

CONTRATRANSFERENCIA: CENICIENTA, PRINCESA O TODO LO CONTRARIO

Apuntes para el uso de la contratransferencia en el trabajo psicodramático

COUNTERTRANSFERENCE. CINDERELLA, PRINCESS OR THE OTHER WAY AROUND

Suggestions for the use of countertransference in psychodramatic work

César A. García Beceiro

“Si quieres conocerte, observa la conducta de los demás; si quieres comprender a los demás, mira en tu propio corazón” Friedrich Schiller

Resumen

La controversia sobre el concepto de la contratransferencia en psicoterapia es antigua y ha sido vista desde diferentes ópticas con ardientes detractores y defensores, tanto para denostarla y evitarla a toda costa (colocándola en un lugar de “Cenicienta”), como para postular que revelar los sentimientos contratransferenciales al paciente hacen al terapeuta más humano. Sin embargo aunque las diferencias han sido grandes en el ámbito del psicoanálisis, en el ámbito psicodramático se ha escrito poco sobre ello. En el presente trabajo se pretende hacer un repaso de diferentes posturas que se han mantenido hacia la contratransferencia partiendo de la primera concepción de Freud hasta llegar a nuestro terreno, el terreno propiamente psicodramático, el de la escena y la acción. ¿Qué nos pasa a los psicodramatistas cuando sentimos cosas en el desarrollo de una sesión? ¿Qué hacer cuando se nos abren nuestros propios archivos emocionales y resonamos con la escena? ¿Dónde colocar las emociones propias? La contratransferencia en su amplio abanico polisémico, entendida de una manera más amplia o más restrictiva, comprende una serie de fenómenos que pueden influir, interferir o facilitar el quehacer del psicodramatista. Se pretende explorar características, particularidades y peligros de la contratransferencia que nos permitan concebirla como una herramienta más, y privilegiada, para el trabajo grupal. Sin con ello querer subirla a los altares de la idealización (posición de Princesa).

Palabras Clave: *Contratransferencia, psicodrama psicoanalítico, escenas temidas.*

Summary

The controversy around the countertransference concept in psychotherapy is antique and have got enthusiastic supporters from different perspectives, both to revile it and to avoid it (placing it in the “Cinderella” position), or to postulate that revealing the countertransference feelings to the patient, makes the therapist be more human. However, although the differences have been large in psychoanalysis, in the psychodrama's field little has been written about it. In this paper is intended to make a review of the different positions that have remained around countertransference from the first conception made by Freud up to get to our field, the psychodrama's field, the scene and action. What happen to psychodramatist when we feel things during the development of a session? What can we do when our own emotional archives are opened and we resound with the scene? Where do we place our own emotions? The countertransference in its polysemous wide range, understood in a more broadly or more restrictive way, includes some phenomena that can influence, interfere or facilitate the psychodramatist's job. It is pretended to explore the characteristics, peculiarities and dangers of the countertransference in order to conceive it as another tool, and privileged, for group work, but without idealizing it (“Princess” position).

Key words: *contratransference, psychoanalytic psychodrama, feared scenes*

1. DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE CONTRATRANSFERENCIA. UNA CONCEPCIÓN MUSICAL.

En el transcurso de los años y los avatares de la Psicoterapia el término de “Contratransferencia” se ha utilizado con diferentes significados, lo cual inevitablemente lleva aparejado una acusada confusión terminológica. ¿De qué estamos hablando cuando hablamos de Contratransferencia? Tal es la confusión que para evitarla algunos autores son partidarios

de que se utilicen otros términos como “participación emocional del analista” (**Winograd, B.**) Para evitar contribuir a esta confusión, trataré en este artículo de referirme a la contratransferencia de un modo amplio, basándome en las definiciones **de Racker y de Paula Heinmann**. Parfraseando a Paula Heinmann en su famoso artículo de 1949, en el que usaba el término contratransferencia “**para designar la totalidad de los sentimientos que el *terapeuta* vivencia hacia su paciente**” (la palabra terapeuta es mía ya que ella hablaba exclusivamente de “analista”) y por ende como psicodramatistas, terapeutas grupales en definitiva, los **sentimientos vivenciados también hacia el grupo en su totalidad**. Dentro de estos sentimientos tienen cabida varios aspectos, no solamente una valencia positiva o negativa globalmente hacia el paciente o el grupo, si no en la línea de lo expuesto por **Rubí Cid (1988)** también todos los interjuegos de identificación y proyección que realiza el terapeuta que le llevan a plantearse qué lugar ocupa para cada paciente, para el grupo en general y para el resto de co-terapeutas si los hubiera. En qué lugar nos está colocando el paciente/grupo. Y qué parte de la historia del terapeuta le está resonando a nivel primario, historia de vinculaciones anteriores, conflictos con sus grupos de referencia, etc.

