí mismo y en los pacientes. Admitiendo a su vez que, si el inconsciente puede disciplinarse y domarse, con mayor razón lo puede lograr el Yo en sus funciones y en sus alianzas con el Superyó, disciplina que logran inconsciente, preconsciente y conscientemente. Resulta pues beneficioso e importante reflexionar y conocer los procesos de contratransferencia y reparación, así como sus alcances dentro de la psicoterapia psicoanalítica.

CONCEPTO Y METAS PSICOTERAPÉUTICAS

En general estamos de acuerdo en que la psicoterapia psicoanalítica es un método de tratamiento para desórdenes psíquicos o corporales, principalmente de índole emocional. Método que utiliza medios psicológicos donde se privilegia la comunicación verbal y no medios físicos ni químicos (Menninger, 1974). Aquí el proceso de comunicación no verbal, preverbal o paraverbal es de índole sustancial e inherente al propio método psicoterapéutico. Mediante la psicoterapia psicoanalítica se busca un beneficio, una mejoría en el estado general del paciente, de tal forma que sus dolencias psíquicas y físicas disminuyan, se retarden, o desaparezcan, pero también buscamos obtenga un desarrollo o maduración óptimos de acuerdo a sus propias potencialidades de evolución y al medio en que se encuentre.

Desde el punto de vista psicoanalítico se tienen metas específicas que se encuentran englobadas en las tareas metapsicológicas, que van más allá del alcance de la experiencia consciente. Sobre estas proposiciones metapsicológicas se basa el sistema de la teoría psicoanalítica (Rapaport, 1962).

La meta psicoterapéutica expresada por Freud en su *Introducción al Psicoanálisis* (1916-17) fue una meta topográfica en primer término; lograr que el psicoterapeuta, mediante la interpretación, engrosé el ámbito de lo consciente a costa del inconsciente. Es decir, hacer consciente lo inconsciente. Más adelante, en 1923, en su artículo "El Yo y el Ello", Freud expone el inicio de lo que habría de formarse como un abanico acerca del Yo y su meta psicoterapéutica. Desde ese punto de

vista estructural, la función psicoterapéutica primordial es poner Yo ahí donde existe Ello.

Proposición que ha sido retomada desde diversos matices y enriquecida considerablemente desde el punto de vista técnico por diferentes autores:

Weiss (1967) sostiene que si partimos de que las neurosis son el fracaso de la represión (la represión-procesos y la represión-mecanismos de defensa son conceptos englobados por el Yo) hay tres probabilidades de tratamiento:

1. Hacer eficaz la represión.
2. Abolir los impulsos inconscientes que no pueden ser integrados en el Yo.
3. Cambiar al Yo para hacerlo capaz de integrar y dominar los impulsos y renunciar a la represión.

Padilla (1981) nos explica que el primer método propuesto por Weiss tiene la posibilidad de que la represión lograda pueda fracasar de nuevo, y que de todos modos los individuos sanos pueden reprimir espontáneamente los impulsos dolorosos o vergonzosos.

Aunque un paciente, con la ayuda del terapeuta, llegue a reprimir los impulsos peligrosos, pueden darse en su vida varias situaciones que exijan un aumento de los esfuerzos para el mantenimiento de la represión misma; en este caso, tal método de defensa ya no puede mantenerse en vigor. Por otra parte, no hay que olvidar que la represión de fuertes impulsos conduce a un debilitamiento del Yo en sus recursos dinámicos, como en sus capacidades de creación y de goce.

El segundo método, o sea la destrucción de las fuentes instintivas de energía, no ha sido desarrollado con éxito.

El tercer método, que se refiere a la modificación del Yo y del Superyó mediante un cambio estructural sí es posible, porque tanto el Yo como el Superyó fueron formados por las experiencias emotivas personales y por las identificaciones con otros individuos pertenecientes al am-

biente en que el sujeto nació y fue educado. Este desarrollo puede ser continuado y modificado mediante una relación personal terapéutica establecida. Y si no es posible el cambio estructural profundo, sí es posible el cambio de dirección de la conducta de dichas estructuras.

Gilí (1948) en su trabajo titulado *La psicología del Yo y su psicoterapia*, leído en la reunión de mediados de invierno de la American Psychoanalytic Association, New York, sostiene que en la psicoterapia la meta puede ser aliviar lo más pronto posible un síntoma, o bien, realizar análisis profundo del paciente. Así, la elección de la técnica adecuada para un paciente puede dividirse en dos grupos: la que determina la técnica apropiada para que el Yo del paciente se recupere lo mínimo suficiente en su funcionamiento y la que trata de lograr el mayor cambio posible. "La decisión se basa en una valoración de la situación total, incluyendo el estado del Yo y su posición con respecto a la realidad" (Gilí, 1994). Según este autor, la decisión más importante que se debe tomar es si las defensas yoicas tienen que fortalecerse o deben romperse como un paso previo a la reintegración del Yo.

Por lo tanto, Gilí basa su trabajo psicoterapéutico en el aspecto defensivo del Yo antes de que éste pierda su adaptación, señalando que en los casos borderline, por ejemplo, no es sostenible un rompimiento de defensas porque nunca hubo una previa adaptación a la realidad.

En 1982, Balint se pregunta cuáles son los procesos terapéuticos y en qué parte de la psique se verifican éstos, y concluye que desde hace más de 60 años tal problema se encuentra en gran parte sin resolver. No se sabe, indica, qué partes del aparato mental son capaces de responder a los procesos psicoterapéuticos, e intentando ser más específico, escribe que una de las metas terapéuticas consiste en tratar de influir en el Superyó.

En segundo lugar, está de acuerdo en que la psicoterapia psicoanalítica debe procurar fortalecer al Yo, y como tercer punto, recordando el artículo de Freud "Análisis terminable e interminable" (1937), sostiene que también es deseable tratar de modificar al Ello, que no es otra cosa que la idea de Freud de domar a los impulsos, lo que conlleva al

proceso de trabajar con la fusión y defusión de las pulsiones. Si la fusión y defusión del impulso son susceptibles de ser influidos por la psicoterapia, "lo único que podemos afirmar con certeza es que esa influencia se da por obra de la transferencia, es decir, esencialmente por obra de una relación objetal" (Balint, 1982). Lo cual implica que los procesos psicoterapéuticos implícitos en la situación analítica deben definirse y percibirse como procesos suficientemente intensos, capaces de perforar al inconsciente y producir cambios en él. No obstante, aún no queda claro dentro de la psicoterapia psicoanalítica cómo ocurren esos cambios, qué clase de relación objetal logra ese resultado y mucho menos cuál es la intensidad precisa en la relación de objeto capaz de ser efectiva y saludable para el sujeto.

Resumiendo lo que se ha mencionado hasta aquí, desde el punto de vista estructural, para la teoría psicoanalítica las metas terapéuticas fundamentales son:

- a) Ejercer una influencia sobre el Yo, modificándolo a través de su fortalecimiento, debilitar las defensas, de provocar la regresión, etcétera.
- b) Ejercer influencia sobre el Superyó, es decir, buscar un nuevo equilibrio en sus funciones: que sea más estricto, más benevolente, que fortalezca el autoaprecio, que produzca culpa o disminuya culpa, etcétera.
- c) Tratar de provocar influencias en el Ello, haciendo que el Yo logre un mayor control de los impulsos. Se ha exagerado mucho el valor de la catarsis del impulso agresivo: se cree como ideal que la agresión, lo destructivo, debiera ser vomitado casi inmediatamente que se vive, y se ha puesto mucho énfasis en la represión y control de la libido, olvidando de alguna forma que expresar los afectos tiernos y positivos también es una labor terapéutica fundamental que fortalece al Yo.
- d) Estas operaciones sólo se pueden llevar a cabo mediante una relación intensa con el psicoterapeuta, es decir, por medio de la transferencia. Y desde nuestro punto de vista, con la contratransferencia, que es su complemento. Transferencia y contratransferencia son una unidad clara dentro del proceso psicoterapéutico.

Hasta aquí he mencionado cuáles son las metas psicoterapéuticas desde los puntos de vista topográfico y estructural; ahora expondré en forma breve lo que creo son las metas psicoterapéuticas desde los puntos de vista económico, dinámico, genético y adaptativo.

Desde el punto de vista económico, considero que las energías psicológicas empleadas en el proceso psicoterapéutico son muchas, tanto desde la transferencia como desde la contratransferencia. Si bien es cierto que el terapeuta busca que el paciente posea, a través del tratamiento, una óptima distribución de sus energías, con el fin de utilizarlas en la sublimación, también es cierto que las energías contratransferenciales deben poseer un reparto intrapsíquico que permita al psicoterapeuta trabajar con cada uno de sus pacientes, descansar, atender sus necesidades afectivas, sociales, académicas (si es que las tiene), o las que el propio terapeuta se haya creado, pues si esas energías contratransferenciales no colaboran a la sublimación de ambos, la labor terapéutica puede resultar cansada y poco benéfica para el paciente (o para ambos).

Desde el punto de vista dinámico, sabemos que las fuerzas invertidas en el desarrollo de la psicoterapia están dirigidas del paciente al psicoterapeuta y del psicoterapeuta al paciente. En ese interjuego dinámico, cada uno se vuelve objeto del otro: el terapeuta busca que el paciente dirija sus fuerzas a la integración de objetos totales, gratificantes, que le ayuden intrapsíquicamente en su felicidad y buen desempeño; en cuanto al psicoterapeuta, se espera que el paciente sea también un objeto lo más real posible como paciente, pero que en la deformación contratransferencial que hace de él esta relación esté matizada por una intención de reparación tanto de objetos internos como externos. El psicoterapeuta debe perfeccionar esta capacidad durante su época de formación.

Desde el punto de vista genético debe ayudarse al paciente a evolucionar, dependiendo de la etapa de desarrollo en que posea las fijaciones más importantes. El terapeuta debe considerar su propio desarrollo como genital, en tal forma que no posea grandes fijaciones que obliguen al paciente a no crecer.

Desde el punto de vista adaptativo, se pretende que el paciente logre aptitudes adaptativas flexibles para que obtenga con facilidad la forma de adaptación que más le convenga, esto es, si requiere de adaptaciones autoplásticas o aloplásticas, sean éstas las que realicen y no se estereotipe en alguna. En este sentido, el terapeuta deberá poseer un repertorio de capacidades adaptativas flexibles que favorezcan su labor profesional.

En la tarea psicoterapéutica se encuentra involucrada la labor de reparación. Generalmente los pacientes llegan a tratamiento con lesiones emocionales que les causan dolor, aflicción, culpa, entre otras; lesiones emocionales que se traducen en cualquier tipo de trastorno psicopatológico que, de alguna manera, no dejan de ser un daño para su propio Yo. Desean ser ayudados a restaurar su Yo, en su labor adaptativa o de cualquier otra índole, aun aquellos que experimentan culpa y sienten que son ellos los que dañan o dañaron a los demás, desean ser ayudados a reparar lo que han destruido.

Ya sea como objetos o como sujetos, los pacientes sienten, viven, piensan, perciben, fantasean la destrucción. Realidad o fantasía de destrucción, que a su vez puede ser consciente o inconsciente. En un gran número de casos se combinan hechos reales que sirven de apoyo y demostración a fantasías inconscientes. Por lo tanto, la realidad generalmente está deformada por la fantasía y, a la inversa, muchas fantasías se apoyan en la realidad.

REPARACIÓN Y SUBLIMACIÓN EN LA PSICOTERAPIA

Desde el punto de vista de Klein (Segal, 1979), cuando el niño llega a la fase depresiva siente que ha destruido omnipotentemente a su madre, lo cual le produce un importante monto de culpa, que puede traducirse en desesperación, angustia por la fantasía inconsciente de haberla perdido, sin embargo, también en la fantasía normalmente aparecen deseos omnipotentes de restaurarla, deseo de reparación que pretende recuperarla como objeto internalizado o como objeto externo. Y en esta posición depresiva, en este momento del desarrollo, es donde genéticamente queda instaurado el afecto de amor y odio hacia

un mismo objeto, con sus características inconscientes basadas en la fantasía de daño o reparación. Este fenómeno, que ocurre en relación con la madre, también es desplazado a otros objetos: padre, hermanos, o cualquier otro objeto significativo para el niño, con el cual crece y llega a la edad adulta.

En el paciente con conflictos predominantemente emocionales, sea cual fuere su diagnóstico, se desarrolla la sensación manifiesta o latente de que ha destruido o sufrió y está sufriendo un proceso de destrucción, ya sea interna o externamente, y quiere lograr su propia reparación (objetos internalizados) o la reparación del objeto externalizado. La intención de reparar hace progresar la integración del Yo junto con la capacidad de identificación (Klein, 1981), que consiste en una simpatía genuina de poder colocarse en el lugar del otro; logra también progresar la capacidad de amor. Así, al restaurar a sus objetos, se crece y se restaura a sí mismo, incrementando su confianza y autoaprecio.

Esta capacidad amorosa, desprendida de las fantasías de reparación, capacita al ser humano para soportar la privación sin que lo desintegre el odio. Además, capacita también, en forma inconsciente, tanto al niño como al adulto para hacer sacrificios y reparar a las personas amadas que han sufrido daño en la fantasía o destrucción. "En las profundidades de la mente, el deseo de brindar felicidad a los demás, se halla ligado a un fuerte sentimiento de responsabilidad e interés por ellos, que se manifiesta en forma de genuina simpatía y de capacidad de comprenderles tales como son" (Klein, 1981).

Los deseos reparatorios (Segal, 1979) tienen importante función sobre las defensas maníacas y ambos desempeñan un papel positivo en la epigénesis del Yo. La resolución de la depresión mediante la reparación es un proceso lento que le lleva mucho tiempo al Yo desarrollar y adquirir, sobre todo para confiar en sus propias virtudes reparatorias. En la mayoría de los casos se puede superar el dolor de haber dañado al objeto mediante defensas maníacas que protegen al Yo de la desesperación total; cuando el dolor y la amenaza de destrucción ceden, las defensas maníacas también dejan su lugar a la reparación. Cuando la reparación forma parte del sistema maníaco del Yo, éste, para

protegerse del dolor, utiliza la negación, el control y desprecio por el objeto.

Podemos decir que cuando la reparación constituye parte del sistema defensivo maníaco del Yo, estamos viendo un resultado de pseudoreparación. Clínicamente observamos un cuidado del objeto, pero basado en un control restrictivo y no en una relación de intercambio; "por otro lado —la pseudoreparación— se halla muy cerca de los diversos modos de paralización originados en fantasías persecutorias" (Paz, 1979). La capacidad reparatoria se encuentra muy próxima de la capacidad sublimatoria del Yo, dado que la sublimación es un proceso donde la energía asociada a contenidos reprimidos se libera y se dirige a metas constructivas y reconstructivas socialmente aceptadas por el Yo; frecuentemente se reconoce su epigénesis en la edad de la latencia.

En general, el concepto de sublimación no se involucra en la relación de objeto; pero si a este proceso lo ubicamos desde el punto de vista metapsicológico, podemos pensar en procesos sublimatorios desde la fase oral en la medida que el Yo posee raíces innatas (Hartman, 1969), con energía propia que pone al servicio del mundo externo la supervivencia y desarrollo adaptativo del mundo interno, y viceversa. Esa energía del Yo, puesta al servicio de la adaptación, tiene fines constructivos y reconstructivos para el propio sujeto y sus objetos. Si bien es cierto que se consolida y se practica en la edad de la latencia, podemos inferir que su génesis es anterior á esa edad.

Desde el punto de vista estructural es con la ayuda del Superyó y el ideal del Yo, que el Yo logra su máxima capacidad adaptativa sublimatoria. Y así como hablamos de pseudoreparaciones, también podemos hablar de pseudosublimaciones; en ambas observamos, clínicamente hablando, una tiranía por parte del ideal del Yo en total acuerdo con el Yo ideal infantil omnipotente que puede llegar a impedir la posibilidad de reparar o de sublimar.

Cuando observamos el comportamiento sublimatorio de una persona, vemos que su conducta es natural, fluida, gozosa, no forzada, que no cansa ni aburre a quien realiza la tarea. En tanto, la conducta pseu-

dosublimatoria puede mostrar la contraparte de las citadas características, observándose el cansancio, físico o emocional, sin suficiente justificación y con poca productividad.

Si tomamos como objetivo y como eje psicoterapéutico la:

Activación de las funciones yoicas, mediante las cuales se haga posible elaborar de modo focalizado la problemática inserta en una específica situación vital, con base en la guía, el estímulo y las realizaciones simbólicas del vínculo vivido en una relación de trabajo, transferencia-contratransferencia, personificada con el terapeuta, con la correlativa activación de las funciones yoicas de este último (Fiorink, 1979).

Queda clara la intención yoica y la activación de la función yoica de sublimación, tanto del paciente en la transferencia, como la del terapeuta en la contratransferencia.

LA CONTRATRANSFERENCIA

En la psicoterapia psicoanalítica uno de los ejes principales por los que camina la labor terapéutica es la transferencia-contratransferencia. La transferencia es un tipo de relación de objeto terapéutico característico que consiste, como sabemos, en poner en la persona del terapeuta sentimientos en el presente que no le corresponden y que en realidad son desplazamientos de afectos del pasado hacia sus objetos importantes.

Por definición, el fenómeno de la regresión es inherente al concepto de transferencia. Cuando el paciente llega a su grado máximo de regresión, durante el tratamiento, observamos la neurosis de transferencia que también es inconsciente. Al hablar de la transferencia quiero señalar la importancia del fenómeno como eje psicoterapéutico, pero también que el centro de la transferencia es el terapeuta.

Freud en "Lección xxviii. La terapia analítica" nos dice:

Toda la libido y todo lo que se le opone se hallan concentrados en la actitud del enfermo con respecto al médico, produciéndose inevitablemente una separación entre los síntomas y la libido, y quedando los primeros despo-

ados de todo revestimiento libidinoso. En lugar de la enfermedad propiamente dicha aparece una nueva artificialmente provocada: esto es, la enfermedad de la transferencia, y los objetos tan variados como irreales de la libido quedan sustituidos por uno solo, aunque igualmente fantástico: la persona del médico (Freud, 1915-17).

Enfermedad, llama Freud a la transferencia; enfermedad que paradójicamente es lo que cura al paciente. Desde entonces la figura del terapeuta fue y sigue siendo tema central.

Cada vez hablamos más de contratransferencia, la que consideramos una reacción global, inconsciente, del terapeuta hacia su paciente, fenómeno limitante del tratamiento porque expresa carencias, complejos del terapeuta no resueltos. Concepción que se ha ampliado y se considera útil para el diagnóstico y tratamiento, matizándola de características conscientes, preconscientes e inconscientes.

Kernberg (1978) la caracteriza como tema prevalente dentro de la psicología del Yo y la concibe como tres círculos concéntricos, correspondiendo a cada círculo una dimensión:

- a) Dimensión espacial: concepción original de contratransferencia.
- b) Dimensión temporal: diferencia las reacciones efímeras agudas de las reacciones prolongadas.
- c) Tercera dimensión: representada por la gravedad del paciente.

Sin embargo, el concepto de contratransferencia continúa en evolución y cada día se investiga más a su alrededor.

Por ahora lo que importa destacar del papel del terapeuta es su contratransferencia. Cómo el terapeuta, poseedor de una personalidad, un aparato psíquico, una historia personal, una historia académica, un inconsciente disciplinado a través de su propia psicoterapia y de un entrenamiento riguroso, logra las metas que anteriormente se conceptuaron.

El terapeuta parte del eje central sobre el que se lleva a cabo el proceso psicoterapéutico, es una persona que trabaja bajo el constante influjo

de la regresión, hacia la cual se hace resistente y la maneja; profesional que por disciplina trabaja con la represión levantada frente a sus pacientes, y donde tras ser objeto de ellos, ahora en la contratransferencia éstos son objeto del psicoterapeuta. La contratransferencia es un tipo de relación de objeto muy particular, pero que está matizado por todas las características que conceptúan a las relaciones de objeto, y también por sus funciones yoicas removidas aunque con un Yo observador y un inconsciente disciplinado como garantía de profesionalismo.

¿Qué posibilidades de éxito tiene el terapeuta como persona? ¿Qué mecanismos debe poner a funcionar para tener éxito profesional con sus pacientes? La psicoterapia psicoanalítica es una profesión difícil; es una labor llena de escollos y de sufrimientos, en la que se requiere control sobre la propia persona. No se puede exigir perfección, pero sí constante perfeccionamiento, tanto personal como profesional.

Herederero de la técnica psicoanalítica, y basado en la fuerza de la atención flotante, desea conseguir una verdadera neutralidad reparatoria que le permita a su paciente sublimar y reparar. Difícil tarea la de mantener la neutralidad técnica:

Cuando el analista habla ha quedado decidido el no escuchar. Y hablando dice, cesando su neutralidad. En escuchar a veces logra neutralidad, al hablar nunca... Entonces más allá de la recomendación técnica de la neutralidad hay un analista que escucha y habla, y al hablar o callar dice (Marotta, 1984).

Es difícil lograr la neutralidad reparadora de las propias capacidades de reparación del terapeuta, pero sin ella no podría establecer el tipo característico de relación de objeto transferencia-contratransferencia que ayuda al paciente.

El terapeuta no sólo debe lograr neutralidad técnica, también debe ser un objeto neutro que favorezca la situación, en tal forma que el paciente ponga en él, introyecte de él, en la fantasía, lo que para él sea benéfico. Poder ser neutro como objeto de transferencia-contratransferencia también demanda capacidad sublimatoria de parte del terapeuta.

Y así durante todo el proceso psicoterapéutico necesita poseer una fuerte capacidad de reparar, real, en sí mismo y en sus pacientes, con el fin de lograr las metas ideales y reales que como profesional se ha propuesto el psicoterapeuta. Al reparar a sus pacientes inconscientemente se repara a sí mismo y a sus propios objetos.

BIBLIOGRAFÍA

- BALINT, M., *La falta básica*, Paidós, Buenos Aires, 1982.
- FIORINI, H. J., *Teoría y técnica de la psicoterapia*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1979.
- FREUD, S., "Lección xxviii, La terapia analítica", "Lecciones Introductorias al Psicoanálisis", en *Obras completas*, Tomo 11, Biblioteca Nueva, Madrid, 1916.
- "El Yo y el Ello", en *Obras completas*, Tomo m, Biblioteca Nueva, Madrid, 1923.
- "Análisis terminable e interminable", en *Obras completas*, Tomo m, Biblioteca Nueva, Madrid, 1937.
- GILL, M.M., "La psicología del yo y su psicoterapia", 1984, citado en *Aportaciones a la teoría y técnica psicoanalítica*.
- HARTMAN, H., *Ensayos sobre psicología del Yo*, Fondo de Cultura Económica, México, 1969.
- KENBERG, O., *Trastornos graves de la personalidad*, Manual Moderno, México, 1987.
- KLEIN, M., *Amor, odio y reparación*, Hormé, Buenos Aires, 1981.
- MAROTTA, J. C., "Sobre la neutralidad", 1984, citado en *La práctica psicoanalítica. Vacilaciones de la neutralidad*, Azubel, A, comp., Folios, Argentina, 1984.
- MENNINGER, K., *Teoría y técnica psicoanalítica*, Psique, Buenos Aires, 1974.
- PADILLA, M. T., "¿Qué es la psicoterapia?", en REVISTA DE PSICOLOGÍA *Aletheia*, No. 2, Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, México, 1981.

PAZ, J. R., *Psicopatología, sus fundamentos dinámicos*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1979. RAPAPORT, D.; GILL, M.; MERTON, M., *Aportaciones a la teoría y técnica psicoanalítica*, Pax, México, 1962. SEGAL, H., *Introducción a la obra de Melanie Klein*, Paidós, Argentina, 1979. WEISS, E., *Los fundamentos de la psicodinámica*, Psique, Buenos Aires, 1967.

LOS IMPULSOS, SU INFLUENCIA EN LA REPARACIÓN CONTRATRANSFERENCIAL

En este capítulo se revisará, desde un punto de vista teórico, la relación que existe entre las conceptualizaciones de impulso, relaciones de objeto, sublimación, reparación y contratransferencia, aportando una investigación con base en un cuestionario de opinión aplicado a 30 psicoterapeutas en ejercicio de la profesión.

Primero, una aclaración sobre el término impulso. En psicoanálisis, este concepto fue durante mucho tiempo sinónimo de instinto. El psicoanálisis es un método de tratamiento y de investigación muy cercano a las ciencias naturales, a la biología; de hecho la palabra instinto tiene una connotación más biológica que psicológica, no obstante, con el tiempo el concepto se desarrolló y actualmente se le reconoce una connotación más psicológica.

Desde la concepción de la biología, instinto es aquella conducta heredada, no aprendida, común a la especie, o sea filogenéticamente determinada, y por lo tanto estereotipada o constante. Paralelamente, desde el punto de vista de la psicología, la palabra impulso tiene ese mismo sentido, pero aunque es constante no es estereotipada como en los animales.

Se entiende entonces que el concepto instinto se aplica a ese tipo de conducta en los animales, en tanto el término impulso se atribuye a esa clase de comportamientos pero en los seres humanos, aunque en el sentido estricto algunos animales poseen más bien impulsos que ins-

tintos. En los documentos freudianos originales encontramos la palabra instinto, sobre todo en las traducciones al español, como equivalente a impulso.

Lo que llamamos impulso en el hombre es un estado de excitación central. No actúa como una fuerza de impacto momentáneo sino como una *tuerza* constante; su estímulo y fuerza no proceden del medio externo, provienen del propio cuerpo. Al respecto, dice Freud en "Los instintos y sus destinos" "... La fuga es ineficaz contra él. Al estímulo instintivo lo denominaremos mejor necesidad, y lo que suprime esta necesidad es la satisfacción" (Freud, 1915). Asimismo, en dicho artículo, Freud considera al instinto (impulso) como un concepto límite entre lo anímico y lo somático.

Conceptualmente hablamos de un reservorio central de energía heredada, con cantidades diferentes en cada individuo pero común a la especie homo sapiens, la cual es utilizada para llevar a cabo las diferentes tareas de la personalidad. También los impulsos obtienen su energía de ese reservorio central y se convierten así en ese estado de excitación central. La acción motora que continúa después de la excitación tiene como mediadora una estructura mental altamente diferenciada que denominamos Yo, que permite que las respuestas impulsivas sean modificadas por el aprendizaje, la experiencia y la reflexión, lo que rompe con la estereotipia conductual predeterminada en el caso de los instintos en los animales, sobre todo inferiores (Hartman, 1948).

La teoría psicoanalítica supone que hay una energía psíquica que forma parte de los impulsos o que de alguna manera deriva de ellos; se le concibe en forma análoga a la energía física pero no igual. Ninguna de las dos energías han sido vistas en forma alguna y tal vez nadie las verá.

Ambos conceptos de energía son hipótesis de trabajo que tienen el propósito de simplificar y facilitar la comprensión de aquellos fenómenos de la vida psíquica que podemos observar, inferir o medir. Los impulsos determinan e imparten instrucciones al aparato psíquico para

que realice, ya sea consciente o inconscientemente, una determinada conducta.

Un instinto (impulso) tiene una fuente, una finalidad, un objeto y una intensidad.

Las fuentes más importantes de la energía instintiva son las necesidades corporales. Un impulso es un proceso estimulante en algún tejido u órgano del cuerpo que genera energía y al liberarla produce una determinada reacción. El estudio de las fuentes del impulso corresponde a otras áreas científicas, a la psicología no le importan como tales, presta mayor atención al conocimiento de sus fines.

El fin último del impulso es la eliminación de la necesidad corporal que lo produjo y así conservar el deseado estado de reposo, el equilibrio homeostático tanto fisiológico como psicológico.

En el artículo de Freud, antes mencionado, se describe de la siguiente manera el fin (Ziel) de un instinto (impulso):

El fin de un instinto es siempre la satisfacción, que sólo puede ser alcanzada por la supresión del estado de estimulación de la fuente del instinto. Pero aun cuando el fin último del instinto es invariable, puede haber diversos caminos que conduzcan a él, de manera que para cada instinto pueden existir diferentes fines próximos susceptibles de ser combinados o sustituidos entre sí. La experiencia nos permite hablar también de instintos coartados en su fin, esto es, de procesos a los que se permite avanzar cierto espacio hacia la satisfacción del instinto, pero que experimentan luego una inhibición o una desviación. Hemos de admitir que también con tales procesos se halla enlazada una satisfacción parcial (Freud, 1915).

Suele decirse que el impulso es conservador porque su finalidad es que el sujeto vuelva al estado de reposo en que se encontraba antes del estado de excitación (Hall, 1983). En ocasiones, sobre todo en la satisfacción del impulso sexual, hay una acumulación de tensión antes de la descarga final, es evidente que esta acumulación posee síntomas tanto físicos como psicológicos.

No podemos decir lo mismo del estado de acumulación del impulso agresivo. Una persona puede encontrarse en ese estado y no poseer los síntomas que muestran tal acumulación de agresión hostil.

El objetivo del impulso "es la cosa en la cual o por medio de la cual puede el instinto alcanzar su satisfacción" (Freud, 1915). Podemos sustituir la expresión "es la cosa" por objeto, quedándonos con la siguiente expresión: el objetivo del impulso es el objeto mediante el cual o por medio del cual el impulso alcanza su satisfacción.

El objetivo del impulso hambre es comer, el objetivo del impulso sexual es el coito, el objetivo del impulso agresivo es la lucha por el objeto. Tanto la teoría como la técnica psicoanalítica, en especial la escuela inglesa, han prestado especial atención al estudio de las relaciones de objeto, concluyendo que el fin del impulso no es su descarga sino la obtención del objeto.

El objeto en sentido psicológico "es la cosa", como diría Freud, cualquier objeto animado o inanimado que tenga importancia emocional para el sujeto. Cuando hablamos de contratransferencia le damos especial importancia al objeto del psicoterapeuta, o sea su paciente. Y no podemos perder de vista el ubicarlo en ese momento como "un medio en el cual o por el cual el instinto alcanza su satisfacción" (Freud, 1915).

