

## LA PERSONA DETRÁS DEL TERAPEUTA MAS ACÁ DE LA CONTRATRANSFERENCIA

Jorge Rivera \*

Hace bastante ya que los investigadores en psicoterapia han venido relevando cuánto y cómo inciden las variables dependientes del terapeuta tanto en el proceso como en los resultados de los tratamientos <sup>1</sup>.

Tal labor ha ido a la par de otras que sin proponérselo fueron confluyendo a su vez en transformar el paradigma de proceso terapéutico, el que derivó de una concepción orgánica y unidireccional fincada en el paciente, a una estratégica y diádica.

De manera tal que está ya fuera de debate la influencia decisiva que los factores personales del terapeuta ejercen sobre las vicisitudes de la cura, puesto que ha caído definitivamente aquella confortable y descomprometida teoría que suponía que todo cuanto acontecía en la misma estaba determinado por la transferencia del paciente, a la que el terapeuta debía limitarse a interpretar, a la manera de una antorcha que ilumina la marcha dentro de una oscura caverna.

Y si bien los orígenes de este modelo diádico o interactivo que nos es hoy tan familiar puede remontarse a la obra misma de Freud <sup>2,3</sup>, puesto que la introducción del concepto de contratransferencia señala inequívocamente la presencia de los aspectos personales del analista en el proceso, no debe perderse de vista que la óptica del fundador del psicoanálisis estuvo dirigida en el sentido contrario, esto es la de alertar cómo en la cura la *persona* del analista, hechura “neurótica” análoga a la de su paciente, podía reaccionar a la transferencia de éste, y así perturbar el normal desenvolvimiento de la misma.

Por lo cual, a pesar de que pueden encontrarse ya en Ferenczi <sup>4</sup> y H. Deutsch <sup>5</sup> antecedentes de una concepción singularmente distinta en el plano técnico, fue recién a comienzos de los años '50 que casi simultáneamente Racker <sup>6</sup> en Argentina y P. Heimann <sup>7</sup> en Inglaterra, reivindicaron por primera vez el valor instrumental de aquella, abriendo las puertas no sólo a su legitimación como una herramienta más del trabajo analítico, sino además a desarrollos estratégicos del proceso que habrían de florecer bastante después, merced a los resultados surgidos de la investigación empírica. No obstante, hasta la fecha los trabajos referidos a la persona del terapeuta, han continuado soslayando algunos factores que deberían tenerse por tales, a pesar de no

---

\* email: jrivera@ucu.edu.uy

configurar variables de incidencia específica en la cura, caso de las crisis sufridas por aquel, su ideología, o el conocimiento por parte del paciente de cuestiones de su vida privada.

Por ello, el objeto de esta presentación es precisamente explorar cómo se manifiestan dichas variables, que operan a su pesar en el proceso, y en qué medida lo condicionan. Para distinguirlas de otras más estudiadas, como la empatía, la idoneidad técnica, etc., he preferido identificarlas tal como si estuvieran localizadas “detrás” suyo y no integradas en él, si bien cabe aclarar que la representación espacial es en este caso tan solo un recurso expresivo.

## **AYER**

Hubo un tiempo en que la técnica psicoanalítica, y en particular su *setting* diseñado por Freud a su propia medida, eran concebidos sin embargo como una situación de laboratorio en la que el analista debía limitarse a desempeñar una función especular que refractara las imagos del paciente, dirigidas por éste a aquel través de la transferencia, lo que a su vez para no resultar contaminado, requería de la observancia estricta de ciertas reglas por parte del analista, entre las cuales destacaban las de abstinencia, neutralidad y reserva (no gratificar, no tomar posición, no personalizarse). Ello era imprescindible para poder acreditar que los contenidos del material de sesión fluían espontáneamente del paciente, y por lo tanto hacer posible por vía de repetición la historia infantil, inaccesible a la memoria por efecto de la represión<sup>8</sup>.

