

¿Qué hacemos con la Contra-transferencia?

M^a Teresa Muñoz Guillén
Psicóloga Clínica y Psicoanalista

Contra-transferencia: Conjunto de las reacciones del analista frente a la persona del analizado, y especialmente a la transferencia de éste (Diccionario Laplanche-Pontalis). Resultado de la influencia del paciente sobre los sentimientos inconscientes del analista (Freud).

La palabra “contra-transferencia” la utiliza Freud por primera vez en una carta a Jung del 17 de junio de 1909 refiriéndose al asunto amoroso que Jung tenía con Sabina Spielrein, y advirtiéndole de los riesgos que corría si no “controla su contra-transferencia”. Pero remontándonos aún más atrás, la primera referencia que podemos tener de este concepto, aparece, sin ser nombrada como tal, en una carta a Fliess del 21 de diciembre de 1899 en la que Freud le habla a su interlocutor epistolar de cómo el material de un paciente le está permitiendo a él (a Freud) elaborar aspectos de su fobia a los trenes.

También podemos considerar que cuando en “**Estudios sobre la histeria**”, Freud habla del compromiso emocional con el paciente, puede estar ahí larvada una alusión a lo que posteriormente conoceremos como **contra-transferencia**. Lo que es cierto es que a Freud no le pasó desapercibido el hecho de que en el analista se produce un movimiento afectivo hacia el paciente como resultado de los sentimientos que en el curso de la cura el paciente ha “transferido” al analista. Claro que también podemos encontrar el germen de la contra-transferencia en el caso de Anna O., si pensamos en las intensas vivencias que inundaron a Breuer con su tratamiento.

La primera vez que la palabra *contra-transferencia* aparece como tal concepto en un *texto científico* es en el artículo de

Freud de 1910 “**El porvenir de la psicoterapia psicoanalítica**”, en donde dice:

.....“*Otras innovaciones de la técnica se refieren a la persona misma del médico. Se nos ha hecho visible la contra-transferencia que surge en el médico bajo el influjo del enfermo sobre su sentimiento inconsciente, y nos hallamos muy inclinados a exigir como norma general el reconocimiento de esta contra-transferencia por el médico mismo y su vencimiento*”...

El texto de Freud sigue haciendo indicación de la conveniencia de “autoanálisis” para todo principiante que inicie su actividad psicoanalítica con pacientes. Este trabajo fue la conferencia inaugural presentada en el Congreso de Nüremberg en Marzo de 1910. Fue, digamos, la presentación pública de la contra-transferencia, pero de una contra-transferencia que más bien tiene que ver con la reactivación de los conflictos neuróticos (incluso psicóticos) del analista no resueltos por éste.

El nuevo concepto reaparece de una forma curiosa, unos meses después de su presentación en el Congreso de Nüremberg y lo hace en la correspondencia Freud-Ferenczi. Se trata de cuando ocurrió el llamado “incidente de Palermo”. Conflicto que se dio entre Freud y Ferenczi y que, de alguna manera, es un preludio de lo que luego fue la intensa, y no exenta de conflicto, relación entre los dos hombres. Freud le había propuesto a Ferenczi viajar juntos a Palermo y trabajar allí sobre el caso Schreber. Ferenczi se sintió muy halagado, pero se decepcionó e incluso se enfadó mucho cuando se dio

cuenta de que lo que Freud quería era alguien que escribiera lo que él iba hablando, se sintió como una especie de secretario al dictado. A la vuelta del viaje ambos reconocen la decepción que ha supuesto el viaje. Freud interpretó este enfado de Ferenczi desde una actitud infantil de éste y como una consecuencia de su “*contra-transferencia paterna positiva*”. Sabemos que desde el domingo 2 de febrero de 1908 en que se habían conocido, se estableció por parte de Ferenczi una transferencia masiva e idealizada sobre Freud, transferencia que se traslada inmediatamente hacia la teoría freudiana y encuentra en el húngaro su más fiel discípulo y divulgador.

Al igual que la transferencia, que al principio era sentida como un impedimento en el libre transcurrir de las asociaciones, también la contra-transferencia fue considerada como una obstrucción para la libertad del análisis. Freud entendía que la mente del analista era un instrumento y que la contra-transferencia impedía que éste, operara con eficacia en la situación analítica. No dio el paso (que sí dio respecto a la transferencia) de considerar también a la contra-transferencia como una herramienta útil para el análisis.