Otros autores ofrecen matices. **Laplanche y Pontalis** hacen referencia a la contratransferencia como “el conjunto de reacciones inconscientes” del terapeuta-analista en relación al paciente-analizado, y en especial frente a la transferencia de éste. En lo que sería una comunicación de inconsciente a inconsciente. Lo cual complica aun más la distinción de los fenómenos. Si bien como señala **Boari (2010)**, aunque las reacciones son manifiestas, no existen emociones inconscientes, lo que puede existir es un desconocimiento total o parcial de la fuente de la emoción.

Es llamativa en cualquier caso tanta confusión con el término. También el hecho de que la literatura sobre la contratransferencia sea mucho menor en comparación con la que ha suscitado la transferencia. Ante esto cabe preguntarse por qué. Una respuesta que se me

antoja muy moreniana es que en este campo intersubjetivo de fuerzas que es la terapia, es difícil diferenciar el fenómeno de lo trans de lo contratrans, dividido por una línea muy fina. Quizás, como hipótesis, haya una resistencia en los terapeutas para entenderse como implicados y concernidos en sus emociones, como emisores de mensajes, como objetos resonantes. Por decirlo así, hay dificultades para incluir la subjetividad. No sólo es el paciente el que proyecta, el que siente, el que coloca al otro en un lugar, en una posición de padre, madre o hermano. Es mucho más aséptico, defensivo y se ajusta mejor a un ideal de terapeuta concebirse “fuera”, como un espejo, o un cirujano en las metáforas utilizadas por **Freud**. Asumir la subjetividad del terapeuta supone arremangarse, entenderse en el filo de la navaja de la propia neurosis y bajarse de una posición de supuesto saber asimétrico, en la que el paciente transfiere a la actualidad conflictos pasados y el terapeuta sin embargo, escucha e interpreta como un oráculo.

La posición desde la que podemos partir es reconocer que no es posible ocupar el lugar del muerto, del sujeto no deseante, que proponía Lacan. Se pueden dejar de lado los afectos pero hasta cierto punto. Sería entender al terapeuta como una especie de superhéroe que recibe las balas de cañón que envía el paciente en forma de angustia, confusión, síntomas, etc. Y le rebotan. O le atraviesan, como si éste fuera un hombre invisible, un terapeuta incorpóreo. No es posible ocupar el lugar del muerto, y como psicodramatistas aun menos. Si acaso, el lugar de la curiosidad ya es un buen lugar. Un lugar desde el que poder explorar y acompañar. En la cultura judía, -que como sabemos está en el origen de muchas ideas de **Moreno-**, existe una expresión, “pekale” (en Yidish, “paquetito”). Es una expresión interesante porque designa metafóricamente el paquete que contiene nuestra historia, nuestras raíces y que llevamos siempre a cuestas (**Brik**, Cornejo, 2003). En este fardo que llevamos, están contenidas las emociones, recuerdos y conflictos no resueltos. Una suerte de archivos emocionales, que pueden suscitar vergüenza, miedo, culpa, ira... dolor, en definitiva. Y no nos es posible no llevarlo. Cada persona que acude a terapia viene con su *pekale*, con un mayor o