Fue en ese marco, que lo que Freud dio en llamar Contratransferencia, emergió como un obstáculo al mantenimiento del control experimental de la situación, afán propio de una mentalidad naturalista, indispensable para fundar la pretensión científica del psicoanálisis a comienzos del siglo XX. La contratransferencia fue concebida entonces como una reacción personal del analista a la transferencia del paciente. No obstante, cabe destacar que no era propiamente una transferencia suya, puesto que surgía en respuesta a la del paciente. A lo sumo podría tenérsela por recíproca (germen de la modalidad llamada luego “concordante” por Racker), pero en todo caso no se planteaba aún cómo podría incidir en él -y como consecuencia, en la cura- un determinado acontecer enteramente suyo, y por lo tanto ajeno al paciente, que por su intensidad afectara tanto su vida anímica, que acabara tiñendo la labor terapéutica.

Por otra parte, es de destacar que a pesar de su propia advertencia, el propio Freud solía permitirse personalizar el vínculo con sus pacientes, a despecho de la consecuente

contaminación del setting, tal como ocurriera por ejemplo cuando le dio arenques al Hombre de las Ratas, precisamente por tratarse de un alimento que aquel aborrecía. Como adelantábamos, casi cien años después otras concepciones han asumido la hegemonía en materia técnica, tras quedar demostrado que el terapeuta participa activamente en las vicisitudes de los tratamientos que conduce, aún cuando así no se lo proponga, por cuanto está optando, entre diversas intervenciones posibles, por aquella o aquellas que le imponen las teorías a las que adhiere, tal como lo ha probado Bernardi<sup>9</sup>. No obstante, tales factores personales, que sólo algunos colegas admitirían incluir dentro del concepto de contratransferencia, precisamente por tener una fuente ajena al paciente, se encuentra todavía en la esfera de lo que sin mayores dificultades podría ser legitimado por provenir de un modelo teórico de la cura.

Pero aquellos factores a los que voy a referirme a continuación, son por el contrario enteramente ajenos no sólo a la Teoría, sino además al paciente, e incluso a las vicisitudes propias de la interacción con él, puesto que provienen de manera exclusiva de la vida privada del terapeuta, independientemente de su condición de tal, y sólo se reflejan directa o indirectamente sobre su trabajo cuando su intensidad emocional desborda su capacidad de autocontrol, o excepcionalmente cuando las circunstancias propias de determinados tratamientos, facilitan su desencadenamiento.

Es entonces cuando amenazan el curso del proceso, generando el desafío imperioso de instrumentar una respuesta específica a la nueva situación, que no siempre el terapeuta está en condiciones de conseguir articular.

Tradicionalmente se ha considerado que en tales casos, por obvias razones el terapeuta debería retomar su propia terapia, así como supervisar con mayor frecuencia su labor, lo que sin embargo -como sabemos- no siempre se cumple, acarreando el riesgo consecuente para la salud y los derechos de los pacientes, especialmente vulnerables a la iatrogenia potencial de la nueva situación.

Pero queda pendiente todavía preguntarse qué ocurrirá toda vez que el terapeuta consiga sortear el obstáculo planteado, transformando el peligro en oportunidad, tal como lo ha venido planteando desde hace tres décadas la Teoría de la Crisis.

## **HOY**

Nadie estaría en desacuerdo conmigo si afirmara que cualquier experiencia vivida previamente por el terapeuta, y luego correctamente elaborada, lo enriquece y hasta lo

templada para trabajar con pacientes que tengan que pasar tiempo después por acontecimientos similares.

Pero otra probablemente sea la opinión si tales circunstancias se le plantean contemporáneamente a las del paciente. Ilustrémoslo con un ejemplo frecuente. Supongamos la separación conyugal del terapeuta. Mejor aún, supongamos que la misma se desata con manifestaciones de violencia doméstica, hoy tan de moda, y para nada ajenas incluso a nuestra vida privada. En tiempos como los que corren, en que el motivo de consulta más frecuente son los conflictos de pareja, cualquier terapeuta medianamente ocupado atiende más de un caso con tales características. ¿Qué ocurrirá entonces en el tratamiento de alguien en dicho trance, cuando a la persona del terapeuta le sobreviene una situación análoga? ¿Le es posible evitar la contaminación de la cura; entendiendo por tal la inoculación de sus intervenciones por ideas o afectos provenientes de sus propias circunstancias personales?

No hay duda que de tratarse de una nueva consulta, esta debería ser derivada a otro colega. Pero resulta inevitable que a menudo tales hechos ocurran cuando ya estamos trabajando con un determinado paciente, que por nada quiere ir a contarle todo de nuevo a otro profesional, y al que además también nosotros solemos resistimos a dejarlo de asistir, porque en ese marco existencial toda separación adquiere el carácter de una nueva pérdida.