En “*La búsqueda del tiempo perdido*” M. Proust fue el primero, antes que Freud, en dar la más moderna definición de transferencia “*Cuando hemos pasado cierta edad, el alma del niño que fuimos, y las almas de los muertos de quienes procedemos, llegan y derraman sobre nosotros sus riquezas y hechizos pidiendo participar en las nuevas emociones que experimentamos y en las que, borrando su imagen anterior, las recapturamos en una creación original*” Es lo que ocurre en la transferencia clínica. Es una creación original en la que el presente da forma al pasado, al mismo tiempo que el pasado da forma al presente.

La contra-transferencia era considerada como una especie de “resistencia” del analista hacia su paciente debida a conflictos inconscientes despertados en el analista. Es por esto, que al principio,

Freud insistía en la necesidad de un autoanálisis permanente, pero pronto dio paso a recomendar un “análisis didáctico” debido a las resistencias del analista a comprenderse a sí mismo.

Quizá debamos al fenómeno de la contra-transferencia el que empezara a surgir en aquellos primeros psicoanalistas – recordémoslo, no analizados– la idea de la necesidad del análisis del analista. Es también Ferenczi el que dice en **Confusión de lenguas** (1933):

.....“*Chocamos con importantes resistencias no ya las del paciente, sino las nuestras. Ante todo debemos ser analizados y conocer a fondo nuestros rasgos de carácter desagradable, a fin de aceptar lo que las asociaciones de nuestros pacientes pueden contener de odio o de desprecio oculto. Esto nos lleva al problema de saber hasta donde debe llegar el análisis del- analista, asunto cada vez más importante. No hay que olvidar que el análisis en profundidad de una neurosis exige casi siempre muchos años, mientras que el análisis didáctico habitual sólo dura algunos meses, a lo sumo año y medio, lo cual puede llegar a crear la imposible situación de que nuestros pacientes estén poco a poco mejor analizados que nosotros mismos*”....

En 1939 en un artículo de Alice y Michael Balint, “**Trabajos originales de la transferencia y la contra-transferencia**” no parece que esta pareja de analistas valorara demasiado esta última. Su teorización de la contra-transferencia se acerca más a lo que sería una transferencia del analista hacia su paciente. Amplían el concepto incluyendo todo aquello que, de alguna manera, pone de relieve la personalidad del analista: elementos personales, la decoración de la consulta, la fórmula empleada para dar por finalizada la sesión....etc.

“....en el sentido más amplio, transferimos estos elementos de nuestra personalidad a nuestros pacientes” “es la transferencia, que en caso de un analista en la situación

analítica se describe eufemísticamente como “contra-transferencia”...

Todo esto lo consideran problemas para llegar a conseguir el ideal que propugnaba Freud de ser para el paciente como la superficie de un espejo bien pulido. Eso sí, haciendo excepción en caso de trabajo con niños:

....“Con un niño –dicen los Balint– tendremos que comportarnos de una manera diferente de la que tendríamos con un adulto; es una práctica bastante común llamar a un paciente-niño por su nombre y también permitirle que nos llame por el nuestro; se le permite, incluso se le anima a jugar durante la sesión; puede tocarnos, a veces con suavidad pero también a veces con agresividad. La situación es casi igual que con los psicóticos. Esta similitud entre el análisis de un niño y el de un psicótico ha sido descrita ya y se ha convertido en algo común”....

El cambio profundo en la concepción de la contra-transferencia se produce cuando empieza a dejar de vérsela como un obstáculo para la cura y pasa a ser un instrumento terapéutico que permite al analista comprender el significado oculto del material del paciente. La idea es que si el analista dispone de elementos para comprender y valorar los procesos que se dan en el paciente y dichos elementos no son de inmediato conscientes, puede descubrirlos si inspecciona sus propias asociaciones y sentimientos mientras lo escucha. Esta idea podía estar implícita en la mención que hace Freud valorando la actitud mental del analista. Pero la primera formulación explícita se debe como es sabido por todos a Paula Heimann, en su célebre (y breve) artículo leído en el Congreso de Zurich de 1949 **“Sobre la contra-transferencia”** y otro en el Simposium sobre Contra-transferencia en Londres 1950, éste llamado sin más **“La Contra-transferencia”**.

Paula Heimann observa que muchos analistas se asustan por tener respuestas emocionales hacia sus pacientes.