menor interés en mirar ese “paquetito”. La fuerza con la que a pesar de acudir a consulta se opone a abrir el *pekale* se podría decir que son las resistencias lógicas en todo tratamiento, como una fuerza que se opone a mirar el dolor de lo traumático. Pero el terapeuta también tiene su propio *pekale*. En virtud de ese paralelismo, la apertura de los archivos doloroso del paciente pueden sintonizar con nuestros propios contenidos dolorosos, no somos robots insensibles, curados, neutrales, definitivos. La diferencia es que el terapeuta no puede actuar sus sentimientos pero sí puede valerse de ellos como una herramienta más, privilegiada. El terapeuta es el instrumento de la terapia, dicen **Miriam y Erving Polster** (2009). Ese término “instrumento”, me hace pensar en una explicación musical de la contratransferencia, como una resonancia acústica. Cuando un instrumento, una guitarra por ejemplo hace sonar una nota, las ondas acústicas se transmiten por el aire. Si esta nota (o frecuencia) coincide con la nota de alguna de las cuerdas no pulsadas, o de las cuerdas de otra guitarra, esta última comenzará a vibrar. Como un diapasón que su vibración hace vibrar otro diapasón cercano. Pedir al segundo diapasón que no vibre sería como pedir al terapeuta que no sienta, que no se involucre. En palabras de **Baranger** (1982) equivaldría a decirle a alguien que mire un paisaje sin usar sus propios ojos o que escuche una música tapándose los oídos. Ya que el terapeuta escucha no solo con su mente si no con sus afectos. Quizás lo importante en este sentido, y lo dificultoso sea distinguir cuándo la vibración del segundo diapasón (terapeuta) procede del primero (paciente) o procede de las propias vibraciones del terapeuta, en este caso sus archivos emocionales, su propia neurosis, estará interfiriendo el proceso terapéutico.

2. UN POCO DE HISTORIA. DIFERENTES LUGARES QUE HA OCUPADO LA CONTRATRANSFERENCIA. CENICIENTA, PRINCESA, ¿UNA MUJER REAL?

En el escenario de la psicoterapia –en los teatros del terapeuta que diría **McDougall**– la contratransferencia ha ocupado o se le han asignado diferentes papeles. Principalmente ha

sido relegada a los papeles de Cenicienta y Princesa como sugieren **Thomä, Kächele y Jimenez** (1986).

La posición de Cenicienta es heredera de las palabras de Freud, que aunque no trató el tema de manera sistemática y realmente solo menciona el término en dos trabajos*, tuvieron gran influencia. De forma breve la describe como “el resultado de la influencia del paciente sobre los sentimientos inconscientes del analista”. Exigiendo que se la reconociera y se la superara, concibiéndola como una resistencia. En sus palabras:

“Nos hemos visto llevados a prestar atención a la ‘contratransferencia’ que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine.”

“Hemos notado que cada psicoanalista sólo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencia interiores, y por eso exigimos que inicie su actividad con un autoanálisis y lo profundice de manera ininterrumpida a medida que hace sus experiencias en los enfermos” (Freud, 1910d pág. 136).

En el trabajo de 1912, donde Freud da Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico, realiza las influyentes metáforas del espejo y del cirujano, equiparando el tratamiento psicoanalítico con una operación quirúrgica, para la cual al terapeuta debe exigírsele frialdad dejando de lado los afectos, e incluso la compasión humana. Y que fueron tomadas de manera muy literal (Thöma, Kächele, 1989).

Posteriormente **Lacan** hace referencia a la propia neurosis del terapeuta. Su posición sería la de definir la contratransferencia como “la suma de los prejuicios, de las pasiones, de las perplejidades del analista (Lacan, 1951, pág. 46)

Sin embargo desde una óptica totalmente diferente y rompedora, **Ferenczi** ya había hecho mención al fenómeno en una carta a Freud el 22-11-1908, diciéndole «**Tengo una excesiva tendencia a considerar como propios los asuntos de los enfermos**». Planteándose que muchos análisis fracasan por no dedicarle más atención al fenómeno de la contratransferencia. Tal es así que con el tiempo, en sus exploraciones de la técnica llega a proponer el “análisis mutuo”, en una búsqueda de ir más allá de la asociación libre e introducir aspectos más activos en la técnica. Este análisis mutuo implicaba un cambio de posiciones entre el terapeuta y el paciente en determinados casos que pudieran ser fructíferos. De tal manera que el analista verbalizaba en presencia de su paciente, las asociaciones que podían surgirle en relación a sus propias reacciones. No obstante, termina abandonando esta idea por los obvios problemas éticos que conlleva.