La intensidad del impulso es su fuerza, distinta en cada individuo, es la cantidad de energía que posee para conseguir su finalidad o sea su objeto. ¿Cuál es la cantidad de energía que un psicoterapeuta invierte contratransferencialmente, primero en sus pacientes y luego en un paciente en particular? Dependiendo de esa energía podemos considerar que ciertos pacientes son verdaderos objetos del psicoterapeuta y cuáles son objetos desplazados. Aunque en un sentido estricto todos los pacientes son objetos desplazados de los fines primarios de los impulsos de un psicoterapeuta, sería muy patológico que un paciente fuera el objeto primario satisfactorio de esos impulsos.

Después de mencionar lo que son los impulsos, podemos hablar de su clasificación.

La clasificación de los impulsos ha pasado por tres etapas: impulsos sexuales y de autoconservación, seguida por la de impulsos de vida y de muerte, para concluir en la diferenciación de libido y agresión. Cabe mencionar que los impulsos son necesidades corporales, por lo que habrá tantos impulsos como necesidades existan.

Retomemos la clasificación que comprende los impulsos de vida y de muerte, ambos impulsos siguen una evolución, determinada por las necesidades corporales. Los efectos de los impulsos de vida son más visibles, son las representaciones psíquicas de todas las necesidades corporales, cuya satisfacción es importante para continuar viviendo y preservar la especie. Los dos impulsos atraviesan por las fases oral, anal y fálica, aunque se han estudiado más los impulsos de vida, y en especial la conducta que tiene como fin la reproducción. A la energía psíquica que deriva de estos impulsos de vida se le denominó libido, no encontrándose otra palabra para los instintos de muerte.

Ya dijimos que los fines de la libido son la cópula, la autoprotección individual y la reproducción, y los reconocemos por sus derivados. Algunos de los derivados más importantes de la libido son el amor, el cuidado, el respeto, la dedicación, el gusto, el placer y casi todos los afectos positivos del ser humano. Se establece cierta confusión debido a que la demora de la descarga de la libido crea una tensión desagradable para el Yo, el cual espera la descarga cuando ha encontrado el objeto donde hacerla; esta sensación desagradable se torna agradable en el momento de la consecución del objeto y por lo tanto la descarga del impulso es placentera. Los impulsos de vida buscan placer y evitar el dolor.

Los impulsos de muerte cumplen su función de manera silenciosa y hasta cierto punto invisible, su propósito o meta final es el retorno a lo inorgánico. En un principio los seres vivos poseían un periodo muy corto de supervivencia, pero al evolucionar las especies los organismos fueron prolongando su vida, asegurando la supervivencia de la especie a través de la procreación. Así, en este punto de la evolución, la creación de la vida se hizo independiente de la estimulación externa. "Aunque el instinto de reproducción aseguraba la continuidad de la

vida, la presencia del instinto de muerte significaba que ningún ser particular podía vivir eternamente. Su destino final era siempre retornar a lo inorgánico. Freud creía que la vida era un camino indirecto hacia la muerte (Hall, 1983)".

Los derivados más importantes de los impulsos de muerte son la agresividad y la destructividad, y todos aquellos afectos negativos como el aburrimiento, la envidia, los celos, entre otros. Y así como la libido, también la "destrudo" (nombre que no tuvo aceptación para la energía agresiva), pasa por situaciones agradables que finalmente son destructivas.

Un derivado de la destrudo es el trabajo creativo mientras el hombre viva y posea plenitud de facultades. Cuando hablamos de derivados de un impulso nos referimos a la fuerza que impulsa y tiene la misma fuente y finalidad del impulso del cual se origina, pero que se diferencia en los medios por los cuales alcanza su fin. El derivado de un impulso es la energía objetal sustitutiva.

Los impulsos de vida y de muerte, y sus derivados, llegan a fusionarse, neutralizarse o alternar recíprocamente, como cuando el amor derivado de la libido se neutraliza con el odio, derivado de la destrudo; de igual forma decimos que se alternan cuando el amor se vuelve odio o el odio llega a convertirse en amor.

Estructuralmente, vemos que los impulsos residen en el Ello, pero se manifiestan a través del Yo, y algunos derivados a través del Superyó. Y a partir del punto de vista estructural se concluye que se sustituyen los impulsos de vida y de muerte por los de libido y agresión. La residencia original de ambos está en el Ello, su control y expresión se da a través del Yo y algunos derivados a través del Superyó.

Cuando los impulsos no alcanzan su fin, al no conseguir el objeto en el cual o por medio del cual lograr la satisfacción, el Yo puede buscar satisfacciones parciales a través de desplazar, sublimar y transformar los impulsos.

Se llama desplazamiento al proceso mediante el cual se recanaliza la energía, esto es si el Yo no puede llegar hasta el objeto, la catexia (energía, fuerza) puede transferirse a otro que se encuentre disponible. La elección del Yo por cualquier otro objeto sustituto puede satisfacer muchos impulsos, y a la vez, la elección de un objeto sustituto está determinada por las características de los impulsos y las características de los objetos originales de cada persona.

Por eso la relación transferencial y también la contratransferencial, es una relación sobredeterminada; en muchas formas es un desplazamiento del objeto original del psicoterapeuta y el paciente, un objeto fácilmente disponible para la descarga desplazada del psicoterapeuta.

Los desplazamientos se deben a dos razones fundamentales: porque las presiones sociales ejercen su influencia sobre los impulsos y debido al grado de parecido entre el objeto original y el sustituto. Por eso la relación, firme e intensa, capaz de producir un cambio en el psicoterapeuta hacia su paciente está sobredeterminada por lo social y el parecido al objeto original. La satisfacción que da un objeto sustituto nunca es igual a la que da el objeto original.

Si no se obtuvo la satisfacción del objeto original, es imposible que después de haber pasado cierta etapa del desarrollo se pueda obtener en algún objeto sustituto, pero normalmente sí se pueden obtener grandes satisfacciones a través de dichos objetos, dado que éstos son mejor que nada. En la elección de objetos sustitutos el Yo tiene que realizar muchas transacciones entre el Ello, el Superyó y el mundo externo.

De la sublimación se puede decir que es una especie de desplazamiento. El impulso asemeja un río en su estado natural, en tanto la sublimación una presa que por medio de canales y de turbinas aprovecha toda la fuerza del río para crear energía eléctrica y otros derivados útiles al hombre.

En cuanto a los impulsos, la sublimación es la desviación de la energía impulsiva hacia actividades intelectuales, humanitarias —como ayudar a los pacientes a aliviar sus dolencias emocionales, a sobrellevar

sus frustraciones, a retardar, quitar o detener síntomas emocionales y psicósomáticos —, culturales, artísticas, religiosos o de cualquier otra índole humanamente consideradas como superiores.

La sublimación es un desplazamiento que se distingue de las de carácter neurótico por:

- a) Una inhibición del fin.
- b) Una desexualización.
- c) Una completa absorción del impulso por sus secuelas.
- d) Y por una alteración dentro del Yo (Fenichel, 1964).

Desde el punto de vista de Fenichel, es muy difícil que exista una sublimación de la sexualidad genital adulta: "Los genitales representan un aparato destinado a lograr una plena —es decir, no sublimada— descarga orgásmica" (Fenichel, 1964). Los impulsos pregenitales son los que sí se pueden sublimar. La represión de los impulsos pregenitales, y más si están en competencia con la supremacía genital, no son fáciles de sublimar. La desexualización se lleva a cabo gracias a la capacidad de orgasmo genital, que si no se obtiene no es posible que haya sublimación, por eso la conducta sublimada es una conducta fácil, gustosa, que no cansa, que no agota, donde el torrente libidinal no cesa gracias a que el Yo está utilizando las catexias y aun las contracatexias al servicio de fines considerados superiores por el sujeto y por su sociedad.

Generalmente se habla poco respecto a la sublimación de la agresión, pero éste es un proceso donde la energía agresiva se transforma y se desplaza igual hacia actividades superiores, altruistas y humanitarias — como lo es el trabajo —, y en el caso del tema que estamos tratando, son energías que contratransferencialmente sublimadas se ponen al servicio del paciente para que éste repare, reconstruya, lo que consciente o inconscientemente siente que ha destruido.

La transformación de los impulsos se lleva a cabo por la inhibición del objeto o del fin, la renuncia al objeto o fin, la utilización de los mecanismos de defensa, en especial, la represión, la transformación en lo

contrario y la orientación hacia la propia persona. Así, mediante los anteriores mecanismos, el Yo transforma los impulsos en acciones, en percepciones, recuerdos, pensamientos o cualquier otra actividad de la personalidad, observable, inferible o susceptible de ser medida.

El desplazamiento, la sublimación, la transformación en lo contrario son procesos que se llevan a cabo ayudados por la frustración, la maduración, la angustia y el medio ambiente, procesos que también ayudan a la estructuración del aparato psíquico. En cuanto a la elección de objeto, el sujeto incorpora cualidades de un objeto externo, por lo común cualidades de otra persona —como la madre, el padre, los hermanos o cualquier otra— que tenga importancia emocional y sea significativa. A este proceso se le llama identificación, ya explicado en otro trabajo (González Núñez, 1983) y que retomamos para ampliar el número de identificaciones que existen y nos son necesarias en este momento.

Nos referimos en primer lugar a las identificaciones narcisistas (sin especificar un narcisismo primario o secundario), es decir, al proceso donde el sujeto proyecta en el objeto sus cualidades y luego se identifica con ellas. Este proceso no se refiere al concepto de identificación proyectiva, sino al tipo de identificación que se ve precedida por la simpatía, la empatía, la resonancia emocional, el amor. Una persona no se interesará, no amará, no se preocupará por otra si no es que se parecen de alguna forma entre sí. Así, podemos suponer que un paciente elige directamente al psicoterapeuta porque lo conoce de manera personal, o indirectamente porque pide referencia de él a alguien que lo conoce; en ambos procesos se involucra una elección narcisista.

A su vez, el psicoterapeuta, desde la llamada telefónica, la puntualidad, el interés, el saludo del paciente, su aspecto o cualquier otra cualidad hace que contratransferencialmente se identifique narcisistamente con él. En un sentido más amplio, este tipo de identificación la encontramos entre amigos, rivales o enemigos, pues teniendo características afines, comparten, luchan, aman y odian al mismo objeto.

El objetivo de la psicoterapia es lograr la alianza yoica racional y razonable en beneficio del paciente para lo cual, independientemente del afecto que acompañe la relación, existe algún tipo de afinidad narcisista entre el psicoterapeuta y el paciente. Es así como el continuo engranaje circular de transferencia-contratransferencia tiene el mismo objetivo, lograr el cambio benéfico para el paciente, que éste consiga los objetos adecuados para lograr la satisfacción impulsiva que le dé tranquilidad y felicidad; con lo cual el Yo logra su cometido estructural, dinámico, económico, genético, adaptativo y hasta topográfico.

También es importante la identificación orientada hacia una meta, la cual consiste en que una persona frustrada o angustiada ante la falta de éxito, en el encuentro con sus objetos, se identifique con otra que sí ha logrado sus propósitos. Que el paciente se identifique con su psicoterapeuta le ayuda a crecer y evolucionar, a redistribuir sus energías, a fortalecer su Yo, a domar sus impulsos, entre otros aspectos; pero que un psicoterapeuta se identifique masivamente con un paciente por las características exitosas de éste, por lo que tiene o porque posee cualquier cualidad de la que carece y desea tener, es un proceso normal en cierta medida y hasta cierto punto, pero si es una identificación muy generalizada resulta iatrogénico e inadecuado. El paciente puede hacer uso de su fantasía y atribuir cualidades al psicoterapeuta con las que luego se identifica: eso es terapéutico, pero que el psicoterapeuta lo haga es psicopatológico.

La identificación con el objeto perdido es bien conocida, sin embargo, no se le concede mayor importancia hasta que el psicoterapeuta pierde un paciente por muerte de cualquier tipo, pero sobre todo de tipo accidental. La vida profesional del terapeuta está llena de pérdidas, los pacientes se van porque desertan o porque se cumple el contrato. Algunos pacientes necesitan de la psicoterapia para toda la vida, no obstante, aunque el análisis en sí mismo es interminable, sabemos que en el contrato se especifica que el paciente debe terminar su psicoterapia. Cada paciente que se va o se le da de alta resulta una pérdida para el psicoterapeuta. ¿Con cuántos pacientes nos identificamos después que los perdemos? No nos estamos refiriendo, insistimos, a la identificación proyectiva que posee una connotación patológica.

La identificación con el agresor también es conocida, pero sólo interesa cuando el paciente daña de manera importante al psicoterapeuta que luego se identifica con su agresor, haciendo de ello un *acting out* contra otro paciente; inadecuadamente no busca quien se la hizo sino quien se la pague.

Resulta muy difícil para el psicoterapeuta acercarse emocional e intensamente al paciente sin identificarse con él, pero menos difícil resulta para el psicoterapeuta trabajar las posibilidades de que eso suceda.

Recordemos ahora algunas cosas sobre el objeto por el cual o por medio del cual el impulso consigue su satisfacción. El estado de indefensión en el que se encuentra el niño cuando nace requiere de una persona, madre o sustituto, que le ayude a satisfacer sus necesidades básicas; es mediante su fantasía que el infante distorsiona estos cuidados y los interpreta erróneamente en una forma omnipotente; su fantasía le dice que él y su madre son la misma persona, que él y su madre forman una unidad somatopsíquica y se le dificulta diferenciar su mundo interno de lo que ocurre en el mundo externo, por lo que todas las necesidades y satisfacciones proceden del interior.

Este tipo de relación con la madre o sustituto es ambivalente y también parcial, pues se toma una parte del objeto por el todo. Si el objeto le gratifica, es un objeto bueno, y si le frustra, es un objeto malo (Fairbain, 1962), por lo que además de la ambivalencia aparece la escisión en el Yo o la fase esquizoparanoide (Klein, 1960), donde las energías libidinal y agresiva se refieren al mismo objeto parcial. Se ama al objeto gratificante (madre) y en la fantasía se destruye al objeto frustrante (madre). Aparecen aquí los afectos de voracidad o avidez, envidia y celos (Klein, 1965) hacia el objeto que gratifica o frustra sus impulsos; si gratifica, estimula sus impulsos de vida, y si frustra y provoca su odio, estimula sus impulsos de muerte.

La voracidad es un sentimiento de tipo oral que consiste en un deseo vehemente, intenso e insaciable que siempre pide más de lo que el sujeto necesita y de lo que se le puede dar para su satisfacción, y por esto

es muy difícil que el objeto llegue a satisfacerlo. La meta impulsiva es chupar, secar, devorar totalmente el seno maternal mediante una introyección destructiva.

La envidia no sólo implica el acto de robar oralmente al pecho materno, sino también colocar en él maldad, excrementos y partes malas de sí mismo con el objeto de dañarla, controlarla y destruirla. En un sentido más profundo, significa el deseo de destruir su capacidad creadora y procreadora, implica que se utiliza como mecanismo de identificación proyectiva.

Los celos se basan en la envidia, pero están inmiscuidos por lo menos dos o más objetos, y se refieren al amor que el sujeto siente que se le debe y le ha sido quitado o está en peligro de perderlo por un rival.

En la siguiente fase (Klein, 1965), fase depresiva, ya existe una integración del objeto y es durante ella donde aparecen los sentimientos de amor, culpa y reparación (Klein, 1981; Segal, 1979). Durante esta etapa, después de los cuatro meses, el niño unifica su objeto y en circunstancias normales proyecta su amor con base en gratificaciones y siente culpa por todas las fantasías destructivas, de envidia y celos que posee, y para no quedarse solo y morir opera el instinto de vida a través de la reparación. Él desea reconstruir al objeto amado para seguir teniéndolo.

Es aquí donde la teoría clásica del impulso y la teoría de las relaciones objétales se unen: la teoría clásica del impulso a través de la sublimación y la teoría de las relaciones objétales mediante la reparación (Klein, 1981) y exorcización de los objetos malos (Fairbain, 1962).

La contratransferencia, procedimiento técnico psicoanalítico basado en la relación de objeto, es difícil de unir a las teorías del impulso, de la relación de objeto o a la teoría del Yo, es un proceso técnico relativamente nuevo que se trata de estructurar a partir de 1950, destruyendo la idea de que sólo es un obstáculo en la terapia psicoanalítica (Etchegoyen, 1986).

La contratransferencia sí puede ser obstáculo, pero también es un instrumento diagnóstico (González Núñez, 1983; Camacho, 1983) y es también "el nódulo de la investigación y la cura" (Ayala, 1983) en el proceso psicoterapéutico de tipo psicoanalítico.

En los inicios de la estructuración del concepto de contratransferencia Winnicott, citado por Etchegoyen (1986), exponente de la escuela inglesa de relaciones de objeto, la clasifica en tres clases:

- a) Sentimientos contratransferenciales patológicos, que muestran al psicoterapeuta la necesidad de análisis.
- b) Los sentimientos contratransferenciales normales, que se refieren y tienen que ver con la personalidad de psicoterapeuta.
- c) "La contratransferencia verdaderamente objetiva del analista, es decir, el amor y el odio del analista como respuesta a la personalidad real y al comportamiento del paciente y que se basan en una observación objetiva" (Etchegoyen, 1986).

Posteriormente se definieron la contratransferencia positiva-, la negativa, la directa, la indirecta, la contraidentificación proyectiva, la complementaria, la paralela, etcétera.

Se necesita del *insight* del psicoterapeuta sobre sí mismo y sobre la situación psicoterapéutica para llegar a la contratransferencia consciente y disciplinada, es decir, que tiene su fuerza en los impulsos sublimados y en las capacidades reparadoras del psicoterapeuta, que más que atender a las necesidades y afectos ambivalentes del analista atienden objetivamente a su labor para la cual se crearon el psicoanálisis, la investigación y la cura.

No está por demás mencionar la inteligencia como parte del perfil del psicoterapeuta que le ayuda en todo el proceso, le ayuda a captar sus necesidades directas con el paciente y la situación formal global de índole terapéutica. Hablamos del *insight* y de la inteligencia como funciones yóicas en especial, lo cual no implica descuido del funcionamiento yóico en general.

Tomando en cuenta a los teóricos modernos del Yo como Kohut y su psicología del simismo, comprenderemos mejor la postura contratransferencial si entendemos los factores que para él influyen en la cura del paciente.

Kohut (1980), en el lenguaje de la teoría clásica de los impulsos, introdujo un concepto teórico crucial dentro de ese marco: el concepto de objeto del simismo, en relación con el cual mostró al fenómeno de la transferencia con los objetos del simismo y, en un intento de salvar la brecha entre las teorías y la observación clínica, la reconstrucción del desarrollo y la teoría de la terapia introdujo el concepto de internalización transmutadora. Kohut, en *¿Cómo cura el análisis?* (1986) dice lo siguiente:

A modo de síntesis, entonces, un análisis exitoso es aquel en el cual las antiguas necesidades del analizado de obtener respuestas de objetos simismo arcaicos son reemplazadas por la experiencia de la resonancia empática, el principal elemento constitutivo de la seguridad en la vida adulta (...) Así pues, según la psicología del simismo, la esencia de la cura psicoanalítica reside en la nueva capacidad del paciente para discernir y buscar en su entorno real objetos/simismo apropiados —tanto especulares como idealizables— y de ser sustentado por ellos (Kohut, 1986).

Creemos que los conceptos de reconstrucción del desarrollo y de resonancia empática a través del psicoanálisis, tienen que ver con el fenómeno de la reparación que aquí venimos trabajando.

CUESTIONARIO DE OPINIÓN

Es difícil establecer una vinculación entre la teoría psicoanalítica y la aplicación clínica de la misma, aunque ésta generalmente se hace a través de la propia metodología psicoanalítica. Para el caso particular de la contratransferencia es especialmente difícil aplicarla, dado que estamos hablando de sentimientos y actitudes profesionales de colegas que por más disfrazados que se planteen en algún momento puede ser identificado el caso.

Por eso el estudio de casos, que es la forma más usual de vincular la teoría psicoanalítica con la técnica, nos resulta improcedente. Buscando otro camino científico para lograrlo, utilizamos un cuestionario de opinión que nos permite conocer qué es lo que los psicoterapeutas psicoanalíticos piensan, sienten al respecto de los impulsos, sobre todo la libido y la agresión; qué piensan de la influencia de la sublimación y la reparación en ellos mismos.

Abarcamos temas como la inteligencia y el *insight*, que son elementos indispensables para lograr que el trabajo profesional llegue a tener éxito en el paciente y así la profesión de psicoterapeuta resulte gratificante. El cuestionario de opinión tiene la ventaja de mostrarnos resultados a un nivel consciente, lo cual podría ser su desventaja pero en realidad sí nos permite inferir e intentar conectar la teoría con la clínica.

Sujetos

El presente estudio se realizó con 30 sujetos, psicoterapeutas psicoanalíticos con un mínimo de dos años de experiencia y un máximo de 17, datos con los que se calculó un promedio de seis años de experiencia como psicoterapeutas.

La edad de los integrantes osciló entre los 31 y 50 años, con una edad promedio de 35, compuesto por 13 psicoterapeutas hombres y 17 mujeres, en cuanto al estado civil tres eran solteras, un divorciado y 26 casados.

Material

Se utilizó el siguiente cuestionario, elaborado a propósito para esta investigación: Reparación y contratransferencia.

La construcción y el piloteo del mismo se llevó a cabo mediante la técnica de grupos de discusión; un grupo de 10 psicoterapeutas conocedores del tema se lo plantearon a través de la técnica de discusión;

se construyó el cuestionario y después fue piloteado mediante el mismo proceso.

1. ¿Es necesario que el psicoterapeuta posea capacidad de reparación? ¿Por qué?
2. ¿Son contratransferencialmente paralizantes los impulsos? Sí. No. y ¿Cuáles, según usted, son los impulsos más paralizantes?
3. ¿Tiene influencia la inteligencia del psicoterapeuta sobre su capacidad para ayudar a reparar?
4. ¿Es importante la capacidad de *insight* del terapeuta para su capacidad reparadora?
5. Piense en algún paciente que le esté ayudando a reparar y dígame qué es lo que siente.
6. Piense en algún paciente que no le esté ayudando a reparar y dígame qué siente.
7. ¿Qué contratransferencia le despierta un paciente que obstaculiza la reparación?
8. Según su propia opinión, ¿Qué pacientes dificultan más la reparación?

Procedimiento

Una vez construido y piloteado el cuestionario fue aplicado a los 30 sujetos antes descritos. Veintisiete de ellos en entrevista individual y tres autoadministrados. No creemos que la diferencia de aplicación sea significativa para los resultados.

Resultados

A la pregunta:

1. ¿Es necesario que el psicoterapeuta posea capacidad de reparación? y ¿Por qué?

Cien por ciento de los sujetos contestó que sí. Todos los porqués quedan incluidos en las siguientes opiniones:

- En la fantasía contratransferencial inconsciente siempre existe la posibilidad de que se pueda dañar al paciente, a pesar de la rígida formación que se tiene como psicoterapeuta psicoanalítico, y como el paciente es objeto del terapeuta, es probable que se genere culpa, depresión, sensación de maldad, persecución, que por supuesto causan ansiedad al Yo. Para controlar estas contratransferencias, el Yo del psicoterapeuta utiliza tanto sus mecanismos defensivos como la reparación de su paciente.
- Es necesario que el psicoterapeuta posea una buena capacidad reparadora para que pueda ayudar a sus propios pacientes a reparar, pues si él no ha podido reparar nada en su vida difícilmente podrá ayudar a otros, y por supuesto no podrá ayudar a sus pacientes a reconstruirse.
- Al ejercer su profesión, el psicoterapeuta necesita poseer capacidades reparadoras que le permitan recrear, sentir gusto, ser fluido, no estático, para poder actuar más libremente e incluso permitirse su blimar.
- Dado que la psicoterapia incluye un fuerte proceso de aprendizaje, sobre todo aprendizaje por identificación, es necesario que el psicoterapeuta sepa reparar para que también pueda enseñar a sus pacientes a reparar.
- En la psicoterapia psicoanalítica se desarrolla un inherente proceso de relación de objeto. Si al presentarse el psicoterapeuta como un objeto para el paciente, lo hace contratransferencialmente como un objeto malo eso es lo que el paciente asimilará, pero la capacidad reparadora le da la posibilidad de presentarse ante el paciente como un objeto bueno y disponible para él, como la madre que éste siempre quiso tener y como el padre que deseó que lo protegiera y guiara. Es necesario tener la capacidad de transformar los objetos malos en buenos para ayudarse y ayudar al paciente a reparar.
- Para que su trabajo sea fructífero el psicoterapeuta desarrolla la simpatía y la empatía, habilidades que le permiten visualizar la capacidad del paciente de rescatar sus objetos. Al hacerlo se va a reparar el propio paciente y a conciliar su mundo interno con su mundo externo. Para que esto pueda darse es casi necesario que el psicoterapeuta lo haya vivenciado y no sólo visto desde la teoría; ya que si

se visualiza únicamente desde la teoría se corre el riesgo de realizar un trabajo superficial.

- Cuando la técnica se usa para crear y reparar, sobre todo en psicoterapia, es cuando ésta se convierte en arte. Crear y reparar trasciende de la psicoterapia y de las necesidades de gratificación. Existe una especie de acuerdo entre terapeuta y paciente en cuanto a lo que uno ayuda a reparar al otro, acuerdo que se realiza gracias al buen diagnóstico que el psicoterapeuta realiza.
 - Su propio tratamiento le permite identificarse con algún objeto que internaliza y le permite ayudar al paciente por identificación. Así como él, el terapeuta tuvo a alguien que le ayudó a repararse a sí mismo en su propio tratamiento.
2. ¿Son contratransferencialmente paralizantes los impulsos? Sí. No. y ¿Cuáles según usted, son los impulsos más paralizantes?

Se obtuvieron 30 respuestas (100%) positivas, es decir, que todos los impulsos son paralizantes. De los terapeutas entrevistados, 46% opinó que el impulso agresivo es más paralizante que el impulso sexual; 10% que el impulso sexual paraliza más la reparación y 43% manifestó que ambos impulsos paralizan igualmente al psicoterapeuta.

3. ¿Tiene influencia la inteligencia del psicoterapeuta sobre su capacidad para ayudar a reparar?

De los psicoterapeutas entrevistados, 100% opinó que es necesario un mínimo de inteligencia, primero para ser psicoterapeuta y después para poseer la capacidad de reparar; concretamente respecto al proceso de reparación opinaron:

Catorce, que equivalen al 47%, que sí es importante la inteligencia. Diez, que representan 33%, que no es importante la inteligencia y seis, 20%, dieron una respuesta ambigua.

Los que opinaron que sí, apoyaron su juicio en el hecho de que para poder ayudar a repararse y a reparar en los pacientes es necesaria la capacidad de inteligencia, ya que permite percibir y resolver los pro-

blemas inherentes al proceso psicoterapéutico y al de reparación. No se puede ayudar a reparar si no se tiene la inteligencia para hacerlo.

Los que opinaron que no, expresaron que la relación terapéutica es una relación de objeto donde la calidad es lo importante y contar con el mínimo necesario de inteligencia es suficiente. Los que opinaron que sí, no descartaron este punto de vista.

4. ¿Es importante la capacidad de *insight* del terapeuta para su capacidad reparadora?

Veintinueve terapeutas opinaron que sí (96%); el otro restante mostró ambigüedad en su respuesta, lo cual implica que la capacidad de verse a sí mismo incluye la capacidad de darse cuenta, de estar consciente de lo que pasa dentro del propio mundo intrapsíquico y la posibilidad de hacer cambios en el mismo. Al hacer cambios en sí mismo el psicoterapeuta pone en juego su capacidad de adaptabilidad interna, y al ponerlos a favor del tratamiento del paciente le dan fuerza yoica y también superyoica para impulsar los procesos preverbales que aparecen durante la psicoterapia.

5. Piense en algún paciente que le esté ayudando a reparar y dígame que es lo que siente.

Diez psicoterapeutas dijeron poseer gusto (33%); ocho (27%) mostraron satisfacción y cinco (17%) expresaron sentir cariño. Los demás sentimientos (33%) fueron de amor, *alegría*, empatía, cercanía, logro, ganas de reparar lo propio, disfrute de la sesión, afecto hacia el paciente. Los afectos predominantes son: gusto, satisfacción y cariño. Lo cual involucra directamente también la función de afecto y dominio-competencia del psicoterapeuta.

6. Piense en algún paciente que no le esté ayudando a reparar y dígame qué siente.

Algunos dieron más de una respuesta. Ocho terapeutas (27%) sintieron frustración; seis (20%) enojo; cuatro (13%) tristeza; tres (10%) fal-

ta de entendimiento con el paciente; tres (10%) bloqueo. Con una opinión, los sentimientos fueron los siguientes: distancia, resignación (31 %) confusión, culpa, molestia, preocupación, desesperanza, que le falta saber algo para poder ayudarlo a reparar.

Al igual que en la pregunta anterior destaca la función yoica de dominio-competencia, control de impulsos y afectos, y sobre todo preocupación en la relación de objeto con el paciente.

Algunos añadieron que la envidia, la culpa, la competencia, la rivalidad, los celos, la cólera y cualquier otro afecto negativo puede impedir la reparación tanto en el psicoterapeuta como en el paciente. La reparación en sí implica el funcionamiento fluido, el afecto tierno; este aspecto entraña que cualquier contratransferencia negativa o cualquier afecto negativo impida al psicoterapeuta el repararse y ayudar a reparar a su paciente.

Técnicamente denota que el saneamiento de los afectos positivos, a veces mostrados con fortaleza, es importante en el manejo contratransferencial del paciente.

7. ¿Qué contratransferencia le despierta un paciente que obstaculiza la reparación?

Quince (50%) psicoterapeutas experimentaron una sensación de impotencia; siete (23%) coraje; cinco (16%) desesperación. Otras respuestas fueron: me promueve la regresión, ganas de no seguir trabajando con el paciente, me siento agredido.

8. Según su propia opinión, ¿Qué pacientes dificultan más la reparación?

Ante esta pregunta, 100% coincidió en que el rasgo más entorpecedor del proceso de reparación es la agresión —ya sea que el paciente sea agresivo o que despierte agresión en el psicoterapeuta—, independientemente del diagnóstico clínico o psicodinámico del paciente. Opinaron *lo mismo* de los pacientes obsesivos (nueve personas, 30%); de los

psicóticos (cinco personas, 16%); de los sociópatas (cinco personas, 16%); de los narcisistas (tres personas, 10%), y de los pacientes borderline, de los actinosos, de las personalidades abortivas y autodestructivas.