Observaba en las supervisiones que los candidatos se sentían tan atemorizados y culpables cuando les surgían emociones hacia sus pacientes que se esforzaban en volverse inhumanos, tratando de reprimir las y negarlas en detrimento de su trabajo. En su opinión es una equivocada comprensión de algunas propuestas de Freud (ej: la metáfora del espejo). La contra-transferencia sería una respuesta *afectiva* que se produce en el analista pero que es activada por el paciente (por la transferencia del paciente), y en esta respuesta (reacción) del analista hay valiosos elementos para comprender a su paciente una vez que haya podido ser analizada y comprendida por el propio analista. Se trata de una situación inconsciente del paciente captada por el inconsciente del analista. A veces, los analistas, al preocuparse tanto por combatir a sí mismos, utilizan defensas contra el paciente, refugiándose en la teoría y haciendo “hábil” interpretaciones intelectuales pero carentes de la calidez que le permita al paciente saberse no sólo entendido, sino también comprendido por su analista. La teoría puede ser utilizada como resistencia para protegerse ante la situación desconocida –y por tanto peligrosa– que supone para el analista el momento en que tiene que decidir si interviene con una interpretación.

P. Heimann utiliza el término para designar la totalidad de los sentimientos que el analista vivencia hacia su paciente, y ella misma previene de la objeción que se le podría hacer de que contra-transferencia es la transferencia del analista:

....“mi tesis –dice– es que la respuesta emocional del analista a su paciente dentro de la situación analítica, representa una de las herramientas más importantes para su trabajo. La contra-transferencia del analista es un instrumento de investigación dirigido hacia el inconsciente del paciente”....

Cree que no se ha puesto suficiente énfasis en el hecho de que la relación analítica es una relación entre dos personas, en donde no hay sentimientos por parte de uno y ausencia de

sentimientos por parte de otro, sino que lo que la distingue es el grado de los sentimientos que se experimentan y el uso que se hace de ellos. La finalidad del análisis del analista no es convertirlo en un cerebro mecánico que produzca interpretaciones, sino hacerlo capaz de aguantar los sentimientos que se suscitan dentro de él.

Bion, (1974) en “Seminarios de Psicoanálisis”, a la pregunta sobre la utilización de la contra-transferencia dijo:

...“con la contra-transferencia sólo se puede hacer una cosa: analizarla. La contra-transferencia designa nuestros sentimientos inconscientes hacia el paciente, y puesto que son inconscientes, nada podemos hacer al respecto. Cuando surge en una sesión analítica, perjudica tanto al analizado como al analista. Es un problema que debió ser tratado en el pasado, durante el análisis del propio analista”....

Es cierto que el concepto se ha prestado a múltiples consideraciones que han llegado, en ocasiones, a hacer un entendimiento de la contra-transferencia rayando en el absurdo y lo que es peor, intentando justificar con ella burdos errores de práctica clínica.

Tampoco podemos obviar que nos es –relativamente– sencillo teorizar y reflexionar sobre éste u otro concepto psicoanalítico cuando, estando como estamos en el siglo XXI, hemos leído y reflexionado sobre todos los trabajos de los que nos han precedido, con sus aciertos y errores. Algunos se arriesgaron mucho y por ello también erraron mucho, pero es gracias a esos errores que ahora podemos transitar por un camino más allanado que el pedregoso por el que tuvieron que caminar ellos.

Retorno a Ferenczi de quien, no olvidemos, el mismo Freud dijo que *“todo psicoanalista debe tener como maestro”*, y a las importantes contribuciones que aportó –ya entonces– al concepto que nos ocupa. En 1918 leyó Ferenczi ante la

Sociedad Psicoanalítica Húngara su trabajo **“La técnica psicoanalítica”** uno de cuyos capítulos está dedicado a la contra-transferencia. Dice Ferenczi en este texto que, en el proceso del análisis se dan tres fases en lo que respecta a la contra-transferencia, en la primera:

...“el médico está obligado durante todo el proceso del análisis a realizar una doble función: por una parte debe observar al paciente, examinar sus dichos y construir su inconsciente a partir de sus palabras y de su comportamiento; por otra parte debe controlar constantemente su propia actitud respecto al enfermo y si es necesario rectificarla, es decir, dominar la contra-transferencia”....

La segunda fase es descrita por Ferenczi como la *resistencia a la contra-transferencia*:

...“cuando el psicoanalista ha aprendido pacientemente a evaluar los síntomas de la contra-transferencia y consigue dominar todo lo que podría dar lugar a complicaciones en sus actos, sus palabras, o sus sentimientos, corre entonces el peligro de caer en el otro extremo, de convertirse en demasiado duro y esquivo con el paciente”....