En tales circunstancias, al terapeuta probablemente se le vuelva harto difícil mantener su rol a buen resguardo de las emociones que le despierta el material de su paciente. Toda vez que intervenga deberá estar particularmente seguro de fundar la intervención en la situación de su paciente y no en la suya, lo que puede volver extenuante su labor. Los que hemos dedicado buena parte de nuestras vidas al ejercicio de la psicoterapia sabemos por experiencia propia que estamos expuestos como cualquier ser humano a que nos sacudan acontecimientos personales dolorosos de tiempo en tiempo; sean naturales, como enfermedades o muertes de seres queridos; sean sociales o económicas, como las tantas que hemos padecido periódicamente los latinoamericanos; sean de naturaleza vincular, como la del ejemplo anterior. En verdad, sólo es cuestión de tiempo. Hacer crisis de vez en cuando es parte de la vida misma, y como ya lo demostrara Erikson <sup>10</sup>, el desarrollo humano no es concebible de otro modo; pero por más que estemos avisados, cuando éstas se presentan, la reacción es -como enseña Fiorini <sup>11</sup>- análoga a la generada por el incumplimiento de un contrato. O a veces incluso más; como ser víctimas de una estafa: “¿Por qué tenía que sucederme a mí?” Es decir

que por la simple razón de ser humanos, a los terapeutas también nos cuesta más de lo deseable encontrar respuestas proactivas a las crisis, que nos permitan reencaminar nuestra existencia, y mucho más todavía, aprender de las mismas e inmunizarnos contra su reiteración.

Procurando ilustrar lo anterior, y por tratarse de un hecho muy reciente, refiero lo sucedido a una colega hace apenas algunas semanas<sup>♦</sup>. Estando en consulta, un día como cualquiera, recoge un mensaje urgente que su cuñado le dejó rato antes en el contestador. Ya casi llega su próximo paciente, pero llama para ver de qué se trata. Intuye que debe tratarse de la salud de su única hermana puesto que ese día aquella debía retirar los resultados de un chequeo médico realizado a raíz de recientes e intensos malestares digestivos. Un mal presagio le dice que las noticias no serán buenas, pero aún así no imagina la gravedad del asunto. Su hermana es menor que ella; tiene apenas 47 años, hasta hace menos de un mes se sentía perfectamente bien, etc. Cuando oye decir cuál es el diagnóstico, y sobre todo la expectativa de vida, siente una profunda conmoción. -No más de 3 meses- le dice llorando su sobrina que también acaba de enterarse. Un zumbido en los oídos le impide casi seguir oyendo, y cuando corta siente náuseas. Pero suena el timbre, y sólo atina a abrirle a su paciente y pedirle un momento, como quien tiene que apenas terminar algo pendiente. Duda si suspender la consulta, pero la paciente ya está en el consultorio, y además se encuentra atravesando por una compleja situación personal. Entonces, apuesta a su disociación instrumental y decide que a pesar de todo atenderá a la recién llegada. Durante esa misma sesión, la paciente le señala que nota que se está durmiendo, de modo que debe hacer un segundo gran esfuerzo para mantenerse lúcida. Cuando termina dicha consulta, no recuerda muy bien los temas que se trataron, tampoco lo que le dijo su sobrina menos de una hora antes. No tiene duda del cáncer, pero sí sobre detalles que el médico había informado, y especialmente ha olvidado algo que sólo recordará cuando al día siguiente se lo vuelvan a preguntar en familia: ¿qué hacer con la hermana?; ¿le dicen o no, cuándo, cómo? Es lógico, a quien otra que a ella que es psicóloga podrían preguntárselo. En apenas minutos, su vida ha cambiado diametralmente. La representación anticipatoria de la ahora cercana muerte de su hermana lo invade todo, incluido el trabajo con sus pacientes. No puede pensar, atender, sobreponerse. Sus defensas, para protegerla, la adormecen. Su familia casi la interpela; ella debe decirles qué hacer. Ha estallado la

---

<sup>♦</sup> Reproducido con autorización. Algunos detalles han sido modificados para proteger la identidad de la persona involucrada.

crisis, imprevista, injustamente. Debería poder interrumpir su trabajo hasta tanto consiga reconectarse al menos consigo misma. Sin embargo no lo hace; “el mundo no puede detenerse porque mi hermana se va a morir”, me dice. Tiene razón. Necesita tiempo, pero de otra manera.