Después de esta primera fase, influenciada por Freud, de neutralidad y evitación, de imagen negativa que dura casi 40 años, se empieza a tomar consciencia de que esa neutralidad es imposible y se empieza a teorizar sobre la contratransferencia. El punto de inflexión fue el trabajo de Paula Heinmann (1949,1960) y de H. Racker (1957, 1960) que iniciaron un camino de tránsito en el cambio de rol de la contratransferencia pasando de Cenicienta marginada a Princesa fascinante. Así entendida desde esta nueva óptica la contratransferencia se presenta como que da la posibilidad de un acceso directo a un registro emocional más allá de las palabras. Heinmann concibe la contratransferencia como una herramienta. A pesar de su propia analista, a la que estaba muy unida, **M. Klein**, que no dedicó ningún desarrollo teórico sobre el tema y que la presionó para que no hiciera público su trabajo. Heinmann se desmarca de M. Klein, y concibe la contratransferencia como un movimiento del analista que está en estrecha relación con el mundo interno del paciente. Para Heinmann el inconsciente del paciente se expresaba parcialmente en la contratransferencia. Si bien no llega tan lejos como **Margaret Little**, que rechazaba toda idea de distancia. Y postulaba que paciente y analista eran

inseparables y éste debía comunicar al paciente los elementos de su contratransferencia. El cambio de óptica como se puede ver fue radical.

Por tanto brevemente y sin afán de exhaustividad, se pueden resumir las concepciones sobre la contratransferencia en 3 grandes grupos:

- 1) La concepción fóbico-paranoide. La contratransferencia sería así concebida como un obstáculo a evitar. Equiparable a la neurosis del analista. Inaugurada por Freud, que en su concepción histórica luchaba por dotar de prestigio el advenimiento de una nueva metodología, susceptible de ser atacada y rechazada. En este sentido el mito de un terapeuta neutral inmovible podía equipararle a una figura objetiva, médica (“de cirujano”). Mientras que la inclusión de la contratransferencia suponía un peligro de mal uso y contaminación de la técnica, además de dudosa científicidad.
- 2) La concepción ingenua, directa, y casi se podría decir que con tintes de omnipotencia. Aquí podemos incluir desde autores que consideran que cualquier fenómeno contratransferencial se corresponde con algo del analizado (Jacobs). En una especie de correspondencia, **“una relación biunívoca entre la vivencia contratransferencial del analista y el material del paciente a analizar”**. En ese sentido no habría posibilidad de errores. Escuchar la contratransferencia nos dotaría de información verdadera sobre el paciente.
- 3) Y por último la concepción de herramienta cauta. Sería una posición intermedia, ni fascinada ni evitativa, inaugurada por Paula Heinmann. Es una posición difícil al ser más compleja y no entregada a una radicalidad. En este sentido la emoción en el terapeuta puede ser una contaminación de sus propios contenidos, o una guía que facilite la comprensión del paciente, o en nuestro caso, como psicodramatistas de la escena

latente que subyace a la escena manifiesta. En esta posición se pueden citar a otros autores como Baranger o más recientemente **Moguillansky, Rafael Paz**, etc.

3. LA CONTRATRANSFERENCIA EN PSICODRAMA. UNA MIRADA A LA HISTORIA.

Si en el ámbito psicoanalítico no se ha tratado demasiado el tema de la contratransferencia, en el ámbito psicodramático aun menos. Para Moreno el concepto de transferencia tenía poca importancia y era en realidad un estorbo. Pero fundamentalmente postula que no era un fenómeno monopolar, solamente del paciente al terapeuta si no bipolar, en ambos sentidos. El tiempo en parte le daría la razón, al menos en lo referido al mito del aséptico y neutral. Reconociéndose el papel de la contratransferencia y el hecho de que el terapeuta también proyecta, como él había intuido.

Dalmiro Bustos al respecto mantiene que la forma de mirar al ser humano del terapeuta psicodramático no es la misma que en el enfoque psicoanalítico. Siendo el modelo de terapeuta psicodramático “presente, espontáneo, y participativo” necesariamente tiene que incluir los aspectos emocionales, y de forma privilegiada, sin subordinarlos a la razón.

“Al comenzar a ver trabajar a Moreno y Zerka, su mujer, pensaba que las actuaciones contratransferenciales eran una constante en Psicodrama. Pero el nombre que le ponía a estas conductas terapéuticas provenía de otra manera de mirar al ser humano”.