Finalmente:

...“una ansiedad desmesurada a este respecto no es la actitud correcta, y sólo tras haber superado este estadio, puede el médico alcanzar el tercero: el del dominio de la contra-transferencia”...

Es muy interesante apreciar ahora cómo en lo que sería la última fase del proceso de la tarea que el analista tiene que llevar a cabo *con* su contra-transferencia, Ferenczi descubre en ésta –recordemos que estamos en 1918– un útil de trabajo para la meta terapéutica y un instrumento técnico para la comprensión del inconsciente del paciente. ¿No encontraríamos aquí acaso un elemento precursor de lo que treinta años después teorizaría Paula Heimann? No sólo en esto, también en lo que respecta a otras

teorizaciones contemporáneas, ya Ferenczi se anticipó al uso de elementos técnicos de nuestro quehacer diario como analistas, y cotidianos ahora pero revolucionarios en aquellos años.

La contra-transferencia, es quizá uno de los conceptos de la teoría psicoanalítica más controvertido, que tiene seguidores y detractores. Hay analistas que apenas la consideran, pero otros encuentran en ella unos importantes elementos para clarificar y comprender lo que el paciente está queriendo transmitir (transferir).

Se han publicado trabajos en ambas direcciones: insistiendo en su carácter perturbador y obstruccionista del proceso terapéutico y también ensalzando sus virtudes en el mismo proceso. Pocos conceptos metapsicológicos han sido objeto de tanta discusión y también de tanta confusión como el de contra-transferencia. El término es el mismo, pero los significados adscritos a él son tan diferentes que, a veces, no parece que los analistas estemos hablando de lo mismo.

En fin, podemos encontrarnos legitimados para decir que el uso técnico que se haga de la contra-transferencia va a depender de la concepción teórica del analista. No será tratada de la misma manera, si el analista la siente como un obstáculo; como respuesta a la transferencia del paciente o como respuesta global, incluyendo aquí lo que supone de reactivación de los propios conflictos del analista. En función de todo esto cabe hablar, entonces, de *dos* contra-transferencias:

- Una *contra-transferencia sana*, útil, que permite al analista, en razón de la transferencia de su paciente, utilizarla como elemento para una mejor comprensión del mismo. Es decir, utilizar el conocimiento de sus propios movimientos internos afectivos (amor, odio), sus propias respuestas, activadas por los movimientos transferenciales de su paciente, para poder entender mejor a éste, y si es el caso,

formular una interpretación que “llegue” y conmueva al paciente.

- Una *contra-transferencia patológica* proveniente de los conflictos no analizados y/o no elaborados del analista. En este caso, la transferencia del paciente ha reactivado determinados núcleos neuróticos (puede que psicóticos) inconscientes para el analista, que corre el riesgo de llegar a tener actuaciones hacia su paciente. El tratamiento puede llegar a estancarse o también a desarrollar reacciones terapéuticas negativas.

Yo me sitúo en la posición de entender la contra-transferencia como la respuesta global del analista a la transferencia de su paciente y que puede tener, tanto aspectos conscientes como inconscientes.

Considero que la contra-transferencia debe ser conocida y contenida por el analista para no actuarla en el campo de la transferencia del paciente y poder situarnos en ese punto delicado en el que acompañemos y participemos intensamente de la experiencia emocional de nuestro paciente y, a la vez, mantenernos en la regla de la abstinencia. ¿Cómo podemos hacer esto? No encuentro más respuesta que, el autoanálisis continuo. El proceso interno por el que identifiquemos qué es respuesta a la transferencia del paciente y/o qué es reactivación de un conflicto no resuelto. En este último caso, tratar de elaborar las ansiedades que pudieran desplegarse en nuestro interior y no actuarlas en la transferencia.

Sé que hasta aquí no he mencionado el término de *contra identificación proyectiva* y no voy a entrar en ello, sólo diré de pasada que no considero la contra identificación proyectiva como una suerte de contra-transferencia. En mi opinión son procesos diferentes que no deben confundirse y mucho menos equipararse. Mientras que lo característico de la contra-transferencia es que el analista la haga consciente y la utilice como instrumento técnico, la contra identificación proyectiva –

resultado de una excesiva identificación proyectiva del paciente— lleva al analista, en palabras de Grinberg:

.....“a dejar de ser él para transformarse, sin poder evitarlo, en lo que el paciente inconscientemente quiso que se convirtiera. El analista se ve llevado pasivamente a desempeñar el rol que, en forma activa —aunque inconsciente— el analizado forzó dentro suyo”.....