Conclusiones

Tras lo teóricamente discutido y los resultados de la encuesta podemos concluir que:

1. En el trabajo psicoterapéutico es importante el control del impulso que posea el psicoterapeuta.
2. Se vuelve esencial que el psicoterapeuta posea capacidad de sublimar y reparar para hacer un trabajo eficiente y útil que le enriquezca y permita una descarga sublimada y reparadora de sus impulsos. Cien por ciento de los terapeutas encuestados estuvo de acuerdo.
3. Sí son paralizantes las descargas inadecuadas por proceso primario o desplazamiento inadecuado de los impulsos. Cien por ciento de los terapeutas encuestados lo reporta y 46% sostiene que son más paralizantes para la reparación los impulsos agresivos.
4. Los terapeutas perciben los afectos positivos como síntomas o evidencia de que están ayudando a un paciente a sublimar y reparar.
5. Los afectos negativos son reportados como síntomas de que no se está ayudando a reparar a un paciente.
6. No deja de llamar la atención el hecho de que los psicoterapeutas reportaron el impulso agresivo y sus derivados como más obstaculizantes y más iatrogénicos en el proceso psicoterapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

- AYALA, J., "La contratransferencia en la evolución del proceso psicoanalítico" en *Cuadernos de psicoanálisis*, Vol. xvi, No. 3 y 4, julio-diciembre, México, 1983.
- CAMACHO, E. J., "Contratransferencia y escribir durante las sesiones", *Cuadernos de Psicoanálisis*, vol. xvi, No. 3 y 4, julio-diciembre, México, 1983.
- ETCHEGOYEN, R. H., *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1986.
- FAIRBAIN, W. R. D., *Estudio psicoanalítico de la personalidad*, Ediciones Hormé, Buenos Aires, Argentina, 1962.
- FENICHEL, O., *Teorías psicoanalíticas de las neurosis*, Paidós, Buenos Aires, 1964.
- FREUD, S., "LOS instintos y sus destinos", en *Obras completas*, Tomo n, 4ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, 1915.
- GONZÁLEZ NÚÑEZ, J.J., "La contratransferencia como diagnóstico", en No.4, *Aletheia*, Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, Núm. 4, México, 1983.
- HALL, C.S., *Compendio de psicología freudiana*, Paidós, Buenos Aires-Barcelona, 1983.
- HARTMAN, H., *The Psychoanalytic Study of the Child*, International University Press, 1948.
- KLEIN, M.; Riviere, J., *Las emociones básicas del hombre*, Nova, Buenos Aires, 1960.
- KLEIN, M., *Nuevas direcciones en psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires, 1965.

KLEIN, M., *Amor, odio y reparación*, Hormé, Buenos Aires, 1981.

KOHUT, H., *La restauración del síticismo*, Paidós, Buenos Aires-Barcelona, 1980.

KOHUT, H., *¿Como cura el análisis?*, Paidós, Buenos Aires-Barcelona-México, 1986.

SEGAL, H., *Introducción a la obra de Melante Klein*, Paidós, Buenos Aires-Barcelona-México, 1979.

CONTRATRANSFERENCIA: INVESTIGACIÓN ENTRE UNA PACIENTE ADOLESCENTE Y UNA PACIENTE ADULTA EN PSICOTERAPIA

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha cobrado importancia el estudio de la contratransferencia. En forma paulatina se ha venido superando la idea de la contratransferencia como obstáculo (Stern, 1924; Fliess, 1953), idea que por lo general provoca mucha ansiedad, ya que implica la posibilidad de que el psicoterapeuta esté realizando un mal trabajo psicoanalítico en perjuicio de su paciente, ya sea porque éste le represente una figura de su pasado (Reich, 1951) o porque existan en él escotomas emocionales que no le permitan manejar y ayudar a su paciente a resolver ciertas emociones como la rabia, el miedo, los celos, el resentimiento, etcétera.

El temor de no actuar profesionalmente ha angustiado a los investigadores del psicoanálisis obligándolos por un tiempo a hacer de lado el tema estudiado por Freud.

La contratransferencia es un fenómeno normal (Sandler, 1973) dentro del psicoanálisis, que si bien puede ser un obstáculo cuando se convierte en resistencia por parte del psicoanalista (Kernberg, 1965), al superarse se torna en un instrumento de diagnóstico preciso y valioso tanto para el estudioso del psicoanálisis y de las relaciones humanas, como para el psicoanalista aplicado y los pacientes mismos.

Se utiliza el término contratransferencia para describir la totalidad de los sentimientos y actitudes del terapeuta hacia su paciente. Aunque a lo largo de la historia del psicoanálisis se le han dado definiciones

más precisas, como la de Winnicott quien define la contratransferencia como "los rasgos neuróticos del psicoanalista que echan a perder su *actitud profesional* y perturban el curso del proceso analítico determinado por el paciente" (Winnicot, 1960). Únicamente tomaremos en cuenta el concepto en su sentido más general y psicoterapéutico, con la convicción de que si bien puede ser un obstáculo para la labor psicoanalítica, es más bien un instrumento valioso, que necesariamente aparece en todo proceso psicoterapéutico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (HIPÓTESIS)

Dada la necesidad de instrumentaciones técnicas más precisas en la psicoterapia del adolescente, debido a los peculiares fenómenos intrapsíquicos por los que atraviesa (Bloss, 1975), en especial la difícil y progresiva necesidad de control de impulsos (Freud, A. 1975; Bloss, 1975), y por la especial dificultad en el uso de las defensas en la adolescencia, y sobre todo la evolución hacia relaciones de objeto definitivas (Bloss, 1975), creemos que:

Hi: La relación terapéutica con el paciente adolescente produce una reacción contrátransferencial más intensa que la relación terapéutica con el paciente adulto.

SUJETOS INVOLUCRADOS EN LA INVESTIGACIÓN

1. Un supervisor que conserva la regla básica de la supervisión (Tarachow, 1963): "El supervisor es un instructor, no un terapeuta". En este caso, el supervisor tiene interés en que la supervisada aprenda el manejo de afectos, motivaciones, alianza terapéutica, resistencias, *acting out*, reacción terapéutica negativa, etcétera, y en especial lo que es motivo de nuestra investigación: la contratransferencia.
2. Una terapeuta en proceso de supervisión, trabajó dos casos: una paciente adolescente y una paciente adulta. Asiste a supervisión una vez a la semana durante 45 minutos, dispuesta a recibir la supervisión, receptiva y permeable a las enseñanzas del supervisor.

La terapeuta posee una contratransferencia permanente de simpatía y gusto por ver crecer a su paciente adolescente, contratransferencia positiva muy parecida a la de supervisor-supervisada. Y su contratransferencia negativa hacia su paciente adolescente, es de desagrado y deseos de reprenderla ante las transgresiones o fantasías de transgresión de normas morales o sociales.

Su contratransferencia permanente hacia la paciente adulta es positiva: deseos de ayudarla (coincide con la contratransferencia positiva supervisor-supervisada, y negativa: sentimientos de rivalidad dado que son más o menos de la misma edad (ambas rebasan los 30 años) y posee además cierta desesperación por lo dependiente de esta paciente adulta.

DOS PACIENTES

Paciente adolescente

Breve historia clínica

1. Identificación del caso

Nombre: KZ; edad: 17 años; sexo: femenino; estado civil: soltera; escolaridad: tercero de secundaria; ocupación: estudiante; residente del DF, clase media baja.

Es una adolescente de tez blanca, 1.70 m de estatura, cabello castaño claro y rizado; cuidadosa, femenina y trata de ser elegante en todos sus gestos y movimientos: en su manera de sentarse, caminar, mover las manos. Es tímida y su forma de hablar es mesurada.

2. Descripción breve del problema de la paciente

Sumamente nerviosa, se come las uñas constantemente, se siente muy angustiada, le va mal en sus estudios, y cada que tiene oportunidad se duerme. No soporta la situación familiar, el padre es muy raro; nada

le parece bien. Está llena de "mezquinos", de origen nervioso, argumenta el médico.

3. Historia familiar

Padre: 40 años de edad, enfermo mental, panadero de ocupación, propietario de tres establecimientos, casa y departamentos, se ha sacado dos veces la lotería.

Madre: 39 años de edad, dedicada al hogar y a atender una de las panaderías; parece cálida con los hijos, pero se enoja continuamente. A KZ le "ensarta" a el bebé, la casa y demás hijos. KZ es la mayor, le siguen un hermano de 16 años, tres hermanas de 13, 10 y 7 años respectivamente, además de dos hermanos de 5 años y 10 meses.

El ambiente familiar puede ser caracterizado como "padre borracho y loco", madre abnegada e "hijos gritando".

4. Periodo de desarrollo

Nace de un embarazo y parto normales, no se registran anomalías en su alimentación, dentición o control de esfínteres, padeció las enfermedades propias de la infancia y no recuerda ninguna característica específica de su desarrollo.

5. Pautas de ajuste:

- a) Ajuste familiar. Su relación con la madre es "buena" y con el padre "fatal", ya que es muy agresivo y egoísta. Una trabajadora social le hizo la observación de que su tendencia a dormir demasiado se debía al deseo de escapar de su familia.
- b) Ajuste vocacional. Estudia para secretaria y quiere estudiar preparatoria.
- c) Ajustes sociales. Es pasiva en la relación social, sólo posee una amiga. Los hombres le dan miedo. No le gustan las fiestas ni reuniones.

- d) Ajustes escolares. Reprobó 2º y 5º de primaria, fuera de ahí no se registra ningún otro incidente significativo.
- e) Ajuste sexual. Tuvo su primera menstruación a los 12 años con disgusto de su parte. No ha tenido novio y tiene miedo de embarazarse como le pasó a su madre.

Breve psicodinamia

KZ es una chica que se encuentra en el momento de iniciación de tratamiento en un periodo de "adolescencia propiamente" (Bloss, P., 1975). Proviene de una familia de nivel sociocultural bajo y socioeconómico medio.

Se desarrolla en un ambiente familiar lleno de carencias por las limitaciones que el padre, dada su enfermedad mental, impone. Es "codo", "borracho", "raro", agresivo con KZ, y muy demandante de respeto, razones por las cuales toda la familia, en general, le ha tenido y le tiene temor.

En tanto, la madre es una mujer "cálida", sometida, abnegada, pero que se aprovecha de KZ "ensartándole" al bebé, casa y demás hijos. KZ siempre asume el rol de madre, debido a que se le ha obligado a adoptarlo y ella ha aceptado.

KZ presenta un desarrollo normal hasta que entra a la adolescencia (12 años), cuando su equilibrio emocional se ve alterado mostrando trastornos psicósomáticos ("mezquinos"), problemas escolares (bajo rendimiento por falta de pago de colegiaturas del padre), nerviosismo, dormir todo el día y dificultades en sus relaciones interpersonales.

Esta serie de síntomas provoca que en la adolescencia KZ entre en situación crítica frente a sus demandas impulsivas y sus prohibiciones superyoicas. Sus defensas, la negación y la regresión, dejan de funcionar para dar lugar a mecanismos más neuróticos como los trastornos ya mencionados.

Es una chica plenamente identificada con la madre, pero con deseos de reparar en los hermanos las carencias que ella sufrió, lo cual le da un buen pronóstico. A pesar de lo terrorífico del padre, ha sobrellevado la situación gracias a la actitud de la mamá y a sus mecanismos de represión, intelectualización y a sus probabilidades de reparar.

Evolución terapéutica durante el proceso de investigación

Se trabajaron varios aspectos: un mayor rendimiento escolar, objetivo que se logró; al igual que sus deseos de trabajar con mayor responsabilidad. Asimismo, se trabajó internamente su ambivalencia hacia el padre y se dieron los primeros intentos de acercarse a muchachos; superó de alguna forma sus trastornos psicossomáticos y aparecieron en ella sus primeras fantasías sexuales.

Paciente adulta

Breve historia clínica

1. Identificación del caso

Nombre: SH; edad: 32 años al solicitar tratamiento; sexo: femenino; estado civil: soltera; escolaridad: Licenciada en administración de empresas; ocupación: asesora de un contador general en un banco. Se trata de una persona fornida, su arreglo personal es esmerado y al hablar mueve continuamente las manos; a pesar de ser fornida se muestra femenina en su forma de caminar, mientras su manera de sentarse es relajada y suelta. De clase media baja.

2. Breve descripción del problema

Llegó a tratamiento porque estaba enamorada y no le hacían caso, lo cual le angustiaba mucho; se siente mal, con arranques súbitos de llanto, "no puedo parar". Años atrás tuvo una fuerte depresión, con síntomas como migraña, trastornos cardíacos y gastritis.

3. Historia familiar

Padre de 56 años de edad, sumamente pasivo, pero "como a un rey se le tiene que atender: nada más estira el brazo y tiene todo". Madre de 53 años de edad, dedicada al hogar, sumamente delicada de salud, y sobreprotectora con la paciente.

Es la única mujer de cuatro hermanos, de los cuales ocupa el tercer lugar: el mayor muere de pulmonía a los dos años de edad, el segundo muere trágicamente en 1972; sigue la paciente y por último otro hermano que muere accidentalmente hace cuatro años al caerse de una azotea.

Es importante mencionar a la abuela materna, quien con sus enfermedades mantiene en constante tensión a la familia.

4. Periodos del desarrollo

Nació de siete meses, por lo que fue necesario mantenerla en incubadora; temían que no viviera, sin embargo, fue muy precoz para caminar y hablar, "creían que era enana". De pequeña estuvo en guardería y más adelante, en la primaria, siempre destacó. Durante su adolescencia se caracterizó por poseer relaciones heterosexuales tormentosas a las que sus padres siempre se opusieron. Tuvo su menarca a los 11 años.

5. Pautas de ajuste:

- a) Ajuste familiar. Ella sostiene a la familia por completo, a cambio se le trata como reina. Es libre de hacer en su casa lo que se "le pegue en gana". Es berrinchuda, caprichosa, y sus padres así se lo dicen pero la toleran.
- b) Ajuste vocacional. Se encuentra satisfecha con la profesión que eligió, en la cual se desarrolla exitosamente.
- c) Ajuste laboral. Es una persona creativa y no ha tenido que cambiar de trabajo.

- d) Ajustes sociales. Le encantan las reuniones sociales, pero carece de amigos que la hagan sentirse querida.
- e) Ajuste sexual. Hasta la fecha no ha tenido relaciones sexuales y presenta una gran inmadurez sexual.

Breve psicodinamia

En apariencia emocionalmente fuerte, SH proviene de una familia de clase media baja, con un padre de carácter muy débil, y mantenido durante los últimos diez años. La madre es una mujer que vive para el padre.

Lo que destaca de la vida de SH es la muerte de los hermanos en forma dramática y el impacto de la posibilidad de su propia muerte. Muestra gran problemática en el área sexual, después de un intento fallido de relaciones sexuales tiene un quiebre que hace necesario internarla, lo cual nos habla de un severo problema.

Sus relaciones de objeto están bastante perturbadas, ya que en la familia vive los constantes mimos de los padres y porque existió una fijación incestuosa con el hermano asesinado (o muerto accidentalmente). Por lo anterior, la relación con la figura masculina le resulta muy conflictiva: se comporta agresiva y a la vez con mucho temor de no ser aceptada, sin poder reafirmar y conservar esa relación debido a que no es tratada como "reina", trato que le dan sus padres e incluso su abuela.

Es obvio que existe en ella una inhibición sexual, frigidez e intolerancia a la relación: fobia. Utiliza como mecanismo de defensa la represión, la negación y la fantasía. Posee un Yo incapaz de controlar sus impulsos agresivos, que luego son fuertemente castigados con depresiones por parte del Super Yo.

Evolución terapéutica durante el proceso de investigación

Se trabajaron los siguientes contenidos: sus trastornos psicósomáticos, gracias a lo cual su migraña cedió un poco; sus relaciones conflictivas

con el muchacho que se encontraba en turno; apareció un nuevo pretendiente, como intento de olvidar al primero; su rivalidad con una compañera por el primer muchacho (producto de su rivalidad con la madre por el padre y el hermano); internamente se trabajó su impulso agresivo, el cual controló un poco más, ayudándola a sentirse menos culpable y deprimida. Mantiene el deseo de tener relaciones sexuales y un hijo.

MATERIAL

Se utilizaron las historias clínicas de las pacientes y una escala de espacios subjetivamente iguales; una escala ordinal que va de uno a siete, donde uno implica la existencia e intensidad mínima de contratransferencia y el siete la existencia máxima de intensidad de contratransferencia.

Es cierto que desde un estricto punto de vista clínico serían suficientes las historias clínicas de los pacientes, la comunicación de la terapeuta y lo observado en forma disciplinada por el supervisor, pero sabemos que este tipo de datos, que implican un contacto directo con lo observado y trabajado, generalmente producen ansiedad, lo cual puede provocar una observación distorsionada por la contratransferencia del supervisor o de la terapeuta.

El terapeuta y el supervisor no son en este caso sólo eso (terapeuta y supervisor), son también seres humanos vulnerables que intentan rehuir la ansiedad que les produce la investigación, al tomar conciencia de este hecho, tienen que manejarla de tal manera que su observación sea objetiva y no contaminada por la angustia.

Pueden aparecer diferentes defensas ante esta angustia: las propias de la personalidad del investigador, las nacidas de la profesión, las propias de nuestras metodologías; defensas que nos hacen sentir tranquilos y objetivos pero siendo conscientes, insisto, de que los datos clínicos generalmente producen ansiedad y diferentes reacciones contratransferenciales. Debemos idear metodologías que no sean defensi-

vas sino objetivas, como lo es en este caso nuestra escala de espacios subjetivamente iguales, que únicamente nos servirá para obtener el promedio que nos dé un nivel de intensidad.

Se registraron 41 sesiones supervisadas con la paciente adolescente y 32 con la paciente adulta, durante un periodo de seis meses, a la vez se calificó la contratransferencia de la terapeuta en una escala del uno al siete, donde el uno representaba la existencia de actitud contratransferencial en su mínima intensidad y el siete en su máxima intensidad. Ambos, terapeuta y supervisor, tuvieron dos meses de entrenamiento en el uso de la escala antes de iniciar la investigación.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

	<i>Con tra transferen da positiva</i>		<i>Con tratrastransferencia negativa</i>	
Promedio paciente				
adolescente		6.3		5.9
Promedio paciente adulta		5.8		4.0
Paciente adolescente	gusto	4	temor	4
	curiosidad	3	angustia	3
			enojo	3
Paciente adulta	tranquilidad	3		
	curiosidad	3	envidia	3

Al observar los anteriores resultados, encontramos que tanto la contratransferencia positiva como la negativa son más intensas con la paciente adolescente que con la paciente adulta.

Las pacientes son del mismo nivel socioeconómico, poseen el mismo nivel sociocultural (la paciente adulta trabajó y estudió durante su adolescencia), y mediante la lectura de sus historias clínicas se observa que poseen ciertas semejanzas en su funcionamiento intrapsíquico,

tales como rasgos depresivos, defensas como la represión e intelectuación y algunos síntomas psicosomáticos.

A estos resultados no se les aplicó un tratamiento estadístico mayor, pues aparecerían como artificiales. Por ejemplo, tal vez hubiéramos podido trabajar estadísticamente si entre las diferencias alguna fuera significativa; pudiera ser que existiera en la contratransferencia negativa pero en la positiva no o viceversa. Pero realmente lo que nos importaba era demostrar el grado de intensidad y encontramos que la contratransferencia positiva es más intensa que la negativa en ambos casos.

*Reacciones contratransferenciales que aparecen
mayor número de veces*

Al observar el cuadro anterior, encontramos que la contratransferencia positiva con la paciente adolescente aparece un mayor número de veces la de "gusto" de verla crecer, la cual coincide con la contratransferencia positiva del supervisor, en ambos de forma permanente.

La contratransferencia negativa hacia la paciente adolescente es con mayor frecuencia "el temor y la angustia". Aunque la angustia no es reportada en el cuadro de contratransferencia positiva, sí aparece disfrazada en otras formas, lo cual nos habla de una contratransferencia ambivalente ante la paciente adolescente, proceso que no aparece en forma clara con la paciente adulta.

Estos cuadros nos hacen pensar que en todo tratamiento psicoterapéutico es más intensa la contratransferencia positiva, aunque no deja de aparecer la contratransferencia negativa, menos intensa, pero tal vez igual de frecuente y más variada que la positiva en cuanto a contenido. Esto nos lleva a suponer que la contratransferencia positiva tiende a uniformarse y la negativa a diversificarse en diferentes actitudes. Karl Menninger en su libro *Teoría de la técnica psicoanalítica* (1952), afirma que en todo tratamiento aparece y tiene que manejarse la transferencia negativa, y por los resultados de este estudio podemos decir que también tiene que manejarse, trabajarse y resolverse la

contratransferencia negativa. Y más cuando ésta puede llegar a convertirse en una resistencia o llevar a la neurosis de contratransferencia (Racker, 1960).

CONCLUSIONES

A través de este estudio sólo podemos llegar a conclusiones parciales dadas las limitaciones del mismo, entre otras:

1. Es en una sola terapeuta en la que se realiza la investigación.
2. La intensidad de la transferencia puede variar según los contenidos presentados por los pacientes en el momento de la investigación.
3. Las vivencias personales tenidas por la terapeuta en el momento de la investigación influyen.
4. Es necesario tomar en cuenta la personalidad y experiencia tanto de la terapeuta como del supervisor.
5. Se hace necesario investigar con más pacientes, más terapeutas o más supervisores el fenómeno contratransferencial.

En esta investigación podemos concluir que las contratransferencias del supervisor y de la terapeuta fueron más intensas hacia la paciente adolescente, lo cual comprueba nuestra hipótesis, tanto en nuestra técnica subjetivamente disciplinada como objetivamente con la escala de espacios subjetivamente iguales.

Cabe señalar otra conclusión, en el sentido de que la paciente adolescente produjo la misma contratransferencia positiva tanto en el supervisor como en la terapeuta, tanto longitudinalmente como transversalmente; esta contratransferencia es "gusto por verla crecer" y "gusto por ver los esfuerzos de la adolescente de superarse".

Esto también implica una motivación de superación implícita en el supervisor y en la terapeuta supervisada.

De acuerdo con estas conclusiones y dados los peculiares fenómenos intrapsíquicos por los que atraviesa el adolescente —una mayor forta-

leza de los impulsos (Ello) y una debilidad yoica y superyoica—, es importante considerar que si bien todo tratamiento con el adolescente nos produce más angustia, por su mayor fortaleza impulsiva, para quitárnosla utilizamos distintas defensas que pueden caer en la ambivalencia, ya sea aliándonos con el Super Yo o permitiendo la salida del impulso ante nuestra incapacidad de darle una inmediata salida y control yoicos.

Considero que es más fácil caer en el caribdis del actuar con el adolescente que con el paciente adulto. De igual forma es importante tomar en cuenta que la actitud contratransferencial del analista puede provocar un endurecimiento de defensas inútiles y poco flexibles en el adolescente, troquelando un carácter poco sublimatorio o poco satisfactorio para las necesidades del adolescente; las defensas aparecerán teñidas de mayor intensidad impulsiva, pero algunas serán permanentes y otras efímeras.

Si bien el ascetismo (Anna Freud, *El Yo y los mecanismos de defensa*, 1975), la racionalización y el conformismo (Bloss, 1975) —defensa que a la vez son muchas defensas— pueden ser pasajeras, en ese momento son intensas y provocan una sensación contratransferencial también intensa y desconcertante.

En cuanto a las relaciones de objeto, el adolescente está en una transición de abandonar esas relaciones de objeto incestuosas hacia unas relaciones de objeto no incestuosas y permanentes, donde el psicoterapeuta va a ser visto tanto como objeto real como objeto transferencial; muchas ocasiones el discurso del adolescente será hacia el analista como persona, y muchas como analista, y las interpretaciones, clarificaciones y confrontaciones serán elaboradas internamente, sin que aparezcan datos externos claros de esta elaboración. Toda intervención del analista está siendo minuciosamente registrada y elaborada por el adolescente.

BIBLIOGRAFÍA

- BLOSS, P., *Psicoanálisis de la adolescencia*, Ed. Mortiz, 1975.
- FLIESS, R., "Countertransference and Counteridentification", *Journal of American Psychoanalytic Association*, 1953.
- FREUD, A., *El Yo y los mecanismos de defensa*, Paidós, Buenos Aires, 1975.
- FREUD, S., "El porvenir de la psicoterapia psicoanalítica", en *Obras inéditas de los años 1905 a 1937*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1910.
- "La iniciación del tratamiento en la técnica psicoanalítica", en *Obras inéditas de los años 1905 a 1937*, Vol. II, Madrid, Biblioteca Nueva, 1913.
- "Observaciones sobre el amor de transferencia en técnica psicoanalítica", en *Obras inéditas de los años 1905 a 1937*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1915.
- "Sobre la sexualidad femenina", en *Obras inéditas de los años 1905 a 1937*, Vol. ni, Biblioteca Nueva, Madrid, 1931. KENBERG, O., "Notes on Countertransference", en *Psychoanalytic Quarterly*, 35, citado por Sandler, *El paciente y el analista*, 1965.
- MENNINGER, K., *Teoría de la técnica psicoanalítica*, Psique, 1952. RACKER, H., *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1960. REICH, A., "On Countertransference", en *International Journal of Psychoanalysis*, 32, citado por Sandler, *op. cit.*, 1951. SANDLER, J., Daré, Ch. y Hoder, A., *El paciente y el analista. El marco crítico del psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires, 1973.

TARACHOW, S., *Introducción a la psicoterapia*, Editor de América Latina, Centro, 1963. WINNICOTT, O. W., "Countertransference", en *British Journal of Medical Psychology*, 33, Citado por Sandler, *op. cit.*, 1960.

CONTRATRANSFERENCIA Y ABANDONO

Resulta difícil hablar del concepto de contratransferencia sin que nuestra mente haga referencia al término de transferencia, dado que ambas representan una unidad funcional dentro de la teoría de relaciones humanas en general y dentro de la teoría psicoanalítica en especial.

Sullivan utiliza el término "distorsión paratáctica" para caracterizar a todas las relaciones interpersonales, y en ese sentido los fenómenos de transferencia-contratransferencia quedan enmarcados dentro de un contexto de relación interpersonal. Asimismo nos dice:

Las características de una persona sobre las cuales estarían de acuerdo un gran número de competentes observadores, pueden no parecer las verdaderas características de la persona hacia la cual realizamos movimientos acomodaticios o no acomodaticios. Las verdaderas características de la otra persona en ese momento, pueden resultar de importancia muy escasa para la situación interpersonal. A eso llamamos "Distorsión paratáctica" (Sullivan, 1974).

Y refiriéndose a la entrevista profesional, agrega: "El entrevistador dirige su comportamiento hacia esa persona ficticia (entrevistador) que temporalmente tiene un ascendiente sobre la realidad del psiquiatra, e interpreta las observaciones que formula éste, así como su comportamiento, sobre la base de esa misma persona ficticia" (Sullivan, 1974).

Y si es una característica de toda relación interpersonal, seguramente que esto mismo sucede en el entrevistados en nuestro caso en el psicoterapeuta psicoanalítico. En este sentido, la unidad funcional transferencia-contratransferencia representa una forma de relacionarse en general del terapeuta y del paciente, donde cada uno distorsiona al otro según su propia naturaleza y características de su peculiar personalidad. Pero aunque esta unidad funcional transferencia-contratransferencia sea una característica de las relaciones interpersonales en general, estos términos en concreto nacen de la teoría específica del psicoanálisis. Dentro de este contexto llamamos transferencia a la distorsión que hace el paciente del psicoterapeuta y llamamos contratransferencia a la distorsión que hace el psicoterapeuta del paciente.

Desde el punto de vista psicoanalítico esta distorsión es una distorsión inconsciente que se caracteriza por ser una relación de objeto específica, que consiste en atribuir a la persona del paciente sentimientos que en realidad fueron sentidos hacia otras personas en el pasado, pero que ahora son desplazados hacia esa persona en el presente. Distorsión inconsciente que se caracteriza por ser una repetición del pasado (Kemper, W., 1972), una reedición de una antigua relación de objeto, un anacronismo, "un error cronológico" (Greenson, 1978).

En ese sentido Freud fue el primero que utilizó el término.

Hemos llegado a ser conscientes de la contratransferencia que surge en él — refiriéndose al psicoanalista—, como resultado de la influencia del paciente (persona del presente) sobre sus sentimientos inconscientes (sentimientos del pasado) y estamos casi inclinados a insistir en que él debe reconocer esta contratransferencia en sí mismo y superarla...; ningún psicoanalista va más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas (Freud, 1910).

Sandler (1973) recomienda primero a los futuros psicoanalistas el autoanálisis, luego su propio tratamiento psicoanalítico y finalmente un reanálisis cada 5 años, para que esta distorsión sea superada.

La contratransferencia puede verse a través de algunos de los aspectos que comprenden la relación de objeto; a lo cual puede apreciarse

en forma de sentimientos, pulsiones, deseos, temores, fantasías, actitudes e ideas o defensas contra ellos (Greenson, 1978).

Respecto a las manifestaciones clínicas de la contratransferencia, Menninger y Holzman (1974) nos dicen:

Vale la pena reseñar ciertas maneras comunes — cognitivas, afectivas y del comportamiento— en que la contratransferencia hace su aparición —es decir, que se convierte en interferencia — por el valor didáctico que tienen. He aquí algunas que anotamos en diversos momentos durante los seminarios y sesiones de control en que se presentaron. Es probable que la mayoría de los psicoanalistas haya incurrido en una de ellas:

- Incapacidad para comprender determinados tipos de material que atacan problemas personales del psicoanalista.
- Sensación de depresión o incomodidad durante o después de las sesiones psicoanalíticas con ciertos pacientes.
- Descuido en lo concerniente a lo convenido: olvidar la cita del paciente, llegar tarde, permitir que se excedan las horas del paciente sin ningún motivo especial.
- Somnolencia persistente (del psicoanalista) durante la hora psicoanalítica.
- Excesiva o escasa asiduidad en los arreglos financieros con el paciente, como por ejemplo, dejarlo incurrir en considerable deuda sin analizarla, o tratar de "ayudarlo" a conseguir un crédito.
- Experimentar reiteradamente sentimientos eróticos o afectivos hacia su paciente.
- Permitir y hasta fomentar la resistencia en forma de actuación.
- Recursos narcisistas en busca de seguridad, como tratar de impresionar al paciente de diversas maneras, o de impresionar a los colegas sobre la importancia del paciente que uno tiene.
- Cultivar la continua dependencia del paciente de diversas maneras en especial con expresiones tranquilizadoras innecesarias.
- Afán de hacer chismes profesionales con respecto a un paciente.
- Mordacidad sádica e innecesaria en la formulación de comentarios e interpretaciones, y también lo contrario.
- Creer que el paciente tiene que ponerse bien para fomentar la reputación y prestigio del médico.