(<http://www.depsicoterapias.com/articulo.asp?IdArticulo=404>)

Aunque también desde el Psicodrama es bastante común plantear la cuestión en términos de problema. **Kesselman, Pavlosky, y Frydelevsky**, (1978) lo enfocan desde el punto

de vista de las “escenas temidas” del terapeuta, que éste debe aprender a manejar, a entrar y salir grupalmente de ellas. Las escenas temidas del terapeuta son entendidas como representaciones de diversas situaciones conflictivas del quehacer profesional del coordinador de grupo relacionadas con escenas anteriores de su historia personal. Paulovsky y Kesselman (1991) hablan de lo “estares del coordinador”: un **estado molar**, más analítico, que permite pensar y elaborar sobre lo que se trabaja en la escena, y el **estado molecular**, emocional, en el que terapeuta se zambulle en el clima afectivo de la escena, implicándose y dejándose sentir. Siendo ambas posiciones necesarias y alternantes en un trabajo psicodramático. Ese juego de “entrar y salir” de la escena (o pasar de un estado a otro) es una de las funciones fundamentales del terapeuta. Es decir ser capaz de conectar con la emoción contenida en la escena y la emoción propia que se genera en el terapeuta fruto de la apertura de sus propios archivos relacionados con escenas propias pero a la vez no dejarse llevar por la emoción y poder pensar la escena lo manifiesto y lo latente, los fantasmas originarios, y plantear un desarrollo desde la técnica.

Olga Arbizuri de García, (1980), resalta la presión a la que se ve sometido el o la terapeuta dadas las transferencias múltiples que caen sobre su figura proveniente de los miembros del grupo. Y esto conlleva análisis personal, supervisión y el uso de grupos tipo Balint, grupos de entrenamiento con psicodrama psicoanalítico, en los que la supervisión recae especialmente sobre la contratransferencia. Sobre la relación terapeuta paciente, **Filgueira Bouza** se manifiesta en términos parecidos: las escenas temidas deben ser dominadas en el periodo de formación del terapeuta, para evitar las perturbaciones de la contratransferencia y la conraidentificación proyectiva. **Martínez Bouquet, Moccio y Paulovsky** (1970) sin embargo distinguen ambos fenómenos. La conraidentificación proyectiva aludiría al impacto que puede hacer el paciente o el grupo sobre el terapeuta y que éste tiene dificultades o no puede metabolizar. El terapeuta fruto de ese impacto no metabolizado se queda sin una parte libre del yo que haga de Yo observador. Mientras que la contratransferencia aludiría a la

metabolización de ese impacto emocional por parte del terapeuta, transformando ese impacto en una señal, que puede observar, comprender e interpretar. Pero quizás la expresión más puramente humana sobre el tema la ofrece **Valiente D.** (1995) defendiendo que lo malo no es tener escenas temidas, -todos las tenemos-, si no desconocerlas, no darse cuenta de ellas. No es necesario estar “curados” pero al menos sí informados.

“Las emociones que se producen en él [terapeuta] son como las de cualquier otro ser humano, autónomas, reflejas, reactivas y, a veces irracionales. El problema no radica en que sean así o se produzcan así sino en que pasen desapercibidas para él y no las pueda controlar, contaminando el espacio terapéutico con vibraciones neuróticas de su mundo interno... es necesario que al menos a posteriori [de la escena que se tornó perturbadora] sepa qué le ha ocurrido y por qué. De esta manera podrá retomar en otra ocasión la misma temática, sin necesidad de defenderse”

Valiente, D. (1995) Psicodrama y Psicoanálisis.

Profundamente humano porque sitúa al terapeuta alejado de un ideal superyoico abrumador y en cualquier caso más real, de carne y hueso. No obstante, esto no nos exime del autoanálisis, ni significa que esta postura sea una autopista abierta a la entronización de una contratransferencia, que por otro lado tiene sus peligros. Tiene sentido aquí, preguntarse por la intensidad de las emociones. Estableciendo la sospecha que hace Boari (2010) sobre las intensidades excesivas. El hecho de que determinadas vivencias contratransferenciales superen ciertos niveles de intensidad son mal indicio, probablemente de conflictos no elaborados por parte del terapeuta. Y esto le sitúa al terapeuta al borde del acting. En este sentido Boari entiende que hay que huir de los extremos y mantenerse en niveles intermedios de intensidad. Que serían los más fructíferos en el uso de la contratransferencia como una

herramienta. Ya que el otro polo, caer en puros procesos de pensamiento llevaría a intelectualizaciones carentes de significado.