El “detrás” personal del que hablaba más arriba, se le ha puesto por delante de todo, o dicho de otra forma, su persona le engulló el rol profesional.

Ella hace lo lógico, me traslada a mí el peso de su imposible decisión: “¿Qué debo hacer, dejo de atender, retomo terapia? No puedo más.”

Creo que la viñeta es lo suficientemente clara como para ahorrarnos todo comentario sobre la situación en sí. ¿Quién está preparado para enfrentar una situación semejante de buenas a primeras, si bien sabemos que siempre es estadísticamente posible? ¿Quién, además, enterado de tal forma, puede continuar normalmente con su consulta? ¿Y quién en tal caso la suspende de inmediato? Porque aún de hacerlo, ¿cómo consigue mantener la situación personal bajo control durante los días siguientes? O ¿cómo puede suspender su trabajo indefinidamente mientras elabora la nueva situación?

Si algo queda claro de circunstancias como la relatada es que no hay respuestas prefabricadas, que cada caso es único, y que si bien sabemos que nos puede ocurrir a todos y en cualquier momento, nunca estamos preparados para ello.

Y sin embargo, es la vida misma la que impone tales circunstancias, que nos parecen perfectamente normales cuando le ocurren a otros. Claro que es muy distinto cuando golpean a nuestra puerta, y más aún cuando desbordan el artefacto de nuestra técnica, que pretende tender a la vida en el lecho de Procusto de la reglas propias del rol terapéutico. Pero en realidad el problema no radica en la intensidad de las cosas que nos pasan fuera del consultorio y repercuten luego en él, sino más bien en nuestra pretensión de que podemos y debemos dejarlas fuera. Durante décadas creímos que ello era posible, tal vez porque el propio Freud continuó trabajando con regularidad durante los 16 años de evolución del cáncer que finalmente acabó con su vida. De modo que consecuentemente, los temas sobre los que escribíamos ignoraban lo que a pesar de la ilusión omnipotente, jamás dejó de ocurrirnos como a cualquier otro trabajador.

Es que las buenas y malas cosas de nuestras vidas intervienen (y a veces también interfieren, admitámoslo) en nuestro desempeño cotidiano. Somos personas antes que terapeutas, y amén de responder emocionalmente a lo que nos transmiten nuestros pacientes, estamos todo el tiempo transmitiéndole también a ellos “ondas” o “energías” de nuestro ser personal. Es más, eso es lo que nos distingue, no sólo a unos de otros,

sino esencialmente de lo que podría hacer cualquier computadora programada para hacer terapia. Lo que personaliza el vínculo terapéutico no deriva tanto de nuestra formación técnica, como de nuestra dotación humana; y si bien necesitamos saber encuadrar la persona en el rol, de modo que -en lo posible- no lo anule, debemos cuidar asimismo que éste no acabe desterrando a aquella, o lo que es peor, desmintiéndola. En consecuencia, en nuestra labor el terapeuta podrá ir delante y la persona detrás, pero a condición de que marchen juntos, y sobre todo en diálogo.

Porque sólo una parte de cuanto hacemos con nuestros pacientes, responde al material producido por aquellos. Y porque además tampoco se requiere de un gran sufrimiento psíquico del terapeuta, para que sus factores personales, ajenos pues a la dinámica transferencial, puedan sin embargo retroalimentarse con ella. Lo que con cierta licencia semántica podríamos denominar *ideología personal del terapeuta*, opera a manera de anteojos con que éste ve al paciente, y lee su discurso. ¿Es ello un obstáculo? No necesariamente, bien puede ocurrir lo contrario, es decir vencer escotomas de la labor, como las que caracterizan a cualquier forma de endogamia. Es conocida en tal sentido una anécdota biográfica de Lacan, a quien hace muchos años un grupo de jóvenes discípulos judíos de Estrasburgo le pidieron si podía enviarles un analista de la Escuela para que los analizara, y entonces aquel cumplió mandándoles uno, pero de origen árabe. Es de imaginar la reacción inicial que habrán tenido al enterarse, no obstante lo cual, sin duda, la decisión del maestro tenía un fundamento plausible.