"Mimar el caso", es decir, tener demasiado miedo a perder al paciente. •

Derivar satisfacción consciente de los elogios, aprecio, manifestaciones de afecto y otras actitudes similares del paciente.

- Discutir con el paciente.
 - Perturbarse por los persistentes reproches y acusaciones del paciente.
 - Seguridad prematuras de que el paciente no tendrá ansiedad, o dicho con mayor precisión, hallarse incapaz de calibrar el grado de frustración óptimo.
 - Tratar de ayudar al paciente fuera del psicoanálisis, como por ejemplo, hacer ciertos arreglos financieros o de vivienda.
 - Tendencia compulsiva a "machacar" ciertos puntos.
 - Impulsos recurrentes de pedir favores al paciente.
 - Súbito aumento o disminución de interés en un determinado caso.
- Confieso con emociones encontradas un ejemplo de mi propia contra transferencia. Uno de mis pacientes andaba muy atareado por un tiempo con especulaciones en la bolsa de valores. Día tras día anunciaba que había ganado mil, cinco mil dólares o más con respecto al mercado del día anterior. Parecía muy astuto en sus selecciones y al poco tiempo sus ganancias llegaron a ser bastante impresionantes. No ocultaba para nada sus preferencias y planes, y en una ocasión seguí en privado su ejemplo invirtiendo en la bolsa. Por suerte para los dos, el mercado se desplomó de pronto pocos días después y nos quedamos con los "bolsillos vacíos" (Menninger y Holzman, 1974).

Dentro del ámbito del Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, en el cual somos supervisores, hemos observado en nosotros mismos hechos tales como: olvidar el material del paciente, dificultades para asociar la sesión con la técnica, retrasos a la supervisión, y en algún caso confundir al supervisor con el paciente, entre otros.

Otra manifestación clínica de la contratransferencia es la angustia del psicoterapeuta, que se produce debido a que el terapeuta percibe las resistencias de su paciente y las considera un peligro para el éxito de sus metas terapéuticas (Racker, 1969).

La angustia que también puede traducirse en tensión en el psicoterapeuta, es como la advertencia inconsciente de un peligro interno; por ejemplo, dice Racker: "El peligro puede ser frustrado por un objeto interno propio, de ser víctima del propio masoquismo o de sus propias contrarresistencias" (Racker, 1969).

Hasta aquí hemos conceptualizado a la contratransferencia como una fuente de error que puede interferir en el tratamiento psicoanalítico de cualquier paciente, debido a que esta posición básica del analista frente a su analizado produce fuertes escotomas que no le permiten actuar con libertad terapéutica, ya que en este sentido el psicoterapeuta está atado inconscientemente a su pasado, a las características neuróticas o psicóticas actuales de su personalidad y a su propia compulsión a la repetición.

Este aspecto de la contratransferencia nunca es olvidado en los entrenamientos los cuales regularmente duran cuatro años, para psicoterapeutas psicoanalíticos, exigiéndose para su formación profesional su propio tratamiento llevado a cabo tres o cuatro veces por semana al de una duración similar del entrenamiento además de un número igual de años de supervisión, convirtiendo así el entrenamiento del psicoterapeuta psicoanalítico en un entrenamiento prácticamente artesanal, pero que capacita al futuro psicoterapeuta para resolver todos los problemas, o la mayoría, que representa la contra transferencia.

Sin embargo, también en esta "posición básica" (Racker, 1969), en esta "totalidad de sentimientos y actitudes" (Kemper, 1972) del psicoterapeuta hacia su paciente, existe la captación del paciente a través de la percepción de la propia sensación disciplinada.

Podemos percibir una cierta tensión en nosotros mismos como psicoterapeutas cuando un paciente se pone en contacto a través de aquella parte del Yo o del objeto internalizado que se opone a la relación libidinal con el psicoterapeuta. Esta percepción, esta captación del paciente, de sus problemas, se hace a través del Yo del psicoterapeuta, ya sea en su aspecto inconsciente o consciente, sintiendo, captando una contratransferencia, positiva, negativa o ambivalente del paciente.

El psicoterapeuta percibe las características del paciente, debido a que éste con su propia transferencia y con todos los elementos de su personalidad, intenta producir cambios sintónicos a su Yo, que le permitan a su vez repetir sus propias características, neurosis, psicosis, etcétera. La personalidad del paciente se mueve, pretende producir un cam-

bio en el psicoterapeuta con toda su psicodinamia y energía, para que sus objetos externos se fundan, se sintonicen con sus objetos internos, y así una y otra vez el paciente trata intensamente que el psicoterapeuta se vuelva esa figura de su pasado que le permita justificar su actual conducta, generada en su infancia.

Otro tipo de contratransferencia, la "indirecta" consiste en cualquier respuesta emocional del psicoterapeuta ante terceros, que de alguna manera poseen cierta influencia sobre el tratamiento de un determinado paciente, como por ejemplo los efectos que el supervisor tiene sobre el psicoterapeuta en formación (Racker, 1953).

También es posible discriminar entre reacciones contratransferenciales "permanentes y agudas", definiendo a las primeras consecuencia de un problema caracterológico del psicoterapeuta y a las segundas resultado de los efectos de las diferentes manifestaciones de la transferencia del paciente (Reich, 1951).

En este sentido, las primeras generalmente, son inconscientes y se vuelven los "puntos ciegos" que dan lugar a errores psicoterapéuticos, y las segundas, nacidas de la interacción entre paciente y psicoterapeuta, producen en este último una comprensión del paciente. Aunque para ello, mediante la atención flotante del psicoterapeuta, se produzca la regresión controlada en él, que incluso permita a los objetos internalizados del paciente entren en contacto con los objetos internalizados del psicoterapeuta, gracias a lo cual tienen una solución consciente, dado que la regresión que vive el psicoterapeuta es una regresión controlada.

Kernberg (1979) distingue claramente las anteriores concepciones acerca de la contratransferencia, llamándolas concepción "clásica" y concepción "totalista", respectivamente. La primera queda descrita como la reacción inconsciente del psicoterapeuta ante la transferencia del paciente; en tanto la "concepción totalista", la conceptúa como la situación psicoterapéutica de interacción entre paciente y terapeuta en la cual el pasado y el presente de los participantes, así como las reacciones de los dos ante su pasado y su presente, se hacen una sola uni-

dad que los fusiona en una situación emocional que es igualmente válida para ambos.

Dentro de esta posición totalista, que posee tantos puntos criticables como la posición clásica, destaca la captación que el psicoterapeuta hace de su paciente, la cual se vuelve un instrumento psicoterapéutico o de diagnóstico (González Núñez, 1981). Como instrumento terapéutico la contratransferencia consiste en la posibilidad de retroalimentar al paciente acerca de su problemática, poniendo esta comprensión a su disposición y ayudar mediante de confrontaciones, clarificaciones e interpretaciones.

A través de su propia psicoterapia y de la supervisión el psicoterapeuta psicoanalítico logra conocer aquellos puntos de su personalidad capaces de impedir el proceso terapéutico. Mismos que (su propia psicoterapia y su propia supervisión) lo capacitan a la vez para reconocer la transferencia del paciente y hacerla clara mediante sus interpretaciones (Lorand, 1966). Las interpretaciones pueden ser cortas, rígidas, largas, elásticas; pueden preparar al paciente o ser sorprendidas, dependiendo del conocimiento que tenga el psicoterapeuta de su paciente gracias a la transferencia. Por lo tanto la contratransferencia se vuelve un proceso diagnóstico que permite trabajar psicoterapéuticamente con mayor precisión.

Durante el proceso psicoterapéutico el paciente intenta una y otra vez lograr su propósito: que el psicoterapeuta repita contratransferencialmente lo que él demanda, ya sea en forma complementaria o concordante (Racker, 1969).

Los pacientes abandonados tienen con cierta falta de límites, sobre todo los que fueron abandonados por el padre, están llenos de coraje, cuando se encuentran en un estado depresivo se muestran muy débiles, pero en cuanto se recuperan se vuelven terriblemente agresivos con quienes los rodean y podríamos decir que usan la "Ley del Talión"; de encontrarse en tratamiento psicoterapéutico intentan que el psicoterapeuta se vuelva tan impotente para ayudarlos como lo fueron sus propios progenitores y en esa forma intentan cobrar venganza

de todo lo que sufrieron en la infancia . El terapeuta tiene que resistirse a ser encajonado en ese rol impotente, tiene que luchar una y otra vez por no agredir al paciente, ya sea a través de un enfrentamiento directo o de cualquier otra forma como lo serían la seducción, la ironía, el cambio de sesión, la inasistencia a la sesión, etcétera.

El siguiente caso, aportado por un psicoterapeuta en supervisión, nos permite estudiar —desde afuera como supervisores— la contratransferencia de esta paciente abandonada por el padre debido al divorcio.

Elvira es una adolescente de 18 años de edad, estudiante normalista de un colegio católico particular, blanca, rubia, ojos claros, un poco fornida; 1.60 de estatura y sumamente expresiva con todo su cuerpo, pero en especial con los ojos y boca, dando la impresión de un coqueteo continuo.

Sus padres están separados desde hace 10 años con "reconciliadotas" intermitentes; pertenecen a la "clase acomodada". El padre es administrador de empresas, bebe mucho, dependiente de la madre... "siempre ha vivido con ella". Él es tierno y amoroso con Elvira y ella "lo adora"... "nadie como papi". La madre es licenciada en relaciones industriales y es quien se ha hecho "responsable" de sus dos hijos, "le va de maravilla en su trabajo"; ama a su esposo, pero "ni modo".

La hermana intenta ser religiosa; se lleva a "todo dar" con la paciente porque "es buenísima onda". Ella es muy fornida y alta.

El abuelo materno murió asesinado por razones políticas hace diez años. "Era un hombre brillante, emprendedor, trabajador, amaba la vida"; la paciente fue su nieta consentida.

Su primera infancia "la vivió feliz", y también la niñez, hasta que se dio cuenta de los "pleitos" entre sus padres, los cuales terminaban con Elvira "sentadita" en las piernas del papá y la "desaparición" del mismo. Siempre fue la "predilecta" en el colegio, familia, pueblo, etcétera, "por linda", lo cual le chocaba cuando sucedía en el colegio pues sentía que a las "otras" les caía "bien gorda".

Sus primeros años escolares los cursó en el pueblo, donde se encontraba el rancho; se sintió "tristísima" al llegar a la capital. Estudió el resto de la primaria, secundaria y normal en colegio particular.

Su primera menstruación se presentó a los 11 años estando dormida y se dio cuenta al despertar, se lo dijo a su mamá y se fue al colegio, tomándolo de lo más natural, aunque antes le duraba cinco días y ahora sólo dos. No le da problema, pero le choca andar enferma.

A los 12 años conoció a Paco, quien era ocho años mayor que ella razón por la cual la mamá se opuso a "tales" relaciones, así que terminaron y volvieron cuando ella cumplió 16.

Las relaciones entre los padres son muy conflictivas; con la hermana, buenas. El padre es un hombre impulsivo y dependiente, no pone límites de ningún tipo, al igual que la madre, quien no se ocupa de la paciente, ha dejado a Elvira "libre como el viento", cada quien su vida, generando un comportamiento promiscuo. Los papas se abofetean, insultan, delante de ella, lo cual ha sucedido desde que ella era una niña.

Siempre ha destacado como "muy buena alumna", sin problema con las calificaciones, aunque sí con los maestros y compañeras. En una ocasión se "trenzó" con el padre que les "da Ética... pero ahora se llevan fabulosamente". No se explica "para qué le sirve a una maestra la Lógica, Ética y Filosofía" ...es que no viene al caso".

Su mamá "la metió a estudiar a la Normal". Después de recibirse va a estudiar "eso de los niños con dislexia". Quería ser educadora pues "los niños pequeños sí me aceptan", en cambio los de primaria "hacen conmigo lo que se les antoja, no los puedo controlar".

Trabajó unos meses en una óptica, "le pagaban poquito"; se llevaba "bien padre" con su jefe y compañeros. Su mamá la metió ahí "para que no anduviera de vaga" y en las vacaciones trabaja sin sueldo en un hospital para niños. Intenta tener muchísimos amigos y amigas, asiste constantemente (casi diario en las vacaciones) a restaurantes,

"hasta las seis de la mañana", ya que le encanta ir "a tomar la copa", a bailar y a las variedades.

La primera información de tipo sexual la obtuvo de sus compañeras de escuela, de su hermana y mamá; a los 11 años "era toda una señorita", se desarrolló muy pronto, y "llamaba mucho la atención".

Su primer contacto sexual lo tuvo a los doce años con Paco, "no sintió nada", aunque él le explicó "cuando fue". Para ella "el sexo no tiene importancia alguna... lo que importa es el afecto". Comenta que Paco, Ramón, Gerardo, Ángel, Javier, Sergio, entre otros, son "muy tiernos".

Ha tenido dos abortos, Paco la acompañó en todo momento. Le dolió mucho pero él le dijo "no exageres", "cómo iba a ir a la escuela con tamaña barriga".

Elvira llegó a tratamiento cuando Paco, su novio formal, porque salía con varios a la vez, la golpeó en tal forma que fue necesario operarla para ponerle un clavo en la pierna derecha debido a que se le rompió. Posteriormente, ya en tratamiento, la llevó a un hotel de paso, y al regreso discutieron y pelearon, hasta que él la bajó del coche, dejándola semidesnuda en la carretera, sin embargo, señala que con otros varones que sale "los hace como quiere".

A través del tratamiento ha logrado protegerse un poco, por ejemplo, toma píldoras anticonceptivas bajo vigilancia médica, debido a que su vida sexual es muy activa; no obstante fue despedida de su trabajo por entrar en conflicto con sus superiores, a quienes culpó de incompreensión y mala voluntad.

En este caso, lo que llama la atención en primera instancia es el abandono de que fue objeto esta chica por parte de la madre, además de la impulsividad y falta de presencia del padre, fundamentalmente su incapacidad para dar límites y proporcionar protección masculina, misma que esta joven ha demandado siempre en su deseo, y anhelo de tocar o sentir la textura sólida de lo masculino.

Manifiesta poseer una fuerte identificación con la madre, sobre todo en aspectos erotómanos patológicos, mostrando una conducta casi compulsiva de andar con varios hombres que al final la dejan vacía, poco satisfecha, como la dejaba la madre en épocas orales, pues ésta también fue una madre insatisfecha, una madre anhelante.

Elvira posee una fuerte confusión, una marcada falta de identidad femenina, más de lo que cualquier adolescente de su edad mostraría, conservando fuertes remanentes preadolescentes. No siente, no vive, no vibra con su feminidad, buscando confrontarla con un hombre, pero elige no tanto edípicamente como por identificación con la madre; elige como novio a un hombre más impulsivo, abandonador y abofeteador que el padre, anhelante de comprobar si esas características puestas en el hombre con más intensidad, logran darle la sensación de padre, de límites, de masculino.

En esta demanda conflictiva de límites, de demandar marcos masculinos de referencia, reclama transferencialmente cuidados y atenciones que no tuvo. Frecuentemente se nota en las sesiones, que desea que el terapeuta esté al pendiente de ella como una madre que cuida a su bebé; no espera nada del padre, no espera nada del novio, espera transferencialmente que el terapeuta le dé esa sensación y esa identidad que le hizo falta.

Pero su incapacidad de corresponder en la situación psicoanalítica a esos cuidados y a ese interés que se tiene por ella, dado que repite en forma sistemática lo patológico de sus objetos (dejarse pegar, engañar o maltratar) provoca una reacción contratransferencial de mucho coraje hacia el novio y despierta en el terapeuta' una gran sensación de impotencia. Él experimenta cómo la chica no se deja ayudar ni lo percibe, dada esa carencia de límites. Es tal su demanda y deseo de contacto con el padre, que su necesidad de protección en una forma reactiva provoca la desprotección: no se da cuenta, no enjuicia la conducta del novio, por lo tanto, da la sensación de que por más que se trabaje terapéuticamente con ella no puede ayudarse a sí misma.

Otra sensación vivida intensamente por el terapeuta y señalada por el supervisor, es la constante, la compulsiva sensación de que va a ser abandonado por la paciente, "me dolería mucho que se fuera del tratamiento", "hace tiempo abandonó el tratamiento otra chica por razones de horario, pero creo que no me dolió tanto como supongo que me dolería si Elvira se fuera".

La rabia transferencial de ser abandonada provoca el temor contratransferencial de abandono y lástima. Es fácil percibir que esta transferencia-contratransferencia está originada en la relación madre-hija, pero en este caso se nos muestra no tanto como un temor a la pérdida del objeto sino como un temor a la pérdida del amor del objeto.

Esta adolescente ha sufrido un abandono inicial por parte de la madre, quien a su vez ha sido objeto de abandono por parte del esposo, mismo que ha transmitido a sus hijas; provocando que una de ellas se haya ido al convento para encontrarse con el "padre eterno, Dios", en tanto la otra, en esa identificación con la madre busca reencontrarse con el padre malo y demanda tal presencia al recrear ser la lastimada y humillada como la madre, pues aunque termine en las piernas de "papá", éste también la abandonó. Así que es preferible ser lastimada, humillada, antes que perder el amor del objeto reencontrado.

La contratransferencia se ha revisado con frecuencia y vemos cómo el terapeuta con cierta frecuencia prefiere tolerar y sufrir con ella, los malos tratos que el novio hace de su paciente que perderla. El terapeuta no puede poner límites, porque la paciente "quiere mucho a su novio" y si no lo ve "anda muy triste", y si los pone se va del tratamiento. Mientras la paciente encajona al terapeuta a no poner límites, lo arrincona y le hace repetir la actitud paterna, el temor al abandono, convirtiéndose ella en ese momento en la que amenaza con abandonar.

Si tratamos de diferenciar en esta chica si su conducta promiscua e impulsiva sexualmente se debe más a su identificación con la madre, que a la falta de presencia del padre, tal vez nos inclinaríamos a responder que es por lo segundo.

Esto nos hace pensar en características como la lealtad y la fidelidad, puesto que esta adolescente es capaz de mayor lealtad a su madre que al padre, dado que ella ha sentido más la presencia de la madre, a diferencia del padre (límites), por lo tanto nos preguntamos, tal vez como ella se preguntaría: ¿Cuál lealtad, cuál fidelidad al hombre? Si así se porta con el novio (papá), mientras él sale por una puerta y Ricardo, Ángel y Arturo entran por la otra; para luego pagar masoquistamente su culpa dejándose golpear, desnudar en la carretera, entre demás atropellos.

El terapeuta reporta que Elvira solicita con frecuencia cambiar la cita porque el novio quedó en ir por ella a la salida de la sesión y ella no lo quiere ver; también indica que al padre le promete buenas calificaciones y buena conducta, pero sabe que éste nunca se va a preocupar por exigirle lo que ella ha prometido (tampoco el terapeuta).

En la contratransferencia el terapeuta siempre está preocupado, "al pendiente", como si fuera su mamá, de que no le pase nada, de que "Paco" (el novio) no la vaya a maltratar, pero igual que la mamá no puede evitarlo. Elvira una y otra vez se deja maltratar.

Así pues, sesión tras sesión la paciente repite su ansia de límites, pero a su vez trata de dejar impotente al terapeuta para ponerlos. Por otra parte, el terapeuta siente esa contratransferencia repetitiva de impotencia de poner límites y teme ser abandonado sin que en él exista una motivación personal para sentir esta contratransferencia.

El caso que a continuación se describe se ubica en un grupo terapéutico formado por siete personas, que oscilan entre los 23 y 33 años de edad. Durante cuatro años han trabajado juntos cinco de ellos; durante tres años, seis de ellos y en los últimos dos años todo el grupo. Está constituido por tres mujeres y tres hombres con un horario permanente de una hora y 30 minutos.

En este grupo se encuentra H de 33 años de edad, licenciado en derecho, que llegó a tratamiento porque se encontraba desorientado y estancado en su progreso. Deseaba, como uno de sus amigos que lo

recomendó, superarse y quitarse esa ansiedad que le producía lo anteriormente citado.

H proviene del estado de Tabasco, lugar donde vivió hasta hace ocho años. Su familia está formada por la madre y él; el padre los abandonó desde que él tenía aproximadamente tres años. Su padre "macho mexicano, con más mujeres y más hijos que dinero para mantenerlos", desapareció y se fue a vivir al estado de Puebla, lugar donde murió hace unos cinco años (antes de que H iniciara el tratamiento).

Él tenía noticias del padre a través de lo que la madre le contaba, pues ésta lo seguía viendo; nunca fueron buenas las opiniones que la madre le dio de él, quedándosele grabada la idea de que su padre era desobligado, con un mal trato a la madre y que nunca lo quiso ver. Cuando en la adolescencia el padre hizo un intento de ver a H, éste no quiso verlo porque emocionalmente sentía que no era su padre, lo rechazó con mucho coraje, argumentando que "si el padre nunca lo vio y ayudó de chico, ahora de grande que ya no lo necesitaba no tenía por qué verlo".

Durante las sesiones previas (diez) a su entrada al grupo, encontramos que es una persona llena de enojo y coraje, sobre todo contra su padre, lo cual lo llenaba de culpa porque ahora que se encuentra en México, y su madre en Tabasco, está haciendo lo mismo que su padre: abandonarla.

En su conducta es una persona muy cáustica con la autoridad; trabajó para una institución muy importante, en la cual tuvo un conflicto con el jefe, quien terminó despidiéndolo. Él levantó pleito, mismo que duró tres años y acabó ganando con "mordidas" y falsos testimonios.

Su conducta dentro del grupo tiende a ser agresiva durante la sesión: se burla de los hombres, en tanto minimiza lo que les pasa a las mujeres. Fuera de la sesión, dicen sus compañeros de grupo, que es muy amigo y las mujeres que es muy cariñoso; por lo que en repetidas oca-

siones le han pedido se comporte dentro de las sesiones como lo hace afuera.

Una de sus resistencias más recurrente es llegar tarde y con sueño a la sesión, mostrando que su mayor conflicto es la relación con las mujeres; desde chico las seduce con mucha facilidad manipulando su propia soledad y provocando lástima en ellas. Estuvo a punto de casarse, pero cuando lo iba a hacer encontró a la novia con otro, como si inconscientemente lo hubiera buscado. Desistió y optó por dañar el coche al novio de la muchacha con la que se iba a casar. Generalmente a sus novias no les habla por su nombre, les pone apodos (cariñoso agresivo) de acuerdo a algún suceso importante de la época en la que tenga relación con tal o cual chica. Por ejemplo, "La Kramer" (es divorciada).

Sus compañeras de grupo muestran temor ante su conducta; trató de seducir a una muchacha licenciada en sociología, huérfana de madre (murió cuando ella tenía 12 años), suceso por el cual llegó a sesión para trabajar en el grupo. Ella le pidió que si dejaba a la muchacha que estaba en turno pensaría si permitía la seducción sexual o no; le puso un plazo (cosa que H siempre ha pedido) y pese a que él manifestaba interés en esta chica no dejó a la otra, no pudo cumplir el plazo y por lo tanto no se dio ningún tipo de relación fuera del consultorio. Situación que constantemente reclama al terapeuta, no haberlo dejado andar con esta compañera de grupo, cuando el análisis y decisión fue de ella y no disposición del terapeuta.

Y así en forma consistente, fuera y dentro del grupo, muestra una actitud repetitiva de transgredir las normas, tal y como lo haría un psicópata, aunque se trata de una compulsión neurótica a agredir y provocar culpa sobre todo en las figuras de autoridad, a las cuales siempre ridiculiza y considera injustas, pero de las que reclama honestidad, lealtad y protección.

Actualmente su nuevo jefe es muy amigo suyo y lo protege, por lo que debido a ello solicita permisos y concesiones especiales, y a la vez lo critica mucho, como reclamando en la transferencia el cuidado, "los consejos que un padre debe dar a sus hijos".

Demanda opiniones que acata, si puede, cuando se le dan; está tratando que estas opiniones provengan principalmente del terapeuta respecto a cualquier hecho, por ejemplo, una ocasión planeó un viaje con una de sus novias a Estados Unidos, allá le gustó otra y quiso divertirse con ella durante una noche, pero al culminar su encuentro descubrió que la muchacha con la que había ido desde México le quitó dinero y su boleto de avión de regreso.

Lo del boleto de avión lo pudo arreglar y no tuvo mayores problemas, pero cuando regresó lo primero que hizo fue buscar a esta chica y tratar de buscarle problemas en su trabajo, pero no lo logró porque cuando lo intentó ella no se encontraba. Lo cual dio oportunidad a que llegara el día de la sesión: él estaba dispuesto a difamarla, llamarla "ratera", agredirla; no se daba cuenta, dentro de su coraje y en su estilo psicodinámico, que era él quien había provocado lo que ella hizo. Todo el grupo le hizo ver lo anterior y opinó además que no debía ser tan agresivo con esa muchacha, pero no estuvo tranquilo hasta que detectó en el terapeuta la misma opinión. Una vez que lo descubrió sólo planeó cobrar a la chica lo que le "había robado".

Dicha situación nos deja ver cómo necesita de esos límites que no tiene, que no percibe; se conduce como anestesiado, pero en realidad actúa con una actitud que deja ver esa falta de aprendizaje, esa falta de límites que enseña la figura paterna.

A su vez estas demandas transferenciales provocan sentimientos contratransferenciales de protección y deseos de poner límites, pero resulta luego tan incisiva, tan repetitiva la demanda transferencial que llega a provocar enojo y cierto grado de impotencia para interpretar, confrontar, clarificar lo que el paciente pide en él mismo. Aquí indico situaciones en las que cedió, pero también su compulsión a repetir el abandono, producto de su identificación con el padre abandonador, no obstante, al repetir su identificación con el agresor genera en el psicoterapeuta impotencia para ayudarlo y proporcionarle límites, cuando eso es lo que claramente se está trabajando.

Estos casos logran clarificar cómo el paciente que ha sufrido el abandono del padre, lleno de rabia e impotencia se vuelve demandante y omnipotente, provocando en el psicoterapeuta una contratransferencia de impotencia, coraje y lástima. Esta sensación de impotencia para ayudarlos, para ponerles límites, es una captación terapéutica, que nos permite ayudar hasta donde sea posible a que el paciente no logre su propósito patológico.

Esta captación nos brinda a los terapeutas la oportunidad de ponerla al servicio del paciente y lograr que éste, en la medida de sus posibilidades, cambie, se modifique y logre lo que verdaderamente desea: límites, tranquilidad, eficiencia y sobre todo ser querido y aceptado.

BIBLIOGRAFÍA

- DEVEREUX, G., *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, Siglo xxi, México, 1977.
- FREUD, S., "El Porvenir de la Terapia Psicoanalítica". *Técnica Psicoanalítica*, citado por Sandler, Vol. 11, Biblioteca Nueva, Madrid, 1949.
- GONZÁLEZ NÚÑEZ, J. J., "Contratransferencia, investigación entre una paciente adolescente y una paciente adulta en psicoterapia. El psicoterapeuta en proceso e supervisión", en *Aletheia*, 1981.
- GREENSON, R., *Técnica y práctica del psicoanálisis*, Siglo xxi, México, 1978.
- KEMPER, W., *La transferencia y la contratransferencia como unidad funcional. Problemas de técnica psicoanalítica*, Siglo xxi, México, 1972.
- KERNBERG, O. F., *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*, Paidós, Argentina, 1979.
- LORAND, SANDOR, *Técnica del tratamiento psicoanalítico*, Paidós, Argentina, 1976.
- MACKINNON, R., *Psiquiatría clínica aplicada*, Interamericana, México, 1973.
- MENNINGER, K. Holzman, *Teoría de la técnica psicoanalítica*, Psique, Buenos Aires, 1974.
- RACKER, H., "A Contribution of the Problem of Counter-transference", *Int J. Psychoanal*, Ass, 1969.
- REICH, A., "On Countertransference", *int. J. Psychoanal*, 1951.
- SANDLER, J. Daré; CH. HOLDER, A., *El paciente y el analista en el marco clínico del psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires, 1973.
- SULLIVAN, H. S., *La entrevista psiquiátrica*, Psique, Buenos Aires, 1974.

LA CONTRATRANSFERENCIA COMO INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO Y DE INVESTIGACIÓN

La psicología clínica es la rama de la psicología que se dedica a la prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento e investigación de padecimientos mentales y, sobre todo, emocionales. Tanto para su labor preventiva como curativa, utiliza determinado tipo de métodos exclusivos de esas funciones, lo mismo que para su función diagnóstica.

En México, en un principio la mayoría de los psicólogos clínicos se desarrollaron en esta última función: la diagnóstica, y poco a poco se han incorporado la labor preventiva y psicoterapéutica. Las técnicas y métodos de los que se vale la psicología clínica son de diversa índole: utiliza la entrevista, ya sea cerrada o abierta, dirigida o no dirigida; las pruebas psicológicas en toda su extensión, considerándose a éstas un instrumento exclusivo de la psicología. Entre las pruebas que utiliza para el diagnóstico están las de inteligencia, de aptitudes, de intereses vocacionales, de personalidad tipo cuestionario y ya cercanas a la psicología social, las escalas de actitudes.

En psicología clínica también se utilizan los métodos biográficos como la autobiografía, la historia clínica que ya se empieza a denominar historia psicológica y el estudio de documentos como diarios y obras de arte (pictóricas, literarias, escultóricas, cinematográficas, etcétera). No se deja de utilizar la observación como método clínico en toda su amplitud.

Como un resultado de la entrevista, aparece la contra transferencia como método de diagnóstico. De la relación interpersonal entre paciente y psicólogo surge la interacción subjetiva de ambos y se produce la contratransferencia, permitiendo al psicólogo clínico, dada su subjetividad disciplinada, la percepción y captación emocional de lo que a su paciente le sucede, convirtiéndose así en un instrumento diagnóstico. No entramos a definir lo que es la contratransferencia porque ya quedó definida y conceptualizada anteriormente. Pero sí recalcamos que para la función diagnóstica, dentro de la unidad funcional que forman transferencia y contratransferencia, es la contratransferencia y no la transferencia el dato más importante y decisivo en la ciencia del comportamiento (Devereux, G., 1977).