No he mencionado tampoco a Racker, y no se puede hablar de contra-transferencia sin hacerlo, pero renunció a ello, dado que entonces entraríamos en una extensión teórica que no es objeto de esta exposición, aunque no quiero dejar de mencionar sus aportaciones tales como la teorización de *contra-transferencia concordante y complementaria* y su audaz concepto de “*neurosis de contratransferencia*”. Racker decía que la “*contra-transferencia es a la vez obstáculo, instrumento y campo*”.

La existencia de la contra-transferencia, pues, nos hace más responsables de nuestro trabajo y deshace aquella idea originaria del analista aséptico que puede mantenerse al margen de las turbulencias emocionales del proceso terapéutico.

La contra-transferencia en el trabajo con niños

En el trabajo con niños la contra-transferencia se hace más compleja para el terapeuta pues tiene que manejarse con dos transferencias: la del niño y la de los padres; lo que daría lugar a su vez a dos contra-transferencias, pero hay que considerar un importante matiz que se da en cada una de ellas; es en el espacio terapéutico en el caso del niño, y en un espacio que —llamaríamos— relacional en el caso de los padres. Esta matización viene al caso de que, si transferencia y contra-transferencia con conceptos inherentes al proceso terapéutico, hay que tener en cuenta que el intercambio emocional que se da con los padres no está encuadrado en una relación terapéutica propiamente

dicha, lo que, en mi opinión complica el trabajo porque el terapeuta no puede hacer interpretaciones a los padres, pero éstos no son ajenos a los contenidos de la sesión con el niño. Así pues, el manejo contra-transferencial con los padres es delicado y tiene una enorme influencia en el curso del trabajo con el niño.

El niño proyecta masivamente, sin límites, de forma compulsiva. El niño pequeño es básicamente actuador, establece relación objetual casi de inmediato y la relación con él requiere de recursos técnicos específicos alejados del analista-espejo-neutral. El niño pre-edípico hace demandas continuas en busca de respuestas inmediatas. El latente, con el relegamiento que hace de toda su conflictiva edípica, resulta más precavido y lo pulsional deja paso a lo intelectual en razón de la mayor disposición que debe tener para el aprendizaje escolar. En cualquier caso, lo que el niño “transfiere” produce respuesta interna en el terapeuta que puede ver despertadas sus ansiedades tempranas.

El inconveniente añadido es que los padres también han depositado en el terapeuta proyecciones de sus conflictos y —nunca hay que olvidarlo— acudir a consulta puede ser para ellos tener que enfrentarse a la activación o reactivación de una herida narcisista en lo que a su función paterna se refiere. El terapeuta se hace depositario de las ansiedades de los padres, que generalmente van cargadas de la ambivalencia propia de quien busca ser ayudado pero puede entrar en rivalidad con quien le ayuda. En el analista se pueden reavivar sentimientos, ansiedades y defensas frente a sus propios padres o a sus modelos de relaciones familiares. Un riesgo que se presenta en este caso es el de tender a identificarse con el niño frente a los padres o entrar en una alianza con los padres frente al niño.

Con respecto al niño, que incita constantemente a la actuación, el analista tendrá que analizar casi permanentemente su contra-transferencia para poder dar una respuesta de *contención*, de recipiente de

las ansiedades infantiles y con capacidad de espera para que el material aportado por el niño (generalmente a través del juego) pueda ser pensado y transformado en palabras accesibles y comprensibles para el niño. La función contenedora tiene que ver con la capacidad de tener el pensamiento activo para pensar y no actuar. La proyección masiva que el niño hace, puede ser “filtrada” por la contra-transferencia y transformada en un producto mental del terapeuta que el niño pueda recoger como elemento organizador para él.

El analista de niños, –lo mismo que la madre cuando su hijo aún no ha accedido al lenguaje y tiene que valerse de sus emociones y vivencias para poder entender y recoger las ansiedades de su

bebé transformándolas en elementos tranquilizadores, es decir, capacidad de “*reverie*”- también debe manejarse con su sensibilidad, sus conocimientos y recursos a la hora de elaborar la interpretación que va a hacer o la actitud (interpretación no verbal) que va a mantener con su pequeño paciente.

En el análisis de niños predominan la pobreza de elementos verbales, las actuaciones y la comunicación pre-verbal como formas primarias de expresión, todo esto impacta y promueve vivencias y sentimientos en el analista que deben ser pensados y contenidos para poder pensar y contener la interpretación.

M^a Teresa Muñoz Guillén