Thomä y Kächele <sup>12</sup>, han planteado hace ya bastante que el proceso es irremediabilmente diádico y que las intervenciones del analista tienden espontáneamente a sostener lo que denominan la “plataforma giratoria central” que las concentra durante un lapso, hasta que en la dinámica interactiva de la cura, aquellas se orientan paulatinamente hacia otro foco, y así sucesivamente. Ello supone un analista atento no sólo al paciente sino también a sí mismo, y yo agregaría además, en diálogo con su “detrás” que a veces responde a la incitación del material, y otras propone o impone afectos de los que derivan conductas que los pacientes, mal que nos pese, pueden incluso llegar a percibir mejor que nosotros mismos.

## MAÑANA

Abundan desde siempre los trabajos relativos a la contratransferencia, los que a menudo incluso suelen contener una advertencia discreta sobre los peligros de engancharse en una dinámica diabólica, que acabe precipitando al proceso en un final dañoso para

paciente y terapeuta. Pero en cambio escasean aquellos referidos al tema sobre el cual he querido llamar la atención en este caso, es decir nuestros dramas o irracionalidades personales, que son parte de nosotros mismos, y como tales podemos directa o indirectamente transferirle a quienes asistimos.

No obstante, no quiere ser esta una voz de alarma, ni pretende tampoco descubrir nada nuevo. Persigue en cambio el propósito de llamar la atención sobre un escenario potencial de nuestra praxis cotidiana, que en el momento menos pensado se nos vuelve indisimulable, provocando dificultades en la marcha de algunos de los tratamientos que conducimos, e induciendo en nosotros sentimientos de inseguridad o desconcierto, cuando no de desolación.

Poder hablar de estas cosas, probablemente contribuirá a legitimarlas. Sólo así podremos terminar de reconocerles ciudadanía en el territorio de nuestra práctica profesional. Tenemos todavía mucho por hacer respecto de ellas; investigarlas formalmente para conocer sus alcances; aprender de la experiencia de quienes consiguieron integrarlas enriquecedoramente en su quehacer, habiendo partido como todos de respuestas improvisadas; desarrollar mejores redes de apoyo a los colegas que las sufren; y muy especialmente articularlas apropiadamente en la teoría de la técnica. En una palabra, transformarlas en favor del proceso, ni más ni menos que como hace un siglo el genio de Freud lo hizo con la transferencia.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Roth, A y Fonagy, Peter: What Works for Whom, chapter XVI "The contributions of therapists and patients to outcome" (1999), Guilford Press, New York, 2005 (2nd. Edit.)
2. Freud, Sigmund: "El porvenir de la terapia psicoanalítica" (1910). En Obras completas, tomo II, Biblioteca Nueva, Madrid, 1974.
3. Freud, Sigmund: "Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico" (1912). En Obras completas, tomo II, Biblioteca Nueva, Madrid, 1974.
4. Ferenczi, Sandor: "On the Technique of Psicoanálisis". In "Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis (1919). Basic Books, New York, 1952



5. Deutsch, Helen: "Occult Processes Occurring During Psychoanalysis" (1926). In G. Devereux, ed. "Psychoanalysis and the Occult". Int. Univ. Press, New Cork.
6. Racker, Heinrich: "The Countertransference Neurose" (1948). Int. Journal of Psychoanalysis, 34, 1953
7. Heimann, Paula: "On Countertransference" (1950). Int. Journal of Psychoanalysis, 31, 1951
8. Freud, Sigmund: "El amor de transferencia" (1915). En Obras completas, tomo II, Biblioteca Nueva, Madrid, 1974
9. Bernardi, Ricardo: "El papel de las teorías en la comprensión psicoanalítica" (1989). Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, tomo XLVI, 6, 1989.
10. Erikson, Erik: Identidad, Juventud y Crisis (1947). Editorial Paidós, Buenos Aires, 1974
11. Fiorini, Héctor: Conferencia sobre Psicoanálisis de las crisis. 4ª Jornada Científica del Instituto Ágora. Montevideo, 1995 (inédito).
12. Thomä, Helmut y Kächele, Horst: "Teoría y práctica del psicoanálisis" (1985), Tomo I, cap. 9. Editorial Herder, Barcelona, 1989.