Muchos psicólogos temen a la subjetividad y no se atreven a dar por objetivo el dato contratransferencial; esto se justifica porque la contratransferencia produce ansiedad y la única forma de calmarla es no dándole importancia y mucho menos concediéndole validez científica. La contratransferencia nacida de la subjetividad disciplinada del psicólogo profesional posee un valor científico y una validez diagnóstica semejante a la de todos los demás instrumentos de la psicología clínica.

Para el psicólogo clínico con formación psicoanalítica no hay duda del valor de la contratransferencia como instrumento diagnóstico, que informa acerca del grado de regresión del paciente, de la actitud emocional de éste respecto del terapeuta y de las modificaciones de esta actitud (Kernberg, 1977).

Tanto para las funciones preventivas de tratamiento y diagnóstico la contratransferencia, y en especial la positiva, provee de esa fuerza, de esa energía libidinal que permite el gusto y la certeza. La contratransferencia positiva viene a ser en este sentido como un motor que impulsa al psicólogo clínico en general y al psicoterapeuta psicoanalítico en especial, a encontrar una forma sublimada de ejercer su labor profesional. Es por eso que la contratransferencia como instrumento diagnóstico es útil no sólo para el psicólogo o psicoterapeuta, sino también para el paciente.

MacKinnon al hacer énfasis en el manejo de la entrevista recalca el aspecto contratrtransferencial. Así nos describe que:

El paciente compulsivo, produce por lo general aburrimiento, fastidio, que se tiene la impresión de no ser escuchado; monotonía y enojo como reacción contratrtransferencial.

El paciente histérico produce una reacción de simpatía, complacencia y mucha sorpresa ante la poca precisión que el entrevistador tiene de los datos del paciente.

El paciente fóbico produce la sensación de enojo, frustración y mucha condescendencia con su infantilismo como reacción contratrtransferencial. El paciente depresivo nos hace sentir omnipotentes, con sentimiento de culpa, impacientes e irritables, a la vez que produce una depresión empática, como contratrtransferencia.

El paciente esquizofrénico nos transmite confusión, impaciencia, cansancio y frustración.

El paciente paranoide produce contratrtransferencialmente miedo, coraje y desesperación (MacKinnon, 1973).

MacKinnon no le atribuye un valor importante, simplemente previene a que el entrevistador, médico, psicoterapeuta, psicólogo, etcétera, estén al pendiente de esas sensaciones contratrtransferenciales.

Como psicoterapeutas debemos estar prevenidos a la ansiedad que produce la contratrtransferencia, pero al mismo tiempo tener la certeza de que éste es uno de los datos más seguros para la precisión de nuestro diagnóstico.

Para ejemplificar lo anterior, a continuación se dan los puntos de vista de la doctora Gómez (1985) en un trabajo titulado *"Una modalidad contratrtransferencial. El paciente depresivo"*, en el cual confiere mucha importancia a la omnipotencia del terapeuta con el paciente depresivo. Sensación omnipotente que da vida al diagnóstico de depresión.

Es conveniente señalar que de acuerdo con lo propuesto por Kernberg se puede considerar la transferencia-contratrtransferencia como una unidad donde "es posible describir un continuo de reacciones contratrtransferenciales, que van desde las vinculadas con las neurosis sintomáticas en un extremo, hasta las reacciones psicóticas; continuo

en el cual los diferentes componentes de la realidad y la transferencia tanto del paciente como del psicoterapeuta presentan variaciones significativas" (Kernberg, 1979).

En el paciente depresivo, según MacKinnon (1973), existe un patrón transferencial que responde a características generales tales como: el establecimiento de una relación de adhesión y dependencia, tendencias masoquistas de frustración y enojo hacia la figura del psicoterapeuta.

Así, en la misma proporción de intensidad, es posible definir un perfil contratransferencial en el psicoterapeuta: puede experimentar una depresión empática ante la negación que hace el paciente de su propia depresión; esta dependencia transferencial podrá provocar una contratransferencia complementaria, así como también un estilo paternalista o exageradamente protector, omnipotente y ante las tendencias masoquistas sentir irritación y culpa.

Algunos autores han señalado la importancia de reconocer las reacciones contratransferenciales cuando el psicoterapeuta se encuentra en el setting terapéutico. Existen principalmente dos razones para ello:

- a) Porque éstas pueden utilizarse como diagnóstico.
- b) Porque diferenciadas pueden ponerse al servicio del proceso terapéutico a través de la interpretación.

Kernberg (1979), señala que la contratransferencia se convierte así en un importante instrumento de diagnóstico, capaz de proporcionar información acerca del grado de regresión del paciente, de su posición emocional predominante ante el terapeuta y de las variaciones de esta posición.

De tal manera, si el psicoterapeuta conoce, experimenta y guía técnicamente sus propias reacciones podrá orientar su tarea psicoterapéutica en forma diferencial.

Faltaría agregar a lo anterior lo complejo que resulta experimentar las intensas señales de angustia que el analizado provoca en el terapeuta,

reconocer éste sus propias reacciones y no responder a la demanda patológica del paciente;

Acordes a distintos estadios del desarrollo, se pueden estudiar diferentes etapas de la respuesta omnipotente.

Si aceptamos lo anterior, podemos suponer que la respuesta omnipotente del terapeuta está determinada por la cualidad que la transferencia toma del momento en que el paciente depresivo sufrió la pérdida temporaria (separación) o la pérdida total (abandono), lo cual provocó la crisis depresiva; ya que los síntomas depresivos nos proporcionan elementos de la etapa oral> entonces podemos suponer que el paciente depresivo sufrió un daño entre el estadio de la introyección y el siguiente estadio de los pensamientos y las palabras mágicas.

Por otro lado, apegándonos a MacKinnon(1973), encontramos que en el patrón depresivo, la frustración inevitable y la separación del bebé respecto a su objeto de amor cuando ha sido delegada la omnipotencia en ese objeto, constituyen el prototipo de la experiencia ulterior depresiva, pues resulta una amenaza contra su seguridad.

Las fantasías orales incluyen un componente de incorporación destructiva; se presenta una mezcla de cariño dependiente y agresión hostil. Su superyó, punitivo y sádico, responde a la introyección de figuras parentales exigentes y perfeccionistas. Su autoestima depende de una combinación de apoyo de objetos externos; la conservación de su propia capacidad de adaptación y protección contra exigencias o esperanzas excepcionales de otros da como resultado un equilibrio frágil.

Se trata constantemente de reconquistar mágicamente un objeto de cariño perdido o de reforzar su vigor, que resulta ser su peor enemigo, pues ejerce por culpa tendencias autodestructivas o masoquistas que coexisten con las tendencias depresivas.

Admitiendo entonces que el paciente depresivo depositó en su objeto amado su propia omnipotencia, investirá en el plano transierencial al terapeuta ignorante de que se ama a sí mismo, consolándose en su

imagen de la pérdida de un ser amado o sufriendo por conocer su propia inaccesibilidad recreará el deseo y el rechazo hacia ese objeto.

Con el fin de ilustrar lo anterior se presenta la siguiente viñeta de un caso de la doctora Gómez (1985):

Helena se presenta a la primera entrevista 40 minutos tarde; en 10 minutos expresa el motivo que la lleva a tratamiento, se trabaja su retraso y se le da cita para una segunda entrevista, a la cual no acude. Para la tercera sesión, durante el tiempo que le corresponde habla por teléfono para saber si puede llegar tarde porque operaron a su esposo (motivo de su inasistencia anterior y supuesto retraso de ésta); finalmente no asistió. Una semana después, preocupada por ella, se le llama y asiste desde entonces con asiduidad y constancia.

Problema por el que solicita tratamiento

Al momento de solicitar tratamiento cumplía dos meses, aproximadamente, experimentaba una angustia extrema sin saber por qué motivo. Especialmente cuando se encontraba sola por las tardes en su casa sentía deseos de llorar y salir corriendo, e incluso muchas veces lo hizo, impulsada por esta necesidad. Unas dos semanas antes de la primera entrevista aumentó esta angustia al grado de no comer o vomitar cuando comía, hecho que preocupó tanto a ella como a su esposo y la convenció para buscar ayuda.

Historia personal

Helena es la mayor de cinco hijos, cuenta con 21 años de edad, casada, profesionista.

Su padre distante, rígido, severo, desaparecía sin aviso por horas, días o hasta meses, debido a su trabajo, causando angustia y desesperación en la madre y en la paciente.

Su madre sufrió síntomas conversivos y un aborto previo al nacimiento de Helena; la hermana que le sigue nace cuando ella cuenta con un

año de edad, estos datos, y algunos: otros en conjunto, hacen suponer que la paciente sufrió la falta en la disposición de la madre, ya de por sí difícil. Detalle que probablemente sea el dato más importante de su posterior depresión.

Datos aislados de su niñez indican temor al abandono, pues en algunas ocasiones sus padres "la olvidaron" en la escuela, experimentando ella un gran daño a su seguridad y autoestima, provocando, finalmente, su negación a la separación temporal.

Más adelante resiente un nuevo golpe a su autoestima: nunca podrá tener hijos (según diagnóstico médico). A partir de esta situación es notorio el uso de la negación y la conducta maníaca.

Quando muere su abuela, a quien recuerda como accesible y protectora pues la apoyaba tal como era, no hace duelo por ella experimentando la sensación de que aún vivía.

Al establecer relaciones de noviazgo es notable su adhesión y necesidad de protección; cuando éstas se rompen sin previo aviso, ella siente que se derrumba.

Posteriormente, sólo son evidentes los equivalentes somáticos: experimenta tristeza y ansiedad cuando se encuentra sola, presenta estreñimiento y cólicos estomacales frecuentes, disminuye su apetito y padece sensaciones de náusea.

Con cierta frecuencia, ante los problemas cotidianos del matrimonio, su esposo y ella comentan la posibilidad de divorciarse, según afirma la paciente consciente de que muestra ante él un patrón infantil de conducta y una demanda constante de compañía.

Transferencia-contratransferencia

Las demandas de la paciente a la terapeuta giran alrededor de su protección ante el maltrato verbal que el esposo (mamá) ejerce sobre su aprecio personal; al sentirse agredida en su imagen corporal y sus ideas,

ella se muestra imposibilitada de responder por sí misma. Espera encontrar en la terapeuta una respuesta a cómo actuar, qué decir, cómo responder.

Se le observa actuar en búsqueda del aprecio de otras personas para llenar un vacío de objeto; espera que se le impongan límites para no respetarlos y la terapeuta confía omnipotentemente en que la interpretación detenga la actuación.

La terapeuta preocupada, ansiosa, tiene que cuidar que la paciente no experimente una depresión más profunda, cuyo objetivo sólo puede ser la autodestrucción en lugar de la expresión de enojo al exterior.

Ante su vacuidad, su infertilidad, no interpreta el enojo subyacente para no tocar lo profundo, lo doloroso de su imagen corporal, cuidándola, protegiéndola del *insight*; a través de esta comprensión contratransferencial queda claro y bien afinado el diagnóstico.

La importancia de la contra transferencia en el diagnóstico de un paciente es dilucidada y toma especial consideración en las aportaciones de Paula Heiman (1950) quien enfatiza, más que cualquier otro autor, el valor positivo de la contratransferencia como ayuda diagnóstica esencial y también como instrumento de investigación psicoanalítico (citada en Thomá, Káchele y Jiménez, 1986).

Desde entonces y con mayor precisión hasta la fecha, la contratransferencia es considerada como eje importante en el diagnóstico de un paciente. Si varios psicoterapeutas entrevistaran a un paciente obsesivo probablemente un alto porcentaje de ellos, por no decir que todos, sentirían aburrimiento; si entrevistaran a un paciente histérico experimentarían antipatía, complacencia y sorpresa ante la imprecisión que se tiene de la anamnesis del paciente; si entrevistaran a un paciente fóbico, lo más seguro es que sintieran enojo.

Estas sensaciones las experimenta el entrevistador independientemente de sus características de personalidad, de su pasado, de sus complejos; son sensaciones contratransferenciales producidas por lo que es el

paciente. La captación consciente de estas sensaciones es un dato preciso para que el terapeuta elabore un adecuado diagnóstico.

Ahora, decíamos que la psicología clínica, en cuanto a método, se configura como una metodología psicológica cuyo objetivo es la prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento e investigación de la salud mental individual sobre todo, pero también comunitaria. Con lo anterior se mostró la utilidad del fenómeno contratrtransferencial para la elaboración del diagnóstico.

La contratrtransferencia es un proceso técnico nacido del psicoanálisis y éste a su vez, es también un método clínico, lo que nos autoriza científicamente para utilizarla dentro de la psicología clínica en la elaboración de diagnósticos, hacer pronósticos, ponerla al servicio del tratamiento y también utilizarla como método de investigación. Así, el psicoanálisis, método clínico para el tratamiento e investigación de la psique, a través de la contratrtransferencia realiza una aportación técnica más a la psicología como tal.

A continuación seguiremos un trabajo del doctor Ortiz (1985), presentado en el iv Congreso de Psicología Clínica, titulado "La contratrtransferencia en la investigación de campo con adolescentes farmacodependientes". En el cual se sostiene que el observador es la parte más importante del aparato experimental, sobre todo en la investigación de campo. El corolario de esto se encuentra en Devereux (1977), quien afirma que la contratrtransferencia es el dato decisivo de toda la ciencia del comportamiento porque la información que se obtiene de la transferencia puede obtenerse también por otros medios y, sin embargo, no sucede así con la que nos proporciona el análisis de la contratrtransferencia.

Por investigación de campo se entiende una técnica de observación y recolección de datos que supone el contacto directo del investigador con el objeto de estudio, esto es con la comunidad.

Mediante este género de investigación se pretende:

- 1) La observación directa del fenómeno social.

2) Recopilar los testimonios orales o escritos de las personas.

Dado que en la investigación de campo el investigador se acerca al fenómeno, empleándose a sí mismo como instrumento, esto involucra el uso de la propia subjetividad como instrumento de interacción y análisis del fenómeno social: el comportamiento del sujeto de investigación. A partir de lo cual surgen limitaciones en el investigador que la investigación debe trascender, entre las que tenemos los prejuicios, la parcialización, la deformación, la emotividad, etcétera. Fenómenos contratransferenciales que se traducen en la dificultad experimentada por el investigador para reflejar el fenómeno de un modo científico.

Es aquí donde el análisis de la contratransferencia como fenómeno de la comunicación, originado en la subjetividad del investigador a partir de su contacto con el objeto de estudio, tiene capital importancia.

A fin de superar estas limitaciones pretendemos que nuestros datos obtenidos sean exactos, que pueden ser comparables y que exista uniformidad de procedimientos. Dado que nuestro método de investigación es nuestra propia subjetividad —es decir, mediante la propia contratransferencia nos enfrentamos al objeto de estudio—/sólo a través del análisis de ésta podemos llegar a una uniformidad de procedimientos, con el propósito de lograr compararlos y dar mayor consistencia y validez a los fenómenos observados.

Los fenómenos contratransferenciales se dan desde que se inicia la simple presencia física del investigador y del sujeto investigado. Momento decisivo, ya que de los procedimientos que aquí se realicen dependen de la obtención, de la información que establece el cimiento de la relación.

Desde el instante en que el investigador inicia el primer acercamiento a la comunidad se presenta el factor contratransferencial básico y determinante: la ansiedad.

Este factor, como señala Devereux (1977), es el responsable de que se manifiesten con mayor claridad los conflictos, dado que las situaciones

de presión externa coaccionan el contenido inconsciente mal digerido del investigador, de tal modo que éste distorsiona las percepciones y reacciona ante ellas como si fuera un objeto temprano, en función de sus necesidades inconscientes, deseos y fantasías, por lo general infantiles.

Los adolescentes usuarios crónicos de drogas, en la investigación de campo sobre la cual Ortiz (1985) escribe, son individuos de sexo masculino, edad media de 15 años, tres grados de escolaridad completados, de nivel socioeconómico bajo y habitantes de zonas llamadas "cinturones de miseria" en el área metropolitana. Las sustancias que emplean son básicamente solventes industriales —inhalantes—, marihuana, alcohol y tabaco.

Las variables que limitan la investigación son las siguientes:

1. En sí mismo el adolescente (González, Romero, De Tavira, 1986) es un sujeto que está en una etapa de desarrollo donde, con un proyecto confuso de vida, uno de los fenómenos típicos es lo variable de su conducta, por ejemplo, oscila de la manía a la depresión, o del trato amable y amistoso a la agresión verbal o física.
2. Es típico de la subcultura marginal —en lo que a nuestra experiencia se refiere— la actitud de desconfianza ante todo lo que viene de fuera de la comunidad, y especialmente hacia las instituciones, por ejemplo, los centros de salud, los partidos políticos, etcétera.
3. El adolescente en este contexto es un escéptico sistemático de lo que provenga de fuera de su subcultura y cuestiona, asimismo, lo que procede —en su impresión— del mundo adulto, sea real o imaginariamente.

Por ello, el investigador de campo es visto como uno más que viene de fuera, y el adolescente usuario comienza a evaluar críticamente todo lo que ve en él: la presencia, la ropa, el aspecto físico, la actitud, el lenguaje, el tono e inflexiones de la voz, el vocabulario, etcétera.

Esta es la primera fuente de ansiedad a que se enfrenta el investigador de campo: el desconocimiento de qué va a encontrar; por ejemplo, qué tipo de sujetos, cómo lo van a recibir, cómo será la aceptación o el rechazo, ¿tendrá que comportarse como los miembros de la pandilla?, es decir, ¿realizar las mismas conductas antisociales o sociopáticas? Todo lo cual le despierta infinidad de fantasías acerca de lo que será su objeto de estudio y de cómo él mismo podrá responder.

En este momento el investigador siente que es objeto de riguroso escrutinio y las respuestas que puede dar son solamente las espontáneas, las que le nacen, las que siente en el instante, o sea las que están determinadas por la contratransferencia.

En su experiencia, la impresión inicial en investigadores hombres y mujeres es la de ser perseguidos, evaluados. Es frecuente escuchar las siguientes preguntas procedentes del investigador: ¿Y cómo son?, ¿son agresivos?, ¿han matado a alguien?, ¿me harán daño?, ¿no robarán?, ¿tengo que ser como ellos?, ¿y si estoy en un grupo o pandilla —banda— y se pelean, yo también?, ¿y si comienzan a quemar o inhalar, yo también? Preguntas de este tipo que tienen en común el intento de prolongar los parámetros del mundo conocido del investigador al mundo desconocido del adolescente usuario de drogas y al de una subcultura también desconocida.

Además, el adolescente sabe que el uso de drogas es mal visto por quienes no pertenecen a la subcultura del consumo, por lo que el investigador con frecuencia se lleva la impresión de que los adolescentes que está tratando son un modelo de buen comportamiento, cuando en realidad son usuarios crónicos que han aprendido a ocultar su consumo.

Aquí la contratransferencia de los investigadores los lleva a reflexionar, diciendo por ejemplo: no me imaginaba que X fuera tan grueso; o que bien disfrazan; o son puros mañosos, hay que conocerlos para ver de veras cómo son.

El adolescente, usuario habitual, comparte las drogas con un grupo de pares, quienes tienen al consumo como una parte normal de su

vida, al igual que para el investigador le parece normal ir a la escuela o a la universidad.

El usuario siente que no tiene porqué dejar el consumo, aunque eventualmente tenga fantasías de los daños que le puede provocar o conozca personas que han sido dañados.

Por su parte el investigador tiene la convicción de que el uso de drogas es dañino para la salud mental y física del sujeto, y aunque el objeto de estudio sea investigar qué condiciones psicológicas y sociales acompañan al consumo, y que su entrada al grupo de usuarios sea argumentando, entre otras cosas, que quiere conocer los problemas de la colonia, finalmente los adolescentes sienten que el investigador está interesado en conocer específicamente el consumo.

Situación que contratransferencialmente desconcierta al investigador, que hace el mejor de los esfuerzos para penetrar en la comunidad de modo que no sea descubierto; le produce desaliento, frustración, pérdida de esperanza sentirse desprotegido; siente que los usuarios ya lo descubrieron, que son más hábiles que él y se siente dominado por ellos: ¿ahora qué va a pasar? A una transferencia paranoide le complementa una contratransferencia también paranoide.

En ese momento el investigador ya ha detectado a la comunidad y a los sujetos, ahora intentará integrarse y ser aceptado en el grupo de usuarios. Pero se enfrenta a actitudes de recelo; los usuarios tratarán de someter al investigador a diversas pruebas, especie de ritos de iniciación, donde pretenden constatar su confianza en él.

Como ejemplo de estos ritos está el querer atemorizarlo: cuando el investigador se encuentra en el grupo cuentan aventuras de asaltos, violaciones, detenciones y torturas por la policía, entre otras, y a la vez vigilan si el investigador tolera o no y de qué modo lo maneja.

El investigador percibe estos ritos de admisión como agresivos, y en realidad lo son; sin embargo, la respuesta es diferente en hombres y mujeres. En el caso de los hombres, tienen mayor predisposición a res-

responder con agresión física: estar preparado para correr, por si hay pleito; lo cual refleja los sentimientos de amenaza de la propia seguridad física. Mientras las mujeres tratan de crear un clima de tranquilidad: salirse por la tangente, pero sin que lo sientan agresivo. En parte son respuestas a lo real externo y en parte a lo contratransferencial.

Otra respuesta contratransferencial es iniciar el trabajo de campo con la actitud de "yo soy el experto, ustedes son los enfermos". Sin embargo, esta postura es riesgosa porque normalmente los usuarios evitan el contacto con quienes perciben como autoridad; si captan esta posición del investigador, éste jamás logrará el acercamiento. Es tal la distancia que toman de las figuras de autoridad y de las instituciones, que muchos usuarios abandonan el hogar en el periodo de latencia o adolescencia temprana, y los programas de intervención institucional encaminados a disminuir el consumo y darles alternativas de ocupación del tiempo libre simplemente no funcionan.

En este contexto el investigador tiene que preguntarse continuamente: ¿estoy reaccionando de la manera en que lo hago ante este sujeto por mi relación con él?, ¿o a causa de algo que está pasando en mi vida actual?, ¿o debido a eventos pasados que afectan mi presente?

Es solamente de esta manera, mediante la introspección, como el investigador puede aprender de sus propios objetos así como de los del sujeto que investiga. Los deseos de protección al sujeto y a sí mismo son de lo más común, también están las fantasías de salvación y de agresión respecto a los usuarios.

Las sensaciones contratransferenciales no resultan fáciles de ver desde el principio, ya que el investigador tiene que estudiar a los sujetos en un medio cambiante, impredecible e incluso hostil; tratar con uno* o varios simultáneamente y prácticamente no conocerlos. Además, junto con esto tiene que examinar con frecuencia los sentimientos propios e intentar empatizar con quienes tiene enfrente, objeto de su investigación.

Aquí, al igual que en la situación terapéutica, el análisis de la contratransferencia es crucial, ya que permite el flujo de la comunicación entre investigador y sujeto, facilita la comprensión de las respuestas que el investigador da a las situaciones de campo y, finalmente, evita que el investigador quede paralizado al poder superar los sentimientos originados de la ansiedad contratransferencial.

Es indispensable, por tanto, reconocer las limitaciones propias y hacer un esfuerzo por mostrarlas y compartirlas como investigador, a fin de explorar más a fondo este aspecto tan importante e inexcusablemente descuidado de la labor científica.

Y así como en la investigación de campo el dato contratransferencial es importante e incluso computarizable, para llegar a su objetivización o computarización se tiene que resolver y superar la ansiedad que produce el objeto de investigación: el propio ser humano.

La ciencia y la técnica seguirán su marcha. Los métodos de investigación científica serán cada vez más objetivos, sin embargo, en la investigación humana seguirán siendo importantes los datos contratransferenciales.

BIBLIOGRAFÍA

- DEVEREUX, G., *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, Siglo xxi, México, 1977.
- GÓMEZ, A., "Una modalidad contratransferencial. El paciente depresivo". Trabajo presentado en el iv Congreso de Psicología Clínica, Centro Médico Nacional, México, D.F., Mayo, 1985.
- GONZÁLEZ NÚÑEZ, J.J.; Romero, J.; De Tavira, R., *Teoría y Técnica de la Terapia Psicoanalítica de Adolescentes*, Trillas, México, 1986.
- HEIMAN, P. "On Countertransference", *I.J.P.A.*, 31, 1950.
- KENBERG, O., *La teoría de las relaciones objétales y el psicoanálisis clínico*, Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1979.
- MACKINNON, R., *Psiquiatría clínica aplicada*, Interamericana, México, 1973.
- ORTIZ, A., "La contratransferencia en la investigación de campo con adolescentes farmacodependientes", trabajo presentado en el iv Congreso de Psicología Clínica, Centro Médico Nacional, México, 1985.
- THOMÁ, H.; KACHELE, H.; JIMÉNEZ, J.P. "La contratransferencia en una perspectiva histórico-crítica", en *Revista de Psicoanálisis*, tomo XLIII, No. 6, Asociación Psicoanalítica Argentina, noviembre-diciembre, 1986.

LOS PROCESOS DE IDENTIFICACIÓN, RESONANCIA Y LA CONTRATRANSFERENCIA

El presente capítulo presenta una revisión y clasificación de los procesos de identificación para explicar, cómo en el proceso psicoterapéutico, en la relación paciente-terapeuta, transferencia-contratransferencia, el psicoterapeuta no está exento de los procesos de identificación con su paciente, sobre todo de la identificación por resonancia, por lo que se enfatiza la necesidad de investigar más sobre este tema.

LOS PROCESOS DE IDENTIFICACIÓN

La identificación es un mecanismo de defensa inconsciente que protege la integración de la personalidad, pero además las identificaciones son procesos mediante los cuales se ayuda al Yo a madurar, se ayuda a formar el Super Yo y también colaboran activamente en el desarrollo del Ideal del Yo.

Dicho así parecería que las identificaciones sólo actúan como mecanismo de defensa y como procesos útiles en el desarrollo estructural del sujeto, sin embargo, son importantes en todo el funcionamiento organizado de la personalidad; incluso en el tratamiento psicoterapéutico, las identificaciones se vuelven puntos centrales que el psicoterapeuta psicoanalítico no puede dejar de considerar.

Vemos frecuentemente que las identificaciones rigen y dirigen la conducta del paciente dándole una dirección metapsicológica, lo que nos explica su comportamiento desde los puntos de vista genético, diná-

mico, estructural, adaptativo y económico. El analizado nos muestra en la transferencia sus identificaciones y la influencia que tienen en sus resistencias, en su regresión y progresión terapéutica, y su deseo de que el analista responda contratransferencialmente a esas identificaciones.

Dentro del mismo proceso psicoterapéutico, el analista también actúa o responde con su propia personalidad y con sus propias identificaciones, estableciéndose así el devenir de la relación terapeuta-paciente, en la transferencia-contratransferencia, y es a partir de las identificaciones de cada uno de los sujetos integrantes de la relación psicoterapéutica donde el uno pasa a ser objeto del otro y viceversa.

En la teoría y técnica psicoanalítica, tanto como método de investigación como de modificación de la personalidad, el concepto de identificación desde sus inicios ha sufrido extensiones en sus límites explicativos, como ha sucedido con la mayoría de los conceptos básicos del psicoanálisis que en un principio fueron exclusivos y posteriormente se hicieron más extensivos adquiriendo diferentes niveles.

La identificación es un proceso mediante el cual el Yo utiliza energía para poner en sí mismo aspectos deseados de los objetos externos. Es un fenómeno que permite de ese modo que el sujeto tenga la posibilidad de relacionarse con su medio externo (proceso secundario). En este sentido, se refiere al agrado o satisfacción de tener en uno mismo las características deseadas del otro; además de permitir el desarrollo del Yo como ser individualizado, permite la comunicación del sujeto con los demás objetos ya sea externos o posteriormente internalizados, debido al entendimiento que el propio sujeto, tiene del otro en él mismo.

Desde el punto de vista de la teoría clásica del psicoanálisis, el Yo no diferencia entre imagen subjetiva y realidad objetiva; cuando catectiza la imagen de un objeto es como si catectizara al propio objeto. Puesto que la imagen mental no puede satisfacer una necesidad, el sujeto se ve obligado a realizar una diferenciación entre el recuerdo o la idea de un objeto ausente y la percepción de un objeto presente, entre el mundo interno y el mundo externo.

El Yo, mediante la identificación, realiza el aprendizaje del proceso secundario, diferenciando tanto lo que viene de él como lo que está afuera. Y dado que mediante la identificación es posible la evolución del proceso primario al secundario y puesto que este último proceso reduce las tensiones en un grado mayor que el primario, el resultado es que el Yo posee cada vez más catexias a su disposición permitiéndosele una mayor eficacia dentro de la personalidad. Pero para que así sea, el Yo debe lograr la satisfacción de las necesidades porque si fracasa quedará a expensas de los impulsos.

El mecanismo de identificación toma parte en el proceso de proveer al Super Yo de energía. Este proceso se lleva a cabo a través de la identificación del niño con sus progenitores. Cuando la energía proporcionada por los impulsos ha sido canalizada en el Yo y el Superyó, entre otros procesos por el mecanismo de identificación, se hace posible una sofisticada interacción entre las fuerzas impulsivas del sujeto y sus propias fuerzas restrictivas.

Y así, mediante procesos de identificación, el Yo y el Superyó emplean su energía tanto para frustrar como para canalizar las metas instintivas.

Desde Freud (1895) se prefirió utilizar el término identificación que el de imitación, porque se considera que la imitación es un tipo superficial y transitorio de conducta, y el término identificación expresa la idea de una adquisición más o menos permanente para la personalidad.

Los objetos de identificación que elegimos son los que para nosotros logran más éxito en la satisfacción de necesidades: "el niño se identifica con sus padres porque los cree omnipotentes, al menos durante sus primeros años de vida; a medida que crece, encuentra otra gente con la cual puede identificarse y cuyos logros resultan más acordes con sus deseos del momento. En suma, cada periodo tiende a tener sus propias figuras características de identificación, está por demás decir que la mayoría de éstas tienen lugar inconscientemente y no, como se puede suponer, con intención consciente" (Hall, C. S. y Lindzey, G., 1976).

Así, cuando el psicoterapeuta realiza su quehacer cotidiano (psicoterapia) no está exento del proceso de identificación de acuerdo a las necesidades que en ese momento de su vida requiera, recurriendo a modelos de identificación ya sea de su propio análisis, de sus supervisores o de maestros y psicoterapeutas en general. Se puede agregar que pueden coexistir varias identificaciones.

J. Laplanche y J. B. Pontalis (1979) en su *Diccionario de Psicoanálisis*, revisan cómo el concepto de identificación se enriqueció con las siguientes aportaciones:

1. El concepto de incorporación oral fue establecido por Freud durante los años de 1912-1915 en sus obras *Tótem y Tabú* y *Duelo y Melancolía*, donde muestra especialmente su función en la melancolía, en la cual el sujeto se identifica de un modo oral con el objeto perdido, operando aquí el mecanismo de regresión.
2. El establecimiento del concepto de narcisismo. En 1914, en *Introducción al Narcisismo*, Freud inicia la exposición de la dialéctica que ocurre en la elección narcisista. El objeto se elige sobre el modelo de la propia persona mediante la identificación, el sujeto o alguna de sus instancias intrapsíquicas se constituyen según el modelo de sus objetos anteriores: padres, personas del ambiente.
3. Los efectos del complejo de Edipo que consisten en que las catexis puestas sobre los padres son abandonadas y sustituidas por identificaciones tanto yoicas como superyoicas y forman una estructura compleja.

En la medida que el padre y la madre son, cada uno de ellos, objeto de amor también son objeto de rivalidad. Es probable que la presencia de esta ambivalencia sea esencial para la constitución de toda identificación.

El niño, ante el imperativo de renunciar a sus objetos eróticos lo hace y se identifica con ellos. La bisexualidad de la naturaleza humana

el proceso más complejo tomando en cuenta también la organización triangular del medio psicológico en el que se desenvuelve.

En cuanto a las relaciones de objeto en el ámbito de la triangularidad edípica doble, se presentan características específicas; por ejemplo, en el caso de la niña cuando su elección de objeto recae sobre el padre, ésta es anaclítica (apoyo), mientras que su deseo de poseer a la madre implica una forma narcisista de elección de objeto (existe un ideal en juego: lo que uno quisiera ser). En el caso del varón y desde la posición edípica positiva, su elección de objeto es por apoyo y recae sobre la madre. En la posición edípica negativa elige al padre como objeto, elección de tipo narcisista, lo que presupone identificarse con la madre.

Víctor Korman (1977) registra el siguiente cuadro de identificaciones procedentes de la situación edípica:

Cuadro 1
Identificaciones edípicas del varón

	<i>forma del Edipo</i>	<i>Objeto elegido</i>	<i>Tipo de elección objetal</i>	<i>Objeto de identificación</i>	<i>Tipo de identificación</i>
Identificaciones masculinas (con el padre)	Positivo	Madre	Por apoyo	Padre	Identificación con el rival
	Negativo	Padre	Narcisista	Padre	Identificación con el objeto perdido
Identificaciones femeninas (con la madre)	Negativo	Padre	Narcisista	Madre	Identificación con el rival
	Positivo	Madre	Por apoyo	Madre	Identificación con el objeto perdido

Cuadro 2 Identificaciones edípicas de la niña

	<i>Forma del Edipo</i>	<i>Objeto elegido</i>	<i>Tipo de elección objetal</i>	<i>Objeto de la identificación</i>	<i>Tipo de identificación</i>
Identificaciones femeninas (con la madre)	Positivo	Madre	Por apoyo	Padre	Identificación con el rival
	Negativo	Padre	Narcisista	Padre	Identificación con el objeto perdido
Identificaciones masculinas (con el padre)	Negativo	Padre	Narcisista	Madre	Identificación con el rival
	Positivo	Madre	Por apoyo	Madre	Identificación con el objeto perdido

4. La segunda teoría del aparato psíquico demuestra la importancia creciente del concepto de identificación: las instancias psíquicas ya no se describen en términos del sistema donde se inscriben imágenes, recuerdos, contenidos psíquicos, sino como los residuos de las diferentes formas de relaciones de objeto. Al respecto la exposición más completa que intentó dar Freud (1921) en *Psicología de las Masas y Análisis del Yo*, mostrando él mismo su preocupación por un adecuado ordenamiento del concepto de identificación, es la siguiente:
- a) La identificación primaria, como una forma primitiva del lazo afectivo con el objeto, es una identificación preedípica marcada por la relación canibalística que desde un principio es ambivalente.
 - b) Siguiendo una dirección regresiva, la identificación se convierte en sustitución de un enlace libidinoso a un objeto, como por introyección de objeto en el Yo, cuando se adoptan formas de ser de un objeto libidinoso cualquiera.
 - c) Cuando hay ausencia de libido del otro hacia el sujeto, éste puede, no obstante, identificarse con el objeto en la medida en que

tienen un elemento en común (ser amado, por ejemplo); por desplazamiento, la identificación se producirá sobre otro punto.

Así pues, el primer agrupamiento que se hace de las identificaciones es clasificarlas en primarias y secundarias.

Cuando hablamos de identificaciones primarias nos estamos refiriendo a los procesos tempranos de identificación que tienen lugar en el ámbito narcisista de relaciones de objeto; pudiéndose atribuir a la identificación primaria todas las características de las relaciones de objeto narcisistas, subrayando el hecho de no estar claramente delimitado el Yo del no Yo. Y presupone también una forma precoz de enlace afectivo con otra persona, admitiendo así la existencia de una temprana relación objetal.

Para Freud en *El Yo y el Ello*: "Esta identificación no parece constituir el resultado o desenlace de una carga de objeto pues es directa e inmediata y anterior a toda carga de objeto" (Freud, 1923).

En este párrafo, Freud establece con claridad las características de las identificaciones primarias.

- a) Se realizan antes del periodo en el que pueda darse la elección o carga del objeto.
- b) No constituyen el resultado o desenlace de una pérdida de aquél.
- c) No se ha realizado la síntesis pulsional fálica.

"Que no haya carga o elección de objeto por parte de un Yo unificado no implica la inexistencia de la relación de objeto en la identificación primaria. Más todavía, es casi obvio que no podría existir identificación sin relación objetal" (Korman, V. 1977).

Las identificaciones secundarias siguen a la pérdida de una relación de objeto, fenómeno que no se registra en las primarias. A las identificaciones secundarias se les ve funcionando más por el proceso secundario del pensamiento que por el proceso primario, como lo sería en las identificaciones primarias. Quedan aquí agrupadas todas aquellas

identificaciones que forman parte del Yo, del Superyó y del Ideal del Yo. También las relacionadas con las identificaciones de objetos parciales como totales. Conservan su temporalidad vertical en la vida a través de la niñez, infancia, adolescencia y edad adulta, y colaboran a formar la identidad total del sujeto en personalidades normales*

El proceso de desarrollo de la identificación secundaria llevó a Freud 30 años hacerlo: *Introducción al Narcisismo* (1914), *Duelo y melancolía* (1915), *Psicología de las Masas y Análisis del Yo* (1921), *El Yo y el Ella* (1923). Obras que colaboraron, después de 1923, a que se gestara la Teoría Estructural, cuyo iniciador Hartman (1950) apoya la teoría de la matriz indiferenciada tanto para el Yo como para el Ello (Remus Araico, 1985), lo que da lugar a la sustentación de las identificaciones primarias y secundarias, ya que en dicha matriz indiferenciada tienen heredados ciertos aparatos de reacción.

Las identificaciones contratransferenciales, en este sentido, son identificaciones secundarias en las que está implícito el proceso secundario.

No podemos dejar de mencionar otro tipo de identificaciones, como la denominada identificación con el agresor, difícil de ubicar entre las identificaciones secundarias, ya que en general el ámbito de éstas es triangular, en tanto que las identificaciones con el agresor se dan más bien en un escenario dual y son consideradas como identificaciones en las que el ingrediente sadomasoquista juega un papel importante. Este es un tipo de identificación estudiado por Ana Freud en 1936 (Laplanche y Pontalis, 1979), que aparece cuando el sujeto tiene que enfrentarse a un peligro exterior, representado normalmente por alguna crítica procedente de una autoridad. El sujeto se identifica con su agresor en forma activa, actuando la agresión que pasivamente sufrió, imitando la conducta del agresor ya sea física o moralmente o adoptando ciertos símbolos que distinguen al agresor y lo simbolizan. "Según Ana Freud, este mecanismo sería el preponderante en la constitución de la fase preliminar del Superyó, permaneciendo entonces la agresión dirigida hacia el exterior y no volviéndose todavía contra el sujeto en forma de autocrítica" (Laplanche y Pontalis, 1979).

Otro tipo de identificación que conviene tomar en cuenta es la identificación proyectiva, término que es mencionado por primera vez, según Grotstein (1981), por Melanie Klein en 1946 en su trabajo *Notas Sobre Algunos Mecanismos Esquizoides*. Identificación que se ubica dentro de las identificaciones primarias.

Grotstein postula que "todas las personalidades existen en condiciones de fragmentación o disociación cuyas manifestaciones, sin embargo, están atemperadas por el objeto básico de identificación primaria y la normal barrera represiva" (Grotstein, 1981).

En el mismo trabajo se vuelve a citar a Melanie Klein en la siguiente forma:

La identificación proyectiva está ligada con los procesos del desarrollo que surgen durante los tres o cuatro primeros meses de vida (posición esquizo-paranoide) cuando la escisión alcanza su punto culminante y hay predominio de la ansiedad persecutoria. La integración yoica es aún muy precaria, por lo que el Yo tiende a escindirse así como a escindir sus emociones y sus objetos internos y externos; pero la escisión es también una de las defensas fundamentales contra la ansiedad persecutoria. Otras defensas que aparecen en esta etapa son la idealización, la negación y el control omnipotente de objetos internos y externos. La identificación por proyección implica una combinación de la escisión de partes propias y la proyección de estas partes en o más bien dentro de otra persona. Estos procesos tienen muchas ramificaciones y ejercen una influencia fundamental sobre las relaciones objéales (Klein 1955).

Así pues, podemos definir la identificación proyectiva como un mecanismo mediante el cual el sí mismo experimenta la fantasía inconsciente de ponerse, o poner aspectos propios en un objeto con fines de indagación o de defensa. Si la identificación proyectiva persigue fines de defensa, el sí mismo siente que puede liberarse de aspectos indeseables y escindidos cambiándolos de ubicación, pero también puede poseer la fantasía de penetrar en el objeto para controlarlo (activamente) o desaparecer dentro de él (pasivamente), con el fin de esquivar sentimientos de desprotección.

En este sentido sigue el principio de generalización, correspondiente al concepto de condensación de Freud, que explica la unificación de objetos sobre la base de sus semejanzas, imaginarias o naturales. Es por lo tanto la contraparte del principio de distinción que rige a la escisión. La identificación proyectiva interviene en estados de confusión, de desorientación, de desconexión autista, de claustrofobia y agorafobia, y en fantasías de controlar y ser controlado por los objetos.

Las relaciones objétales sometidas a la influencia de la identificación proyectiva se caracterizan por la coerción, la manipulación, el embrujamiento, la seducción, la intimidación, el ridículo por imitación caricaturesca y el martirio.

La identificación proyectiva con fines de defensa provoca una transformación del sujeto y del objeto, tras la cual el sujeto puede sentirse confundido, desorientado, despojado, vacío, debilitado y vulnerable a ideas de influencia y control por parte del objeto (estado de trance); cualquier identificación contratransferencial basada en una identificación proyectiva es por definición una identificación patológica.

Las identificaciones también son clasificadas y agrupadas como identificaciones preedípicas, edípicas y postedípicas; pueden ser permanentes o transitorias. Las permanentes pueden ser, a su vez, primarias (primario adquiere aquí el sentido de fundamento o base de una nueva estructura psíquica), o secundarias que son aquellas que remodelan la estructura de la personalidad dándole su forma definitiva.

Encontramos también identificaciones progresivas y regresivas, que pueden ser identificaciones parciales o totales.

Lo dicho hasta aquí sobre la identificación tiene la intención de servir de base al tema central de este artículo, sin agotar todas las ideas que sobre la identificación se han escrito.

Se pretende dejar sentado que la identificación es un proceso en el cual él que se identifica no es copia fiel del original; no se da con la persona en sí, sino con representaciones o imágenes que el sujeto cons-

truye de esa persona, y bien sabemos que esta construcción se encuentra influida por múltiples factores, como proyecciones, necesidades del sujeto, estados de su organización pulsional, situaciones culturales de su vida, regresiones, progresiones, frustraciones, ilusiones, metas, etcétera.

La relación contratransferencial es una relación de objeto básica en el proceso psicoterapéutico. El psicoterapeuta no está exento de identificarse con su paciente en alguna forma o por alguno de los factores antes mencionados, de ahí la importancia de investigar los procesos de identificación en el psicoterapeuta.

Sabemos que todas las identificaciones, los fragmentos de objetos externos internalizados, con los cuales es identificado un determinado sujeto van a cristalizar en la identidad: que es un proceso de interacción continua de tres vínculos de integración, que Rebeca y León Grinberg (1971) denominan de integración espacial, temporal y social.

LA RESONANCIA

La relación psicoterapeuta-paciente es una relación dual en la que dos sujetos se ponen en interjuego como dos objetos. El psicoterapeuta es sujeto y a la vez objeto del paciente y el paciente es sujeto y a la vez objeto del psicoterapeuta. En este interjuego entran a funcionar, por supuesto, ambas personalidades, ambos cuerpos y ambas psiques en un contexto profesional y en un espacio concreto que es el lugar de la consulta. El uno y el otro poseen su propio careotipo biológico y metafóricamente podríamos decir que poseen su propio careotipo psicológico.

También ambos proceden de un ambiente en el que desarrollaron una peculiar relación social con una familia distinta y probablemente con metas distintas. Sin embargo, y a pesar de esas grandes diferencias podríamos decir que los dos poseen la experiencia del nacimiento, que fueron infantes, niños, adolescentes, ambos en alguna forma realizaron el esfuerzo de su desarrollo y si bien es cierto que son personas muy diferentes, son personas que pudieron compartir cierto tipo de experiencias parecidas.

El psicoterapeuta es una persona que llegó a una determinada evolución de su personalidad y voluntariamente decidió su profesión, logrando en esta forma darle a su personalidad un sentido vocacional y ocupacional; para serlo se esforzó en disciplinar su personalidad a través de su propia psicoterapia por lo que se capacitó y entrenó por un periodo suficientemente largo para lograr desarrollar su aptitud como psicoterapeuta.

Podría haber tenido dotes naturales que el estilo de vida, la infancia y adolescencia le facilitarían ser psicoterapeuta o que las habilidades las desarrollara a partir de su propio tratamiento y capacitación, pero no hay que olvidar que sigue siendo una persona (sujeto-objeto) que dentro del marco psicoterapéutico está expuesta a los embates de su propia psique y a los de su objeto de trabajo que es el paciente. El mismo, contratransferencialmente, entra en contacto con sus propios objetos y los objetos del paciente, es susceptible de ser estimulado, motivado y es capaz de identificarse con su paciente.

La identificación es una de las formas mediante la cual la personalidad mantiene e incrementa su funcionamiento intrapsíquico llegando a lograr una identidad y en el caso del psicoterapeuta se da una identidad como tal; es un mecanismo que no cesa a lo largo de toda la vida, oscila dentro de un continuo topográfico dependiendo de la edad y el estado emocional del sujeto. Es más consciente en el niño, y más inconsciente en el adolescente y en el adulto: cualquier niño acepta que quiere ser como su papá, su mamá, su maestro, un ídolo deportivo o un artista cinematográfico, sin embargo, los adultos reconocen poco sus figuras de identificación porque se vuelve un proceso más inconsciente.

También podemos decir que oscila de lo normal a lo psicopatológico, mas en los psicoterapeutas la identificación debe entenderse como un proceso normal de diferente intensidad, ya que éstos son personas integradas y con muchas necesidades resueltas tanto por su propio tratamiento como por su entrenamiento. Aunque como personas también vivieron un desarrollo y están expuestas al devenir de aquellos sucesos de la vida por los que todos pasamos: matrimonio, elección de carrera, muerte de personas cercanas, etcétera.

La identificación por resonancia es otra clase de identificación de tipo emocional y transitoria, que es indispensable para toda relación de objeto estrecha, que no influye de ordinario sobre los rasgos predominantes del Yo ni sobre su sana orientación.

Se puede describir este tipo de identificación con decir que el duplicado simultáneo de la experiencia mental del objeto viene a egotizarse —esto es, a convertirse, por decirlo así, en un "producto de resonancia" dentro del propio Yo—. (...) puede ser comparado al fenómeno físico del acorde musical que, tocado en un piano, encuentra su eco en otro instrumento. Tal resonancia, tal idéntica vibración puede verificarse sólo si el segundo instrumento tiene cuerdas idénticas a las del primero; las ondas sonoras son entonces gemelas en su frecuencia. Y la duración de la nota musical duplicada está limitada a la de la nota original; sólo mientras ésta vibra, puede resonar la otra y aún puede continuar resonando por breve tiempo, debido a la inercia, hasta cuando la primera cesa de vibrar (Weiss, E, 1957).

En esta forma, la necesidad infantil del sujeto logra ser satisfecha no directamente por resonancia, para lo cual requiere de un objeto externo. Un Yo que se ha desarrollado adecuadamente, en el que sus funciones se encuentran bien evolucionadas, y puede dar satisfacción a deseos infantiles y de otro tipo sin tropezar con dificultades en su cohesión, por resonancia en su devenir regresivo.

Puede permitirse la satisfacción de tales deseos cuando cede la experiencia original a un Yo externo conveniente (objeto) y se limita a compartir la experiencia de las satisfacciones deseadas. En cambio, muchas situaciones emocionales que de ser experimentadas directamente, amenazarían la integración del Yo cohesivo y maduro, pueden en su calidad de relaciones objétales enriquecer a ese mismo Yo sin causarle trastorno alguno.

"La satisfacción por resonancia satisface al propio narcisismo (amor a sí mismo)" (Weiss, E. 1957). Cuando un individuo se identifica mediante la resonancia con un niño, para compensar las frustraciones narcisistas sufridas en un determinado periodo de su vida, equipara al niño, en cuanto objeto externo, con su propio Yo de una época anterior, claro que por regresión al servicio del Yo. Un ejemplo cotidiano

lo encontramos en el padre que ama en su hijo una antigua parte de sí mismo.

Muchos deseos de etapas anteriores del desarrollo no desaparecen sino que se mantienen latentes esperando la oportunidad de ser satisfechos mediante cualquier forma; la satisfacción por resonancia es una de las formas por las que ese deseo es nuevamente investido de catexia y así satisfecho.

Edoardo Weiss (1957) sostiene que en los adultos no existen en forma latente deseos insatisfechos de etapas anteriores del desarrollo, sino que existen estados latentes que fácilmente pueden emerger y catectizarse mediante la resonancia, mismos que, dice, pueden ser comprobados en momentos de un peligro grave e inmediato. El individuo tiene a menudo la experiencia de una rápida, pero clarísima visión retrospectiva de toda su existencia, que no sólo se recuerdan sino se viven de nuevo con todos los afectos que la acompañaron anteriormente.

Un fenómeno parecido se da en la reacción de duelo, y también se puede comprobar por medio de la hipnosis. Los psicoterapeutas frecuentemente lo comprobamos en nosotros mismos y en nuestros pacientes mediante la regresión o cualquier otro fenómeno que altere la emocionalidad del Yo.

La satisfacción por resonancia implica una selección del objeto de amor distinta de la anaclítica y es definida como "selección del objeto de amor de tipo narcisista" (Freud, 1914). La selección anaclítica y la selección narcisística no son incompatibles entre sí, por el contrario, van generalmente combinadas. El componente erótico anaclítico determina, en la relación amorosa, el elemento de tomar o pedir, en tanto que el narcisístico exteriorizado determina el elemento de dar.

La exteriorización de diferentes elementos de la personalidad pueden desdoblarse en dos papeles: el que se exterioriza es cedido al objeto externo y el otro es conservado para sí mismo, para el Yo. Este es el caso de elementos como el narcisismo y las tendencias orales, anales y fállicas insatisfechas.

La bisexualidad representa un claro ejemplo de cómo la personalidad puede satisfacerse en forma normal mediante la resonancia: el sujeto cede al otro su parte femenina si es hombre o su parte masculina si es mujer y conserva para sí su identificación, satisfaciendo en el otro el papel contrario al que es. Elementos como lo son los instintos parciales: voyerismo-exhibicionismo, necesidad de caricia, tendencias moderadas sadomasoquistas, olores, sabores, son elementos que también al exteriorizarse en el otro se satisfacen.

En la situación de psicoterapia suele suceder que el terapeuta haya vivido momentos parecidos a los de sus pacientes, durante la infancia o la adolescencia y como él ya no será nunca niño ni adolescente se permite satisfacer esos deseos vividos o situaciones parecidas con gusto y satisfacción.

Exteriorizamos no solamente aquellas cualidades y deseos que podemos gozar por resonancia, sino también los que rechazamos en nosotros mismos. Muchas veces es difícil reconocer en nosotros mismos alguna debilidad o impulso condenable, como la crueldad, la injusticia o cualquier perversión. Pero si conseguimos separar de nuestro Yo, no proyectar, tales sentimientos o impulsos, y los reconocemos en algún semejante experimentamos a través de la resonancia su satisfacción, en cuyo caso podemos tener una reacción de odio y agresividad contra el otro individuo y así rectificar nosotros, y en vez de autoagredirnos y condenarnos, condenamos a la otra persona.

CONTRATRANSFERENCIA Y RESONANCIA

La contratransferencia, modalidad técnica terapéutica en la relación de objeto, viene a representar dentro de la psicoterapia un pilar muy importante para las identificaciones. En todas las áreas de la vida del conocimiento la identificación significa: el hijo se identifica con el padre, la hija se identifica con la madre, el alumno se identifica con el maestro, el agredido se identifica con el agresor, el paciente se identifica con su psicoterapeuta y a su vez el psicoterapeuta inconscientemente tiene la opción de identificarse con el paciente.

Dentro de la situación psicoanalítica no resulta extraño que la contratransferencia pueda ser un obstáculo en la relación psicoterapéutica y a la vez un instrumento tanto de diagnóstico como de tratamiento en el proceso psicoterapéutico mismo.

La identificación del paciente con el psicoterapeuta puede operar en su fantasía como una identificación negativa o ser un instrumento psicoterapéutico positivo; esto último favorece la identificación con el terapeuta como un aprendizaje aprovechable y óptimo. A su vez el psicoterapeuta, persona al fin, con el deseo y la disposición de ayudar y técnicamente preparado para hacerlo, queda en posición de identificarse con su paciente debido a la regresión y a la identificación, pero siempre gracias a la subjetividad disciplinada que posee en beneficio de su paciente.

Es inevitable tal identificación, porque los pacientes en la transferencia se vuelven persistentes, desean que el psicoterapeuta repita contratransferencialmente lo que ellos transferencialmente insisten que se repita; y al parecer a partir de la disciplina, los pacientes campeones en su psicopatología provocan que el analista se identifique con ellos. No es un error, no es una anomalía, es un fenómeno propio de la situación psicoterapéutica.

¿Qué analista no se identifica con las cosas buenas de su paciente?
¿Qué analista no se ha identificado con los logros positivos de un analizado? ¿Cuántas veces los pacientes no invitan al analista a que, en un gesto de agradecimiento, se identifique con ellos y obtenga los beneficios que ellos obtuvieron a través del análisis? Situación muy tentadora, pero el psicoterapeuta técnicamente entrenado, subjetivamente entrenado, lo hace en beneficio del paciente y al final en beneficio propio. Es inevitable que el proceso de identificación opere durante toda la vida y mientras más adultos y más entrenados sean los analistas más inconsciente será el proceso de identificación.

Es así como la contratransferencia, sensación global del psicoterapeuta, no es únicamente una sensación y sentimiento de lo vivido en su infancia y revivido con su paciente como un error cronológico, se vuelve

instrumento y en la disciplina del psicoterapeuta de esta forma ayuda a su paciente en la identificación con él, concordante y complementaria (Racker, 1969) por resonancia.

La identificación concordante, según Racker es:

Basada en la introyección y proyección o, en otros términos, la resonancia de lo externo en lo interno, en el reconocimiento de lo ajeno como propio "esto (tú) soy yo" y en el reconocimiento de lo ajeno como propio, "esto (yo) eres tú" (...) Cuando mayores sean los conflictos entre las propias partes de la personalidad del analista, tanto mayores serán las dificultades para realizar identificaciones concordantes en su totalidad (Racker, 1969).

Las identificaciones complementarias, también mencionadas por Racker (1969), son aquellas donde el psicoterapeuta en un esfuerzo por entender a su paciente se identifica con los objetos internos del analizado. Así, "parece que en la medida en que el analista fracasa en éstas y las rechaza, se intensifican determinadas identificaciones complementarias. Se entiende que el rechazo de una parte o tendencia propia del analista, por ejemplo, de su agresividad, lleva a un rechazo de la agresividad del analizado" (Racker, 1969).

Con lo que la identificación concordante fracasa y la situación conlleva a una identificación complementaria principalmente con el objeto rechazante, hacia el que está dirigido tal impulso agresivo.

Ambas identificaciones, concordantes y complementarias, lo mismo que las identificaciones por resonancia, corresponsan a una situación contratransferencial.

Quiero referirme ahora en particular a las identificaciones por resonancia. Son identificaciones que pueden ser primarias: el psicoterapeuta las identifica sólo por su lenguaje preverbal, se identifica en su inconsciente con los preconceptos, heredados en una matriz indiferenciada y donde predominan los principios del placer y el narcisismo primario; son resonancias patológicas y difíciles de resolver en cualquier analista. Pero las identificaciones secundarias, regidas por el principio de realidad y por el proceso secundario del pensamiento,

son identificaciones algunas veces patológicas, en su mayoría saludables tanto para la vida del psicoterapeuta como para la del paciente.

¿Qué terapeuta no gratifica por resonancia, por proceso secundario, por principio de realidad, sus frustraciones infantiles, adolescentes y residuales ante cualquier etapa de desarrollo de su paciente? No es antiético hacerlo siempre y cuando esta sensación de gratificación sea transmitida en alguna forma al paciente, el cual al ser retroalimentado se beneficia en forma positiva. A los pacientes les favorece más tener psicoterapeutas satisfechos, aunque sea por resonancia, que tener psicoterapeutas insatisfechos y envidiosos contratransferencialmente. La resonancia, este proceso de hacer lo tuyo mío y a la vez devolvértelo, genítalmente resulta una identificación positiva tanto para el psicoterapeuta como para el paciente.

Es importante para el analista no quedar anclado en lo que Kernberg llama fijaciones contratransferenciales crónicas, que en general son tan perjudiciales para él como para su paciente. Estas fijaciones se definen como la:

Reaparición de antiguos patrones caracterológicos de tipo neurótico en el analista, que no obstante haber sido abandonados, se reactivan con determinado paciente. Esta reaparición suele asumir una modalidad muy peculiar; la patología del analista va moldeándose en la interacción terapéutica y llega a asemejarse o complementar la estructura de la personalidad del paciente hasta tal punto que ambos parecen estar recíprocamente "preensamblados". Lo que ocurre en esta circunstancia es que las defensas caracterológicas de tipo neurótico son la protección más segura que encuentra el analista contra las ansiedades primitivas que tienden a aparecer en su contratransferencia, y la particular formación caracterológica complementaria que establece con el paciente, es el resultado de la mutua influencia que la identificación proyectiva ejerce en ambos (Kernberg, 1979).

En otras palabras, es este el sentido que da Racker (1969) a la identificación complementaria: cuando el Yo del analista se identifica con el Yo del paciente, el Super Yo del analista con el Super Yo del paciente y el Ideal del Yo del analista con el Ideal Yo del paciente se forma una estructura patológica y dañina para ambos.

Ahora, si retomamos a Meninger y Holzman:

No debemos olvidar que el psicoanalista mismo tiene inconsciente y que también él está expuesto a la persistente tentación de permitirse técnicas y objetivos infantiles, pensamiento mágico y cosas por el estilo, sin embargo, mientras que el paciente posee muchos incentivos para hacer tales cosas, el psicoanalista tiene muchas razones para no hacerlas y cuenta con mucho apoyo para resistir a sus tentaciones (...) Ahora bien, todo ajuste entre dos individuos acarrea ciertas gratificaciones y ciertas frustraciones para los dos. Las gratificaciones tienden a establecer una unión más sólida entre ambos, tienden hacia la integración, hacia el contacto, hacia el amor (Meninger y Holzman, 1974).

Y éstas pueden darse por medio de la identificación por resonancia.

Así pues, la identificación por resonancia, lejos de ser una frustración que sólo lleva hacia actitudes hostiles y hacia la separación y fracaso del tratamiento, es una fuente de estabilidad de la situación psicoterapéutica. Todo terapeuta psicoanalítico debe conocer que la satisfacción y gratificación de tendencias infantiles, orales, anales, fáticas, de la adolescencia y sobre todo genitales que le gratifiquen, y por resonancia le permitan identificarse con su paciente, son identificaciones saludables para él y para su paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- FREUD, S., "Estudios Sobre la Histeria", en *Sigmund Freud, Obras Completas*, Tomo i, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, España, 1895.
- FREUD, S., "Tótem y Tabú", en *Sigmund Freud, Obras Completas*, Tomo II, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, España, 1912.
- "Introducción al Narcisismo", en *Sigmund Freud, Obras Completas*, Tomo II, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, España, 1924.
- "Duelo y Melancolía", en *Sigmund Freud, Obras Completas*, Tomo n, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, España, 1915.
- "Psicología de las Masas y Análisis del Yo", en *Sigmund Freud, Obras Completas*, Tomo m, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, España, 1921.
- "El Yo y el Ello", en *Sigmund Freud, Obras Completas*, Tomo ra, 3ª ed., Biblioteca Nueva, Madrid, España, 1923.
- GRINBERG, L. Y GRINBERG, R., *Identidad y camino*, Ediciones Kargieman, 1971.
- GROTSTEING, J. S., *Identificación proyectiva y escisión*, Gedisa, 1981.
- HALL, C.S. Y LINDLEY, G., "La teoría psicoanalítica de la pertonalidad", *Biblioteca del Hombre Contemporáneo*, Paidós, Argentina, 1976.
- HARTMAN, H., *Ensayo sobre psicología del Yo*, Fondo de Cultura Económica, México, 1950.
- KERNBERG, O. F., *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*, Paidós, Argentina, 1979.
- KLEIN, M., "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides", citado por Grotstein en *Identificación proyectiva y escisión*, 1946.

- KLEIN, M, "Sobre la identificación", citado por Grotstein en *Identificación proyectiva y escisión*, 1955.
- KORMAN, J., *Teoría de la identificación y psicosis*, Nueva Visión, 1977.
- LAPLANCHE, J. Y PONTALIS, V. B., *Diccionario de Psicoanálisis*, 2ª reimpresión, Labor, 1979.
- MENNINGER, K. Y HOLZMAN, P., *Teoría de la técnica psicológica*, Psique, 1974.
- RACKER, H., *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Paidós, Argentina, 1969.
- REMUS-ARAICO, H., "Identificación y Cambio Social", xxxiv Congreso Internacional, Asociación Psicoanalítica Internacional, Hamburgo, República Federal de Alemania, 1985.
- WEISS, E., *LOS fundamentos de la psicodinámica*, Psique, Buenos Aires, 1957.

LA CONTRATRANSFERENCIA Y EL ACTING OUT EN LA RELACIÓN PSICOTERAPÉUTICA

Tanto en la psicoterapia individual como en la psicoterapia grupal el fenómeno de la contratransferencia es un proceso que da dirección y hasta intensidad a las mismas. Existen corrientes psicoterapéuticas que lo describen pero no lo usan; algunas lo utilizan como instrumento de diagnóstico y/o de tratamiento, y otras no sólo no lo describen ni lo utilizan sino que lo niegan. Sin embargo, desde el punto de vista psicoanalítico es un proceso técnico inherente al psicoanálisis mismo. Y así, como muchos conceptos psicoanalíticos han trascendido los consultorios para volverse psicología general de las relaciones humanas, el concepto de contratransferencia no se ha quedado atrás.

Dicho término se utiliza para describir la totalidad de los sentimientos y actitudes del psicoterapeuta hacia su paciente y para describir aspectos concretos de relaciones humanas no terapéuticas tanto normales como patológicas (Sandler, 1973). Pero en realidad lo que en este capítulo nos interesa es el concepto restringido de contratransferencia, usado por Freud cuando se refirió al actuar del psicoanalista:

Hemos llegado a ser conscientes de la contratransferencia que surge en él como resultado de la influencia del paciente sobre sus sentimientos inconscientes y estamos casi inclinados a insistir en que él debe reconocer esa contratransferencia en sí mismo y superarla..., ningún psicoanalista más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas Freud (1910).

En su sentido más estricto la contratransferencia siempre debe referirse a aquellos problemas o conflictos no resueltos que surgen en el psicoterapeuta durante el curso de su labor terapéutica con el paciente y que por su naturaleza pudieran obstaculizar el tratamiento. Winnicott, en 1960, describe a la contratransferencia como las características neuróticas del psicoterapeuta que echan a perder su actitud profesional y obstaculizan y perturban el proceso psicoterapéutico de un determinado paciente.

En este tenor fue tratado el tema de la contratransferencia, pero ya en 1960 se trabaja como un concepto global, no solamente es algo que limita el tratamiento, sino también es un fenómeno que puede ser utilizado como diagnóstico y asimismo ser puesto al servicio del paciente.

Uno de los grandes inconvenientes es que la contratransferencia es por definición inconsciente, sin embargo, existe un tipo de contratransferencia consciente, que nace ya sea de la historia, complejos, fantasías, tendencias del psicoterapeuta o de la situación terapéutica y producida por el paciente.

Un psicoterapeuta responsable de su labor siempre está al pendiente de lo que transferencialmente el paciente intenta que él repita contratransferencialmente. El psicoterapeuta psicoanalítico sabe que tiene que lidiar con contratransferencias positivas y negativas, que surgen de sus contenidos internos o son provocadas por el ambiente psicoterapéutico, pero sabe que se van a presentar y que es normal su presencia, pues es imposible que en esa relación de objeto tan intensa como lo es la psicoterapia no se den. Así que, es su responsabilidad hacerla consciente, darse cuenta de ella y hasta donde sea posible ponerla adecuadamente al servicio de su paciente.

La contratransferencia no es sólo lo nacido de los impulsos, tendencias, deseos frustrados o insatisfechos y no sólo es lo que el paciente quiere o inconscientemente nos hace sentir; se trata de un proceso de integración más complicado, de lo que el psicoterapeuta es, sabe o se ha adiestrado y lo que el paciente es, y quiere que tanto consciente como inconscientemente se piense de él. Es un grado de integración a

niveles verbales pero también a niveles preverbales, que efectivamente produce ansiedad en el psicoterapeuta, misma que tiene que ser controlada y puesta al servicio del tratamiento del paciente. Proceso difícil que puede entorpecer el tratamiento o favorecerlo dependiendo de la habilidad clínica del psicoterapeuta, pero que aparece siempre en todo tratamiento.

Metapsicológicamente podríamos explicar la contratransferencia de la siguiente forma:

1. En el psicoterapeuta existen impulsos que tienden a expresarse, tal vez impulsos domados, pero impulsos.
2. La relación psicoterapéutica se encuentra enmarcada dentro de una situación teórico clínica de relaciones de objeto, donde es claro que el paciente es objeto del psicoterapeuta, objeto sobre el que se va a poner en primer lugar una fantasía y realidad de curación, pero del cual se espera que gratifique o frustre al psicoterapeuta.

Como objeto el paciente puede representar un objeto parcial o total, puede llegar a ser un objeto con el que se establezca una relación de tipo narcisista, es decir, que el paciente se convierta en una extensión del psicoterapeuta. Puede también establecerse una relación simbiótica con el paciente y así una relación de objeto profesional y madura que permita al psicoterapeuta ayudar a su paciente lo más libre de ansiedades que sea posible.

A continuación exponemos diversos puntos de vista:

- a) Dinámico, encontramos en el psicoterapeuta que sus energías, su fuerza psicológica pueden dirigirse a los pacientes en diferentes formas: el paciente puede representarle una relación de objeto con la madre, con el padre, con algunos de los hermanos, con alguna figura significativa que lo gratificó o que lo frustró, y es entonces cuando la contratransferencia se manifiesta no tanto en la dirección adecuada del tratamiento del paciente, sino más bien en la dirección dinámica del psicoterapeuta.

Dinámicamente la dirección de la contratransferencia debe estar dirigida hacia el objeto paciente dentro de un marco racional y * de juicio de realidad, si así es, el paciente y el psicoterapeuta trabajan bien y es sublimatorio para ambos.

- b) Económicamente hablando, el psicoterapeuta hará una mala distribución de su energía, poniendo más esfuerzo en unos pacientes que en otros, y no por la dificultad real del paciente sino por la reacción contratransferencial que obliga al psicoterapeuta a dedicarle más energía a determinados pacientes; y dentro de un paciente en especial más energía a unos problemas que a otros dependiendo de la propia distribución de energía contratransferencial. Trabajando dentro de un marco de juicio de realidad y donde el paciente es el paciente, el psicoterapeuta podrá distribuir su energía adecuadamente en el manejo de un paciente fortaleciendo así su reacción contratransferencial en forma consciente.
- c) Desde un enfoque estructural, muchas reacciones contratransferenciales son propias de impulsos del Ello, otras del Superyó y las más profesionales serán reacciones yoicas. Ningún psicoterapeuta está exento de reacciones contratransferenciales tanto super yoicas como nacidas del Ello, sin embargo, el objetivo de su entrenamiento es que todas sus reacciones contratransferenciales sean yoicas para que de esta forma sus funciones actúen coordinadamente en beneficio del tratamiento, es decir, favorezcan la alianza terapéutica en lugar de entorpecerla.

Para un buen manejo contratransferencial destacan como muy importantes las funciones de prueba de realidad, regresión al servicio del Yo, tolerancia a la frustración, la fortaleza del Yo observador, el control de impulsos y el manejo de afectos. Lo cual no implica que se reste importancia a todas las demás funciones yoicas.

Si lo que deseamos es que la relación psicoterapéutica sea una relación profesional queda establecido que debe ser una relación yoica, más que ellica o super yoica. El sistema defensivo del psir

coterapeuta también se pone a prueba en las relaciones contratransferenciales, ya que puede caer en posiciones defensivas patológicas como una identificación proyectiva o utilizar cualquier otro sistema defensivo inadecuado.

- d) Genéticamente, las reacciones contratransferenciales pueden depender de fijaciones orales, anales o fálicas. El psicoterapeuta puede estar predispuesto a ver y sentir con más claridad cierto tipo de contenidos y reacciones dependiendo no sólo de una etapa de fijación sino también de una de sobresatisfacción. Kernberg (1979) reporta que Reich diferencia entre reacciones contratransferenciales "permanentes" y "agudas", definiendo a las primeras como el resultado de un desorden caracterológico del psicoterapeuta, y a las segundas como la consecuencia de diferentes manifestaciones contratransferenciales del paciente. Es decir que para Reich (1960) la contratransferencia puede tener un origen caracterológico, permanente y difícil de resolver.

Atendiendo a la normalidad y anormalidad del psicoterapeuta, la contratransferencia puede ser expresión de un trastorno neurótico, psicótico, borderline, narcisista, psicósomático o de otra índole, y bajo estos casos sí sería una contratransferencia más bien obstaculizante y desorganizante para el terapeuta.

La contratransferencia nacida de núcleos genitales y mecanismos sublimatorios del Yo permite al psicoterapeuta trabajar contratransferencialmente libre de conflicto y de ansiedad, ya que muchos conflictos pueden ser reavivados por el paciente. Además el psicoterapeuta con estas características está abierto y dispuesto a captar el mensaje transferencial que el paciente envía.

- e) La hipótesis adaptativa también explica la reacción contratransferencial. Parafraseando a Hartman (1962), podemos decir que un psicoterapeuta bien adaptado es aquel cuya productividad y habilidad para desempeñarse como terapeuta le reportan suficientes suministros para disfrutar la vida, y que su trabajo no altera su equilibrio mental.

Así, el punto de vista adaptativo implica que se incluya el estudio de las relaciones que existen entre el medio ambiente tanto del paciente como del psicoterapeuta; el medio ambiente de la relación psicoterapéutica y cómo influye éste en la reacción contratransferencial. Entre las suposiciones adaptativas propuestas respecto a que "existen estados psicológicos de adaptabilidad y procesos de adaptación en cualquier momento de la vida" (Rapaport, 1962), podríamos agregar que los procesos de adaptación en los diferentes momentos de la vida del psicoterapeuta son diversos y asimismo tenderán a provocar distintas reacciones adaptativas, ya sean éstas autoplásticas o aloplásticas. Cualquier rigidización de ellas produciría una alteración contratransferencial, que por consiguiente afectaría al paciente.

Sin embargo, si consideramos que en la adaptación de la interacción terapéutica el psicoterapeuta tiene que hacer una adaptación a cada paciente, y que esta adaptación puede ser con unos autoplástica y con otros aloplástica, suponemos que es preferible buscar una reacción contratransferencial aloplástica, que modifique saludablemente al paciente, y no una adaptación autoplástica donde el psicoterapeuta se adapte a sí mismo contratransferencialmente dejando intacto al paciente o, de otro modo, fortalezca la adaptación negativa del propio paciente. La realidad es que tanto paciente como psicoterapeuta se adaptan mutuamente haciendo de cada nueva adaptación un nuevo equilibrio.

En otro orden de ideas, el concepto de *acting out*, como muchos otros términos psicoanalíticos ha sufrido cambios y ampliaciones, pero ha sido usado en dos formas principales según Sandler:

1. Para explicar algunos procesos del comportamiento que surgen durante la psicoterapia psicoanalítica y que aparecen precisamente a consecuencia de ésta. El concepto se refiere a contenidos mentales como deseos, tendencias, recuerdos, complejos que buscan una vía de salida hacia la conciencia, como resultado de haber sido revividos en la situación de tratamiento psicoterapéutico de tipo psicoanalítico. "Tales contenidos son actuados más bien que recor-

dados. Si estos contenidos envuelven a la persona del analista, se les ha llamado *acting out* en la transferencia" (Sandler, 1973). Pero el *acting out* incluye también otras formas de acción relacionadas con el tratamiento psicoterapéutico y motivadas por el mismo.

En su sentido original el *acting out* puede suceder tanto dentro de la hora de tratamiento como fuera de la misma. El término *acting in* se refiere al concepto de *acting out* que sucede durante la hora de tratamiento.

2. El término *acting out* se utiliza para describir modos habituales de acción y conducta producto de la personalidad de cada individuo; modos habituales de acción y conducta que pueden nacer de una patología existente y que son más propios de la personalidad del paciente que efecto del tratamiento. Hartman (1944):

Existe..., un gran número de personas para quienes la conducta social no representa una acción racional sino un *acting out* más o menos neurótico, en relación-con la realidad social. En este *acting out* ellos repiten situaciones infantiles y buscan resolver con ellas sus conflictos intrapsíquicos. Una fuerte dependencia de la realidad puede ser utilizada también para superar temores pudiendo o no tener el carácter de síntoma. Cuáles han de ser los conflictos y tensiones angustiosas superadas por la conducta social, depende de las peculiaridades del medio social. Por otra parte, a veces una modificación de la estructura social que limita esta actividad... lleva a una reaparición de aquellos conflictos que fueron temporalmente superados y precipita una neurosis (cfr. Sandler, 1973).

Sin embargo, el concepto *acting out* ha sufrido por lo menos tres acepciones conceptuales fundamentales:

La primera incluye aquellas conductas de tipo impulsivo que dependen puramente de la psicopatología del sujeto y no de la revivencia de experiencias tempranas en el curso del tratamiento psicoterapéutico.

La segunda considera al *acting out* como un fenómeno que no pertenece a la esfera de las manifestaciones transferenciales, en lugar de en-

tenderlo como una forma particular y especial de manifestar y vehicular la transferencia.

La tercera se deriva de las anteriores acepciones; comprende al *acting out* exclusivamente como compuesto de actuaciones destructivas y libidinales tendientes a entorpecer la tarea analítica, a atacar el encuadre y al analista, sin darle valor a su aspecto comunicativo y expresivo de las fantasías inconscientes.

Como vemos el concepto de *acting out* es utilizado para explicar conductas que aparecen irracionalmente, incluyendo acciones impulsivas, peligrosas y antisociales (Bueno, 1979) y también libidinales.

Es claro que el concepto de *acting out* siempre está referido a la actuación del paciente dentro del tratamiento analítico ya sea dentro de la hora de sesión o fuera de ella, pero como producto del tratamiento. Queda también involucrado el concepto de compulsión a la repetición; donde ambas formas de repetir, por *acting out* o por compulsión, son variantes de la transferencia.

El concepto de *acting out* está muy relacionado con el recuerdo de aspectos reprimidos que buscan la conciencia en los que "el analizado no recuerda nada de lo olvidado y reprimido... lo reproduce... como acto... sin saber naturalmente que lo repite" (Freud, 1914).

Y lo que decimos del paciente lo aplicamos también al psicoterapeuta: el *acting out* contratransferencial puede ser la expresión actuada de aspectos de la personalidad del terapeuta que nada tienen que ver con el tratamiento de su paciente, o conductas y acciones que repite como producto del proceso psicoterapéutico. Estas acciones se dan dentro del consultorio o fuera de él, y pueden ser llamadas *acting in* contratransferencial o *acting out* contratransferencial.

Siguiendo la teoría de los impulsos, se clasifican en agresivos y libidinales. Es decir, existen *actings* agresivos y *actings* producto de la conducta libidinal, y en este último caso de tendencia erótica. El psicoterapeuta en forma contratransferencial actúa irracionalmente

sus represiones e impulsos, sean éstos agresivos o libidinales, y repite compulsivamente en la persona del paciente lo correspondiente a otros objetos. El psicoterapeuta al actuar contratransferencialmente desplaza en el paciente aquellas represiones e impulsos de sus objetos infantiles; en este sentido, al igual que la transferencia, representa un error cronológico.

Las instituciones dedicadas al entrenamiento psicoterapéutico siempre se preocupan por seleccionar personas sin *actings* para ejercer la profesión de psicoterapeutas, y a los candidatos escogidos se les trata de educar y preparar muy bien en el control de impulsos, pues el *acting* es una falla yoica en la función de control de impulsos y prueba de realidad.

Pero es materialmente imposible que se reduzca a cero este tipo de conductas impulsivas, por lo que el psicoterapeuta siempre debe estar al pendiente de reconocerlas para corregirlas, ya que por definición son repeticiones inconscientes.

La actuación contratransferencial agresiva siempre resulta más destructiva y dañina para el psicoterapeuta, el paciente y el proceso psicoterapéutico que la actuación erótica, dado que aquella siempre ataca al Yo mientras que la erótica, sin que sea deseable que aparezca, en alguna forma gratifica tanto el narcisismo del paciente como del psicoterapeuta.

En el desplazamiento, el *acting* contratransferencial agresivo condiciona al paciente a someterse y peligrar permanentemente como agredido y víctima, o bien, identificarse con el agresor y ser constantemente un agresor insatisfecho. Mientras que el *acting* contratransferencial erótico, cuyo principal daño es dejar una gran fuerza omnipotente por haber derrotado al psicoterapeuta y fortalecido la resistencia, siempre deja la posibilidad de repetir en el desplazamiento con un objeto no transferencial la relación actuada por el psicoterapeuta.

A continuación reporto los resultados de una encuesta de opinión en la que se investigó si el *acting out* contratransferencial agresivo era

más dañino que el *acting* contratransferencial erótico, tanto para el paciente como para el psicoterapeuta mismo. Ambos *actings* en cualquiera de sus manifestaciones.

La encuesta se aplicó a 23 psicoterapeutas formados psicoanalíticamente. De los cuales se tuvo que descartar a tres por ser poco confiables, ya que respondían en forma muy ambigua; quedando entonces 20 sujetos, cuyas edades oscilan entre 30 y 45 años de edad; ocho de ellos tienen entre 30 y 35 años; siete entre 36 y 40 años; y el resto, cinco de ellos, más de cuarenta años. En cuanto al sexo, 13 de ellos son del sexo femenino y siete del sexo masculino.

Las encuestas se aplicaron en la siguiente forma: seis en grupo y las restantes en forma individual.

La encuesta consistió en explicarles por escrito el concepto de *acting out* contratransferencial, ya mencionado aquí, y también la diferencia entre *acting* contratransferencial agresivo y *acting* contratransferencial erótico. Asimismo, se les transmitió la idea de que el psicoterapeuta es un profesional que se ha adiestrado en el control de su conducta y no tenían por qué presentar comportamientos con *actings* de ningún tipo. Sin embargo, 19 de los 20 seleccionados aceptaron que el *acting* contratransferencial, sea agresivo o erótico, se presenta en todo tratamiento psicoterapéutico con diferentes intensidades dependiendo del psicoterapeuta y del paciente.

De los 20 seleccionados, 100% estuvo de acuerdo en que no debería presentarse el *acting out* contratransferencial de ningún tipo en la situación psicoterapéutica; aunque, también 100 por ciento opinó que es imposible evitar alguno de los *actings out* contratransferenciales, así como su intensidad, que depende de los factores de personalidad del psicoterapeuta y del paciente, así como de la situación psicoterapéutica integrada.

Dieciocho de ellos opinaron que el *acting out* contratransferencial agresivo es más dañino que el *acting out* contratransferencial erótico, y de

éstos, cinco consideraron que en ocasiones el *acting* contratransferencial erótico no es erótico sino agresivo.

Las dos psicoterapeutas restantes, opinaron textualmente lo que sigue:

"Considero que para hablar de cuál de los dos *actings* contratransferenciales es más perjudicial, el *acting out* contratransferencial agresivo o el seductor, tenemos que ver cuál es la consecuencia última del mismo. Si estamos hablando del fin último del *acting* contratransferencial agresivo entonces podríamos pensar que éste es más perjudicial. No creo que se pueda generalizar; creo que depende del grado en que se presente y de las consecuencias que tenga."

Después de opinar sobre los dos primeros puntos la otra psicoterapeuta señaló: "Ahora bien, es indudable que el *acting* agresivo en su mayor expresión, sería matar al paciente, sería irremediable... Sin embargo, se tendría que ver dentro del contexto individual de cada paciente y dentro de la reacción transferencial".

Ahora, para ejemplificar, presenta una viñeta:

E, paciente de 34 años, que se internó en MENDAO por problemas de drogadicción, manifestó en su primera semana de estancia gran aceptación a las normas de la institución; participaba en todo y cooperaba en muchas acciones de trabajo con el personal (lavando, recogiendo, limpiando las instalaciones). Estaba consciente de que era su última oportunidad para ayudarse, así que en las sesiones psicoterapéuticas individuales expresaba el esfuerzo tan grande que le implicaba dejar de fumar marihuana; sus temores a tener un daño orgánico.

En sus delirios veía a la abuela muerta, que le decía que era su última oportunidad y que le había mandado a una mujer para que lo quisiera, la cual era una de sus compañeras que se encontraba internada por depresión. Ambos iniciaron una relación que tuvo muy poca duración, unos cuantos días.

E se sintió tan mal cuando ella decidió terminar la relación, que quería irse y dejar su tratamiento; durante dos semanas su comportamiento fue insoportable tanto en la comunidad terapéutica como en las sesiones, en las cuales argumentaba que "estaba muy bien, que ya no necesitaba de la institución, que todas las mujeres eran unas engañadoras, que no sabía si yo lo era, pero conocía a muchas psicólogas nefastas que andaban con él por dinero. La institución era un mero negocio, que ya quería irse pero no lo dejaban. Que yo debería de ayudarlo a escapar".

De ser E un paciente accesible, dispuesto a ayudarse, cooperador, se convirtió en un paciente difícil, agresivo, no escuchaba, sin conciencia de enfermedad, demandante al extremo de que yo lo ayudara a salir. Contratransferencialmente empezó a caerme mal, no quería trabajar con él. A nivel comunitario ocurría lo mismo, hasta que en una salida de pacientes se escapó, ayudado por la mujer de la que se había enamorado. A todos nos agradó su fuga aunque después reconocimos que había sido una contraidentificación proyectiva, ya que el paciente venía anunciando su fuga desde hacía tiempo y se le facilitaron las cosas para que lo hiciera.

Estuvo fuera un mes, durante el cual empezó a telefonar diciendo que estaba muy mal, que había intentado suicidarse varias veces, teniendo que ser hospitalizado por algunos días, así que pidió regresar. En las sesiones se trabajó el motivo de su regreso, estar con la mujer que le gusta, así que si ella lo volviera a rechazar caería en una depresión mayor.

Permaneció internado nuevamente por un mes, aunque fuera de las sesiones se registraron dos incidentes: una crisis epiléptica de pequeño mal, en la que lo acompañé durante el periodo de confusión, y por otra parte, su intento de escaparse metido en la cajuela de un carro; al verse descubierto reaccionó agresivamente rompiendo cristales, se lastimó y fue llevado a la enfermería, donde yo permanecí a su lado y él me agradeció. A partir de ese momento me convirtieron en un objeto bueno, mientras que a los directivos los vivió como malos. Mi actitud favoreció el trabajo terapéutico.

En un primer momento, mi contratransferencia me llevó a actuar, a no trabajar más la falta de conciencia de enfermedad del paciente y a manejar a nivel institucional la probable fuga. Esta contratransferencia agresiva dañó más al paciente, ya que se fue e hizo actos suicidas. En el segundo momento mi contratransferencia actuada fue la de acompañarlo en los dos episodios más dramáticos para él.

Con esta primera investigación exploratoria no creo haber llegado a la última conclusión, pero sí la considero útil para que sirva de base a futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- BUENO, R., *Revisión bibliográfica y actualización crítica del concepto de acting out actuación*, México, 1979, Tesis (doctorado en Psicología Clínica), Universidad Iberoamericana.
- FREUD, S. "El porvenir de la terapia psicoanalítica", en *Técnica psicoanalítica*, Tomo n, Biblioteca Nueva, Madrid, 1910.
- FREUD, S. *Recuerdo, repetición y elaboración*, Tomo n, Biblioteca Nueva, Madrid, 1914.
- HARTMAN, H., "Psychoanalysis and Sociology", en *Essays on Ego Psychology*, Hogarth Press, Londres, 1964, citado por Sandler, 1973.
— *Psicología del Yo y el problema de la adaptación*, Pax, México, 1962.
- Kernberg, O., *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*, Paidós, Buenos Aires, 1979.
- RAPAPORT, D., MERTON, M. Y GILL, *Aportaciones a la teoría y técnica psicoanalítica*, Pax, México, 1962.
- REICH, A., "Further Remarks on Countertransference" en *Int J. Psychoanal*, 41, citado por Kernberg, 1960.
- SANDLER, J.; DARÉ, CH, Y HOLDER, A., *El paciente y el analista. Un marco clínico del psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires, 1973.
- WINNICOTT, D. W., "Countertransference" en *British Journal of Medical Psychology*, 33, citado por Sandler, 1960.

LA CONTRATRANSFERENCIA EN LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

Antes de ubicar al psicoterapeuta, personaje central en lo consciente e inconsciente del proceso psicoterapéutico grupal, que tiene que tomar en cuenta su propia personalidad, ya que sus actitudes, valores, ideales y demás características de su personalidad pueden influir en el proceso o en la personalidad de sus pacientes, se va a conceptualizar lo que es un grupo terapéutico.

Se hablará de la psicoterapia de grupo sin descuidar conceptos de la psicoterapia en el grupo, considerándolo como una unidad, como una totalidad (Zimmermann, 1979).

El grupo es una reunión de tres o más personas denominados pacientes; tres o más porque si bien es cierto que dos personas forman un grupo, no lo forman en el sentido grupal, pues un paciente y el terapeuta hacen una diada propia para psicoterapia individual, reunión más o menos permanente y voluntaria donde las personas que se reúnen interactúan y se interfluyen entre sí únicamente con fines psicoterapéuticos (Slavson, 1976).

Los integrantes del grupo se reconocen como miembros que se encuentran ubicados dentro de un contexto determinado por el propio terapeuta y aceptan comportarse con base en una serie de valores, normas y límites comprendidos y explicitados dentro del sistema psicoterapéutico, a lo que se denomina contrato terapéutico (González Núñez,

1978). El grupo es al terapeuta grupal lo que el individuo es al terapeuta individual.

Visto así, el grupo terapéutico está conceptualizado como una totalidad. Por su tamaño es un grupo primario, cara a cara. Por su duración es un grupo transitorio, pues pese a ser un grupo abierto, en el que entran y salen pacientes^ ya sea porque dan por terminada su psicoterapia o porque la abandonan, cada que sale o entra un paciente del grupo se conforma uno nuevo, gracias al horario mantenido por el psicoterapeuta por muchos años. Por su formación es un grupo artificial, los miembros fueron puestos ahí por el terapeuta, a diferencia de una familia que es un grupo natural porque ahí nacen sus miembros. En cuanto a sus metas es un grupo de crecimiento y desarrollo personal. Es psicoterapéutico porque ayuda a quitar, detener o descubrir síntomas, principalmente problemas de índole emocional, y puede ser útil para niños, adolescentes y adultos utilizando diversos estilos de diagnóstico (Sprott, 1973).

Como unidad el grupo terapéutico puede ser visto como un organismo, el cual puede poseer distintos órganos que aquí denominamos propiedades (Thelen, 1975).

ANTECEDENTES

Los antecedentes de un grupo psicoterapéutico se forman con los antecedentes de cada uno de sus miembros. Al seleccionar a determinados pacientes para un determinado grupo, el psicoterapeuta ya está formando los antecedentes del mismo. Existen grupos homogéneos y heterogéneos en cuanto a edad, sexo, estado civil, diagnóstico y otros aspectos como la escolaridad, el lugar de origen, si son hijos únicos, de familia integrada o desintegrada, si tienen claras las metas terapéuticas o cualquier otro factor que pueda interesar al terapeuta. Es importante que ningún miembro del grupo esté completamente aislado de los demás, si es posible debe compartir algún aspecto con otro u otros miembros del grupo en tal forma que se sienta acompañado y comprendido, facilitándose así la simpatía y la comunicación.

Cuando se tienen claros los antecedentes individuales de cada uno de los miembros del grupo y éste ya se ha formado como tal, entonces se empiezan a formar sus propios antecedentes: ¿El grupo está formado por personas con una primera experiencia en el trabajo grupal? ¿El grupo está formado por miembros que les gusta el trabajo grupal, que confían en que asimilan este tipo de experiencia o no? Aspectos que conforman los antecedentes grupales.

Cada individuo va dejando algo de sí mismo y queda en el grupo una memoria de su paso y de su trabajo; con frecuencia resultan significativos ciertos hechos de algunos miembros, por ejemplo el caso de un individuo que hereda y le va bien en el proceso testamentario; hecho que queda marcado por mucho tiempo en el devenir y dinámica del grupo terapéutico. Así pues, los antecedentes grupales son todo aquello que compone la personalidad de sus miembros y todo lo que va sucediendo en el grupo.

Los antecedentes grupales de cualquier índole impactan de alguna forma al psicoterapeuta, produciéndole una peculiar contratransferencia que debe ser tomada en cuenta ya sea para el diagnóstico individual y grupal como para el trabajo terapéutico.

LA COMUNICACIÓN GRUPAL

Como en todo grupo la comunicación resulta de vital importancia, pues es a través de la comunicación, tanto verbal como no verbal, que se lleva a cabo el proceso terapéutico. A los miembros del grupo se les pide que comuniquen todo lo que deseen, en forma sincera y confiada, a cambio de la franqueza y discreción de los demás. Se pretende que todo lo que se comunique se haga a un nivel verbal, pues la expresión y elaboración de lo comunicado forma parte del proceso de la psicoterapia.

La psicoterapia de grupo se lleva a cabo mediante el diálogo superficial, mediano y profundo de lo que al sujeto le pasa, utilizando como único instrumento la comunicación, la cual se pretende sea fundamentalmente verbal. Pero así como les pedimos a los miembros del

grupo que se comuniquen con libertad, también les solicitamos • interactúen espontáneamente, ya que también observamos y tomamos en cuenta la comunicación no verbal, la cual contempla la apariencia, la forma de caminar, la forma de sentarse, la expresión facial, los gestos y la forma de interaccionar, aspectos que comunican siempre algún estado emocional importante para el miembro del grupo.

Pretendemos observar, escuchar, reconocer, empalmar, comprender y sobre todo cambiar actitudes no verbales inútiles para el sujeto, y si las podemos traducir en comunicación verbal es mejor,

Nos interesa mucho la comunicación consciente y la comunicación inconsciente. Partiendo de que existe un emisor, un receptor, un mensaje, un código, un camuflaje y cierto ruido en la comunicación; procuramos siempre que la comunicación tanto verbal como no verbal se lleve a cabo en un alto nivel de conciencia. Existen las siguientes posibilidades:

Emisor

consciente
consciente
inconsciente
inconsciente

Receptor

consciente
inconsciente
consciente
inconsciente

Muy importante resulta que la comunicación se realice de consciente a consciente cuando el emisor es el terapeuta y el receptor es el grupo o cualquier miembro del grupo.

El terapeuta cuida que cuando existan comunicaciones entre los miembros del grupo, éstas se encuentren dentro del área consciente.

Los grupos terapéuticos tienden a desarrollar un determinado modo de comunicarse; pueden establecer normas, formas y códigos específicos, que producen un determinado efecto contratransferencial, que el propio grupo alcanza a captar por lo menos de manera inconsciente.

INTERACCIÓN GRUPAL

La interacción grupal es una propiedad lógica de los grupos, pues hasta el más pasivo de los miembros del grupo genera un tipo de dinámica en los demás y los invita a interactuar, ya no digamos de los miembros más activos que no sólo invitan sino que estimulan y motivan a la interacción.

En los grupos terapéuticos es muy importante la interacción terapéutica, que es aquella que beneficia sobre todo emocionalmente a los miembros del grupo.

El psicoterapeuta tiene la obligación de cuidar que las interacciones sean terapéuticas; en algunos grupos podrá estimularlas y en otros tenderá a inhibirlas, pero siempre cuidando que éstas se den en forma espontánea y natural, no forzada, para que beneficien al Yo del paciente y favorezcan su crecimiento.

Algunos autores, como Grotjahn (1979) consideran a la libre interacción grupal como el psicoanalista individual a la libre asociación. La interacción es la forma central mediante la cual se produce la acción terapéutica.

Otros autores como Slavson (1976) prefieren no estimularla en forma activa. La contratransferencia disciplinada del terapeuta determina en gran medida la estimulación o inhibición de la interacción de los miembros del grupo. A su vez, la interacción transferencial es determinante en la contratransferencia del terapeuta.

LA INTERESTIMULACIÓN EN EL GRUPO TERAPÉUTICO

La interestimulación, resultado de la interacción, no es otra cosa que la motivación y activación mutua que se da entre los miembros de un grupo, sobre todo si están esforzándose por lograr el mismo objetivo: su mejoramiento personal. Esta interestimulación puede darse en cualesquiera de las áreas de la personalidad y se lleva a cabo mediante la comunicación verbal, no verbal, individual y grupal.

Cuando un miembro del grupo habla de los problemas que tuvo durante su niñez o adolescencia, interestimula o motiva a los demás a pensar o recordar aspectos de su propia infancia o adolescencia; cuando un miembro del grupo logra tener un éxito promueve e interestimula a que los demás miembros también lo tengan. La interestimulación también se da entre paciente y psicoterapeuta, entre transferencia y contratransferencia; la transferencia tiende a estimular al terapeuta para que ayude al paciente y la contratransferencia tiende a estimular al paciente a dejarse ayudar y a esforzarse por mejorar.

ATMÓSFERA GRUPAL

Los diferentes estados de ánimo o de afecto de los miembros de un grupo son los que determinan la atmósfera grupal.

La psicoterapia psicoanalítica grupal provee a sus miembros de una atmósfera de confianza, discreta y suficientemente intensa que les permite expresarse con absoluta libertad en forma reconfortante. Una atmósfera tensa, enjuiciadora, autoritaria o muy estricta inhibe a los miembros del grupo a verbalizar y expresar sus conflictos.

La atmósfera de los grupos en general está condicionada por factores internos y externos, sin embargo la atmósfera de los grupos terapéuticos debe crearse hasta donde sea posible por factores internos, por estados de ánimo provocados por los propios miembros del grupo.

La contratransferencia se ve afectada por factores emocionales provenientes del mundo interno del terapeuta o por factores procedentes del grupo. El psicoterapeuta conoce la influencia que tiene sobre los miembros del grupo; su contratransferencia disciplinada tiende a mantener al grupo en una atmósfera de trabajo psicoterapéutico. Lo cual significa que no tiene la obligación de darle al grupo una atmósfera relajada, tranquila, de fiesta, aunque si es esa la atmósfera del grupo en un determinado momento, se respeta.

De manera contraria, tampoco debe mantener al grupo bajo una atmósfera tensa, triste, agresiva, desgarradora, pero si así es la atmósfera natural del grupo igualmente tiene que respetarse.

Muchos cambios emocionales se producen bajo el influjo de una atmósfera adecuada para el trabajo psicoterapéutico; el psicoterapeuta colabora en gran medida con su contratransferencia a respetar, mantener o inhibir la atmósfera terapéutica.

SIMPATÍAS Y ANTIPATÍAS ESPONTÁNEAS DENTRO DEL GRUPO TERAPÉUTICO

Este es un fenómeno estudiado por los teóricos de las relaciones interpersonales. Siempre que nos presentan a una persona ésta puede caernos bien o mal, por lo tanto, cuando juntamos a tres o más personas con fines psicoterapéuticos sabemos que existe la probabilidad de que automáticamente simpaticen o por el contrario surjan antipatías inmediatas.

Cuando se forma un grupo psicoterapéutico se busca que esté constituido por personas que posiblemente se caigan bien, pues pese a que esto se logre posteriormente pueden aparecer, simpatías y antipatías entre los miembros, producto de las resistencias o de las transferencias. Fenómeno parecido a lo que llamamos transferencia negativa y transferencia positiva entre los miembros del grupo.

En cuanto al psicoterapeuta, también existe la contratransferencia tanto positiva como negativa hacia el grupo o hacia uno o varios miembros del grupo. Simpatías o antipatías que pueden correr dentro de la vida del grupo, siempre y cuando no se conviertan permanentemente en resistencias o entorpezcan la vida del grupo.

En un determinado momento, un miembro del grupo puede retirarse o ser retirado porque no logra una simpatía con otro, lo cual provoca que su vida grupal terapéutica esté teñida por la antipatía o la transferencia negativa permanente. La tolerancia contratransferencial de antipatía depende de la personalidad de cada psicoterapeuta.

INDUCCIÓN MUTUA

La inducción mutua es un proceso muy parecido a la interestimulación, pero pone mayor énfasis en los factores emocionales. La interestimulación tiene más relación con los aspectos cognoscitivos y connotivos. "El término inducción se ha tomado en préstamo de la física, donde designa el fenómeno eléctrico por el cual la bovina colocada en el campo de otra se carga aunque ambas no se hallen en contacto directo" (Slavson, 1976). Los miembros del grupo se inducen de manera consciente o inconsciente, sobre todo, emociones, sentimientos y hasta pasiones ya sea en forma verbal o preverbal.

En la medida que los sujetos se conocen más profundamente, el proceso de inducción se intensifica junto con el de empatía. En ocasiones, las mujeres de un grupo psicoterapéutico que simpatizan entre sí, casi llegan a lograr por medio de la inducción la sincronización de sus menstruaciones. Otros, por ejemplo, el mismo día y casi a la misma hora, en sus respectivas casas, conversan con sus padres más o menos el mismo tema.

Podemos hablar también de una inducción contratransferencial, peligrosa por subterránea, pero siempre que sea consciente en el psicoterapeuta será el paciente quién más beneficiado salga.

IDENTIFICACIÓN

En todo grupo psicoterapéutico aparece la identificación como proceso, dadas todas las propiedades grupales mencionadas —además de las que se estudiarán más adelante, sin dejar de lado los profundos niveles de expresión y comunicación—, proceso que se da en forma universal en todos los grupos.

Son muchos los aspectos que favorecen la identificación entre los miembros de un grupo: el aspecto físico, los antecedentes personales individuales y sociales, sus experiencias en la vida, la forma de pensar, la forma de sentir, los modales, entre otros aspectos. Algunas son identificaciones positivas y otras son identificaciones negativas. Muchos

actings son producto de estas identificaciones, aunadas al impulso que expresan.

Freud (1921) no habló de la psicoterapia de grupo pero sí de la identificación en la psicología de las masas, transmitiéndonos la idea de que un grupo se conforma como tal cuando sus miembros han logrado identificarse con el líder a través del Super Yo.

El grupo terapéutico es un medio propicio para que se formen identificaciones tanto yoicas como super yoicas. Al psicoterapeuta le interesan sobre todo las identificaciones yoicas, las que mantengan al Yo como las que lo incrementen. Las identificaciones super yoicas en ocasiones son necesarias para algunos pacientes.

Para el psicoterapeuta también son un riesgo las identificaciones con sus pacientes, más si consideramos que éstas por definición se dan a un nivel inconsciente; manejadas conscientemente y no referidas a los pacientes sino al grupo como unidad, suelen ser útiles para el propio psicoterapeuta, porque se enriquece humanamente, y para el paciente porque le ayudan en su progreso terapéutico, permitiéndole ver en el terapeuta una labor de reparación y no únicamente de destrucción, que es uno de los temas más frecuentes en la psicoterapia: el daño que se produce o no a los demás.

INASIMILACIÓN

Es el proceso mediante el cual el grupo asemeja, controla y se apropia de las características personales de sus miembros. Generalmente la asimilación es antiterapéutica porque al asemejar á todos los miembros entre sí no se permite la diferenciación y el progreso personal, sin embargo, en casos de personas con dificultades para aceptar límites —como son los sociópatas, los borderline y los psicóticos—, puede ser útil el proceso de asimilación.

Algunos pacientes tienden a dejarse asimilar por el grupo de tal forma que vuelven Yo sintónico su problemática, y como en el caso de sadismo y masoquismo, no se notaría. También este fenómeno puede

afectar al psicoterapeuta en tanto que el grupo puede intentar asimilarlo, eliminando en esta forma su capacidad creativa y terapéutica.

Un grupo controlador que intenta hacer semejantes a sus miembros siempre produce contratransferencialmente mucha rabia, porque tiende a utilizar al terapeuta para sus fines patológicos y no para su progreso psicoterapéutico.

COHESIÓN GRUPAL

En la medida que los grupos actúan en forma integrada observamos que su cohesión es mayor. La integración es un fenómeno muy parecido a la asimilación; es parecida al fenómeno de integración corporal del organismo cuando se da la absorción completa de un alimento y queda asimilado, integrado al organismo; así, el grupo queda convertido en una totalidad que despoja al individuo de su autonomía personal.

La diferencia con la cohesión es que el grupo absorbe al individuo aunque éste posea ligas de antipatía con otros miembros. El caso de la lealtad extrema, que esclaviza a un miembro del grupo por el alto grado de exclusividad que demanda un sujeto a su objeto, no es el mismo en la cohesión. En ésta el sujeto conserva su individualidad y es libre en sus lealtades.

Generalmente en un grupo cohesionado el grado de antipatías y fricciones es bajo. El grupo actúa cohesionadamente dependiendo también del grado de unificación interna que posean los miembros del grupo. Pacientes con una fuerte escisión no favorecen la cohesión de un grupo.

La actitud del líder formal (psicoterapeuta) es determinante en la cohesión de un grupo. Comúnmente existe un paciente líder (líder informal) que busca mayor reconocimiento por parte del grupo, en ocasiones existen dos ó más líderes informales. Según sea el tipo de demanda del líder informal, la demanda puede ser oral, anal, fálica o simbiótica, con necesidades *rapprochment* (Malher, 1972) o de individuación; o bien una demanda de dependencia, protección o de cualquier otro tipo.

Estas demandas, según sean trabajadas por el psicoterapeuta, favorecerán o no la cohesión grupal.

Existen líderes cooperativos que trabajan terapéuticamente junto con el psicoterapeuta para beneficio del grupo, pero cuando hay una gran rivalidad entre el líder informal y el líder formal, y no tiene solución, puede ocasionarse la expulsión de ese miembro o la desintegración del grupo.

Cuando coincide la contratransferencia del psicoterapeuta con su acción real puede modular la cohesión del grupo, según convenga a sus metas. Resulta claro que la asimilación, la integración y hasta la cohesión son fenómenos que no favorecen la psicoterapia grupal, porque en alguna forma limitan al individuo en sí mismo y en su trabajo personal.

Sin embargo, hay que recordar que partimos de que el grupo es una unidad que en ocasiones resulta benéfica, ya que a través de ella podemos medir el grado de avance del grupo, por ejemplo, cuando se acepta con naturalidad a un nuevo miembro, como en la familia, cuando es aceptado de buena gana la llegada de un nuevo hermano. Otro ejemplo puede ser que los miembros del grupo ayuden cohesivamente a uno de sus integrantes a lograr un éxito personal, el cual se vuelve un éxito grupal.

La cohesión también va a depender del grado de identificación que exista entre los miembros con el líder formal. A mayor identificación más grande será la cohesión.

LA POLARIDAD

La polaridad es otra expresión común de los grupos, es el punto central sobre el que gira la sesión.

Los grupos terapéuticos en general son versátiles en sus polos de trabajo, o sea en su centro de reunión. En un principio el polo central será el psicoterapeuta a consecuencia de la situación transferencial, y podrá serlo cada que exista un conflicto o vivencia transferencial im-

portante, sin embargo, en el transcurrir del proceso psicoterapéutico, la polaridad será ocupada por distintos miembros del grupo y por diferentes temas.

Contratransferencialmente, al psicoterapeuta no le afectan emocionalmente las diferentes polaridades que el grupo muestra. Le corresponde siempre dar una salida psicoterapéutica para el grupo.

INTENSIFICACIÓN EMOCIONAL

Cuando tres o más personas se reúnen con diferentes propósitos generalmente las emociones se ven intensificadas. En los grupos psicoterapéuticos sucede lo mismo, sobre todo cuando llevan mucho tiempo trabajando juntos y conociéndose más profundamente.

La intensificación de los sentimientos es producto de los antecedentes: comunicación, interacción, interestimulación, atmósfera, simpatías y antipatías mutuas, inducción mutua, identificación, asimilación e integración, polaridad y desempeño de roles.

¿Es una ventaja o una desventaja? Es una ventaja si se utiliza técnica y correctamente; es una desventaja porque puede polarizar los afectos negativos y dañar más de lo que debiera a un miembro del grupo o al grupo como tal.

Los pacientes aplanados emocionalmente salen beneficiados con la intensificación de los afectos.

Los pacientes con mecanismos de defensa como el aislamiento, la intelectualización y la racionalización son ayudados eficientemente por esta propiedad de los grupos.

Los pacientes con tendencia al *acting out* y a la dramatización pueden salir afectados si el terapeuta no muestra destreza para manejar la intensificación emocional, ya que la vuelve Yo sintónica a este tipo de paciente.

También la contratransferencia se intensifica en los grupos, es un aspecto que todo terapeuta debe cuidar porque también él puede ser conducido al *acting out*, sobre todo agresivo, dentro de un grupo terapéutico.

Los ROLES

En todo grupo sus miembros empiezan a desarrollar roles según sus propios antecedentes.

En primer lugar, se desempeñan los roles reales de psicoterapeuta y paciente. Existen pacientes como los obsesivos, los narcisistas, los borderline, que muestran dificultades para desempeñar su rol de pacientes.

En segundo lugar, se recurre al repertorio de roles adquiridos durante el desarrollo; se tiende a jugar el rol de madre, padre hijo o hija, según lo hayan aprendido o deseen satisfacerlo. El funcionamiento de este tipo de roles tiende a hacerse rígido en algunos de ellos dado que esto los hace sentir cómodos y seguros.

En tercer lugar, se toman en consideración los roles nacidos del propio funcionamiento grupal provenientes del campo de la dinámica de grupos.

Ya desde 1948 Bradford y en sus laboratorios de adiestramiento en el desarrollo de grupos, clasificaron los roles de la siguiente manera (González Núñez Monroy, A. y Kuferman, 1978):

Roles para la obtención de metas.

Su propósito es facilitar y coordinar los esfuerzos del grupo relacionados con la selección y definición de un problema común y su solución.

Los roles se identifican de acuerdo a las funciones de facilitación y coordinación de actividades para la solución de los problemas del grupo. Algunos o todos estos roles pueden ser desempeñados tanto por el líder del grupo, como por los diferentes miembros en cualquier intervención. Estos roles son:

- a) El iniciador-contribuyente. Es quien sugiere o propone al grupo nuevas ideas o una forma diferente de analizar los problemas.
- b) El inquiridor de información. Es la persona que busca aclarar las sugerencias, en términos de su adecuación a su realidad, para obtener información autorizada y pertinente al problema que se discute.
- c) El inquiridor de opiniones. Es el que cuestiona para definir los valores que conciernen a lo que el grupo está realizando.
- d) El informante. Comenta hechos o generalizaciones "autorizadas" o relaciona en forma adecuada su propia experiencia con el problema del grupo.
- e) El opinante. Expresa oportunamente su opinión en relación a una o varias sugerencias alternativas.
- f) El elaborador. Explica las sugerencias en términos de ejemplos o significados ya desarrollados.
- g) El coordinador. Muestra o clarifica la relación entre las diferentes ideas y sugerencias.
- h) El orientador. Define la posición del grupo respecto a alguno de sus objetivos.
- i) El crítico-evaluador. Supedita las relaciones del grupo a alguna norma o serie de normas de funcionamiento en el contexto de la tarea fijada.
- j) El dinamizador. Estimula al grupo a la acción o a la decisión.
- k) El técnico de procedimiento. Acelera el movimiento del grupo realizando tareas de rutina.

Roles de conservación del grupo

Su objetivo es alterar o mantener la forma de trabajo del grupo, fortalecerlo, regularlo y perpetuarlo como tal. Una contribución dada puede involucrar varios roles, y un miembro o el líder del grupo puede desempeñar cualquiera de éstos en contribuciones sucesivas:

- a) El estimulador. Elogia, acepta y expresa comprensión hacia otros puntos de vista.
- b) El conciliador. Intenta conciliar desacuerdos y mitiga la tensión en situaciones de conflicto.

- c) El transigente. Opera desde dentro de un conflicto en el que su idea u oposición está involucrada.
- d) El guardagujas. Pretende mantener abiertos los canales de comunicación, estimulando o facilitando la participación de otros.
- e) El legislador o yo ideal. Expresa normas e intenta aplicarlas en el funcionamiento o en la evaluación del proceso del grupo.
- f) El observador de grupo y comentarista. Lleva memoria de diferentes aspectos del grupo.
- g) El seguidor. Sigue el movimiento del grupo en forma más o menos pasiva, aceptando el lugar de audiencia en la discusión y la decisión del grupo.

Roles individuales.

Su propósito es algún objetivo personal que no es relevante ni para la tarea psicoterapéutica del grupo ni para el funcionamiento del mismo:

- a) El agresor. Puede operar de muchas maneras: disminuyendo el status, atacando al grupo, burlándose agresivamente, etcétera.
- b) El obstructor. Tiende a ser negativo y tercamente resistente.
- c) El buscador de reconocimiento. Trabaja de diferentes maneras, ya sea vanagloriándose o exhibiéndose para llamar la atención.
- d) El confesante. Aprovecha la oportunidad que proporciona el ambiente terapéutico para expresar sus sentimientos e ideologías, los cuales no interesan al grupo.
- e) El mundano. Alardea de su falta de compromiso en los progresos del grupo, con cinismo e indiferencia.
- f) El dominador. Trata de hacer sentir su autoridad o superioridad, manipulando al grupo o a algunos de sus miembros.
- g) El buscador de ayuda. Busca respuestas de simpatía de otros miembros o de todo el grupo, ya sea mostrando inseguridad, confusión o desprecio de sí mismo sin razón para ello.
- h) El defensor de intereses especiales. Generalmente oculta sus propios prejuicios en el estereotipo que llena mejor su necesidad personal.
- i) El francotirador. Es aquel que busca el error en otro miembro del grupo, para satisfacer su propia necesidad.

- j) El miembro silencioso. Es aquel que permanece callado la mayor parte del tiempo, k) El monopolizador. Suele ser una persona con gran necesidad de status y básicamente insegura a pesar de su actitud externa.

El líder trata de identificarse con el terapeuta, pero mientras éste lo objetiviza, el primero intenta desempeñar su rol en relación con los otros miembros. Adopta la pose, interpreta, encuentra soluciones; desempeña este rol a pesar del terapeuta y trata de obtener unanimidad contra él por medio de la seducción. Aparece entonces la rivalidad y el grupo reacciona rápidamente; surge así el periodo de agresividad que desintegraría al grupo de no ser por la acción de su meta común: la cura.

Es importante considerar los anteriores roles funcionales del grupo ya que éstos se dan invariablemente dentro del mismo y trabajando sobre ellos nos permiten dar un sentido psicoterapéutico óptimo.

Durante la terapia se observa un cambio o incremento de roles, lo cual resulta terapéutico porque flexibiliza al sujeto y enriquece al Yo y al Superyó en sus diferentes funciones intrapsíquicas. El psicoterapeuta asume el rol de líder formal y contratransferencialmente debe estar capacitado para ejercerlo de una manera plástica para beneficio del grupo.

El terapeuta puede estar predispuesto contratransferencialmente a jugar un determinado tipo de rol que no debe rigidizar; casi está obligado a saber desempeñar todos los roles, especialmente los de obtención de mejora y conservación de grupo, sin descartar que los roles individuales pueden utilizarse con fines terapéuticos.

Probablemente los grupos terapéuticos adapten muchas de sus propiedades a las características personales y tesituras contratransferenciales del psicoterapeuta. Ya sea en una institución o en la práctica privada el grupo es formado alrededor del terapeuta, quien desde un principio le da sentido y profundidad, es quien posee la capacidad individual y

técnica para ayudar a sus miembros en el crecimiento, angustias, solución de problemas y manejo de síntomas.

Lo ideal es que el psicoterapeuta sea una persona profesionalmente entrenada para ser una pantalla (Gojthan, 1979) en la que todos los miembros de su grupo proyecten, empaticen, simpaticen, se identifiquen, se rechacen, encuentren resonancia y solución a sus conflictos, principalmente de índole emocional.

Debe estar libre de deseos de dominación en sus pacientes. Que su capacidad sirva de beneficio terapéutico y no para satisfacer su narcisismo; que no haga uso de sus conocimientos técnicos y personales para obtener de sus pacientes logros más allá de los beneficios estrictamente psicoterapéuticos.

Debe poseer suficiente claridad sobre la prueba de realidad que le permita mantener en forma enérgica la abstinencia terapéutica; que la envidia y los celos por las cualidades o logros de sus pacientes no entorpezcan su conciencia y su vida afectiva, la cual debe regirse por el proceso secundario del afecto.

No importando el sexo del terapeuta, éste debe mostrar suficiente capacidad de disposición maternal; tanto las terapeutas mujeres como los terapeutas hombres deben adoptar ante la transferencia negativa y la positiva una actitud maternal, honesta, sincera y cálida, capaz de empujar y motivar a sus pacientes a trabajar para resolver sus conflictos.

Debe poseer suficiente confianza en sí mismo para provocar una respuesta empática, porque dicha característica ofrece la posibilidad real de merecer confianza.

El sentido del humor debe desarrollarse; si bien el proceso psicoterapéutico es doloroso y difícil, en ocasiones el uso del humor es psicoterapéutico, además de que también llega a penetrar en el inconsciente, sobre todo del grupo.

La dinámica del grupo psicoterapéutico implica serias dificultades y obstáculos, lo cual puede conducir al psicoterapeuta hacia el error; la capacidad de aceptar en forma realista sus fallas ayuda al grupo en sus avances, pues promueve la sensación real de que errar es humano y que reponerse y restaurar los errores es sano.

Otra característica técnica de la dinámica promovida por las propiedades grupales es la capacidad de liderazgo terapéutico; esto lo capacita para conducir al grupo hacia sus metas psicoterapéuticas y no a las metas propias del terapeuta o las metas enfermas del grupo.

Los antecedentes personales del terapeuta de grupo, ya sean natural o técnicamente disciplinados a través de su propio tratamiento, son eficaces y útiles en su trabajo. La confianza en sí mismo para ayudar a los demás nace de la seguridad de que en sus antecedentes personales ha podido superar dificultades con eficiencia.

Independientemente de la psicodinámica y la psicopatología personal del psicoterapeuta, éste puede interactuar en forma óptima con sus pacientes, de tal forma que también pueda lograr una interestimulación terapéutica.

El grupo terapéutico requiere de una atmósfera afectiva muy específica que invite a los pacientes a trabajar tanto lo trivial como lo profundo, lo consciente y lo inconsciente, lo doloroso, lo vergonzoso; que los afectos que acompañan a las fantasías orales, anales y fálicas se puedan expresar, que no exista miedo ni temor de ser juzgado. Esta atmósfera deberá ser facilitada por el psicoterapeuta.

Que un terapeuta posea la cualidad de que todo mundo le cae bien es bueno, y si además sabe usarlo en beneficio del grupo es mejor. Cuando los pacientes le caen mal espontáneamente, deberá recurrir a su propio tratamiento; se le plantea la tarea de resolver aquellas situaciones en las que los pacientes en forma automática le caigan mal. La simpatía es una exigencia social, pero terapéuticamente es una exigencia esencial.

Para mantener la autonomía del grupo, la fortaleza yoica se pone a prueba en las propiedades de inducción, identificación, asimilación e integración, polaridad y también en cuanto a la intensificación emocional. Sentirse seguro y confiado de mantener su individualidad y salud mental frente a un grupo, que muchas veces es más fuerte que un solo individuo por más capacitado que esté, debe ser una cualidad importante del psicoterapeuta.

Cuando el grupo lo necesite, el psicoterapeuta deberá manejar el interjuego de roles haciendo funcionar los roles de obtención de metas y de conservación del grupo. Es importante para su labor y sobre todo para el funcionamiento de líder que resulta, como ya se dijo, esencial.

El psicoterapeuta llega al grupo conteniendo en sí mismo todos los elementos que posee cualquier otro miembro, además de la experiencia y la técnica. El psicoterapeuta perteneció o pertenece actualmente a una familia, a algún grupo con determinadas características. Por internalización o por identificación lleva consigo un grupo interno (Pichon-Riviere, 1983), es decir, la representación objetal de un padre, una madre, de hermanos si es que los tuvo, abuelos, primos, sobrinos, tíos, etcétera, todos ellos figuras significativas e importantes en el funcionamiento preconsciente e inconsciente del psicoterapeuta; objetos internos que frustran o gratifican los impulsos mediante relaciones parciales o totales. Esta constelación grupal internalizada e inherente contratransferencialmente al psicoterapeuta es deslizada sobre el grupo real que se está trabajando.

Para el terapeuta este fenómeno es prácticamente consciente, es conecedor de su propio mundo intrapsíquico y ha disciplinado sus respuestas ante este tipo de personas que en alguna forma tocan su grupo internalizado. Esta constelación grupal intrapsíquica compuesta de objetos vivos, no congelados (O'Donnell, 1977), dinámicos, que interactúan, se quieren, se odian, se desean, motivan y producen afecto, pensamiento y conducta, que le dan sentido o no a la vida, requieren una salida sublimatoria o reparadora por parte del psicoterapeuta para que ésta sea sana y benéfica para los pacientes.

Pero, finalmente, este conglomerado, este grupo interno en sentido psicológico queda integrado en un solo funcionamiento, en una sola personalidad, la del psicoterapeuta. Y es con este grupo interno que logra mantener un grado de autonomía propia sin asimilarse al grupo, ya que éste es más fuerte que un solo individuo. Contratransferencialmente, el terapeuta se enfrenta con un grupo, su grupo interno, al grupo real de pacientes logrando con cierta facilidad su unidad y no la asimilación y la confusión.

Así el psicoterapeuta podrá trabajar en su grupo en forma sublimada, reparadora, manteniendo su atención o la interacción libres, sin dejarse invadir patológicamente por las fantasías devoradoras, sometedoras, castrantes de sus miembros. Al contrario, con la fuerza yoica y las funciones positivas del Superyó, logra manifestarse tal cual es: abstinentes, pleno, sublimador, reparador: psicoterapeuta.

BIBLIOGRAFÍA

- BRADFORD, L. Y OTROS. Dinámica del grupo de discusión, Ediciones 3, Buenos Aires, 1948.
- FREUD, S. Psicología de las masas y análisis del Yo, 1921
- GONZÁLEZ NÚÑEZ J. J.; MONROY, A.; KUFERMAN, E. Dinámica de grupos. Técnicas y tácticas, Concepto, México, 1978.
- GROTJAHN, El arte y la técnica de la terapia grupal analítica, Paidós, Buenos Aires, 1979.
- MAHLER, M. S.; FURER, M. Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación, Joaquín Mortiz, México, 1972.
- O'DONNELL, P. La teoría de la transferencia en psicoterapia grupal, Nueva Visión, Buenos Aires, 1977.
- PICHÓN-RIVIERE, E. El proceso grupal del psicoanálisis a la psicología social, Nueva Visión, Buenos Aires, 1983.
- SLAVSON, S. R. Tratado de psicoterapia grupal analítica, Paidós, Buenos Aires, 1976.
- SPROTT, W. J. H. Grupos Humanos, Paidós, Buenos Aires, 1973.
- THELEN, H. A. El grupo-como organismo, Nueva Visión, Buenos Aires, 1975.
- ZIMMERMANN, D. Estudios sobre psicoterapia analítica de grupo, Hormé, Buenos Aires, 1979.

Impreso en los Talleres Gráficos de la
Dirección de Publicaciones del
Instituto Politécnico Nacional
Tresguerras 27, Centro Histórico, México, DF
Enero de 2007, Edición 1000 ejemplares

DISEÑO DE PORTADA: Miriam González Jiménez
FORMACIÓN: Guadalupe Cervantes Vitela
CORRECCIÓN: Erika Castillo Escalante
PROCESOS EDITORIALES: Manuel Toral Azuela
DIVISIÓN EDITORIAL: Jesús Espinosa Morales
DIRECTOR: Arturo Salcido Beltrán