4. ALGUNOS EJEMPLOS DE CONTRATRANSFERENCIA QUE PUEDEN AFECTAR PELIGROSAMENTE A LA TERAPIA SI ESTO NO ES ADVERTIDO POR EL TERAPEUTA.

Lo específico de la situación grupal en cuanto a la contratransferencia radica en la enorme potencialidad que la escena grupal tiene para evocar y reproducir en los terapeutas sus escenas imaginarias grupales (Rubí Cid, 1988). Confrontando al terapeuta grupal continuamente con la reactualización (consciente o inconsciente), de sus "viejas experiencias" grupales, desde su familia de origen hasta los grupos actuales de pertenencia. Es decir que el terapeuta al verse sometido a la universalidad, potencia emocional y vincular de las escenas, pone en juego en su psiquismo sus propias vivencias y escenas grupales tanto actuales como pasadas, en referencia a su grupo familiar y cabría decir a sus grupos internos, a la relación con sus imagos, referidos a cómo estas personas quedaron inscritas en su psiquismo. Reavivándose en su psiquismo la conflictividad paterno-filial, fraternal, etc.

En la línea de lo dicho anteriormente, referido a que no es necesario estar curado, -si es que esto es posible-, pero al menos sí advertido. Me gustaría llamar la atención sobre algunas situaciones que pueden resultar peligrosas:

- 1) No conocer y/o negar las diferentes emociones que surgen en el terapeuta hacia los distintos miembros del grupo en el trato con cada uno. Es una especie de negación de la diferencia y una necesidad de la ilusión del "todos son iguales para mí". En vez de aceptar que estos movimientos existen, observarlos, darse cuenta de ello para que éstos influyan lo menos

posible. Esta negación del terapeuta tiene su contrapartida en el grupo, en la primera fase, en los primeros meses de su constitución, en las que los integrantes encuentran alivio en pensarse iguales para el terapeuta, (“aquí todos somos iguales, significamos lo mismo para el terapeuta...”, etc.)

2) La tendencia del terapeuta a querer terminar antes algunas escenas. O a conducir las a ciertos lugares, que le provoquen alivio. Esto se puede producir en el caso de que determinadas escenas que se trabajan en el grupo provoquen un nivel alto de angustia en el terapeuta. Fruto de haber desencadenado una serie de asociaciones inconscientes perturbadoras procedentes de archivos propios (situaciones, escenas anteriores) no del todo resueltas en su vida. Esta angustia puede llevar al terapeuta a una pérdida de perspectiva de la escena grupal que se está trabajando y contaminarla con aspectos propios. Como vía de escape para disminuir su angustia el terapeuta puede pretender terminar antes la escena, o de una determinada manera que a él/ella le suponga un alivio. Imaginemos una escena en la que el protagonista se desarrolla con un padre castrador, duro, y ante el que el protagonista no se rebela. Si esto conecta con escenas del terapeuta no resueltas con figuras de autoridad igualmente castradoras puede provocarle un nivel de ansiedad alto y guiarle hacia una resolución lo más temprana posible que le ahorre ansiedad y tendente a una búsqueda de la “rebelión” ante la imago paterna que el terapeuta no llegó a hacer en su propia historia.

3) La necesidad del terapeuta de sentir gratificación, de que “el grupo vaya bien”, evolucione, lo aproveche o le sea útil. Por supuesto que estos pueden ser deseos positivos, en los que se trasluce el *eros*, un sentimiento y expectativa positiva hacia el grupo. Pero hablo de la necesidad de que esto sea así siempre. Sin entender la diversidad tanto de personas, como ritmos y tiempos. O la realidad de que no siempre todo evoluciona según lo deseado. En definitiva una no aceptación de la castración por parte del terapeuta. Es una necesidad de gratificación narcisista, de sentirse competente y exitoso como terapeuta. Como si el hecho de

que un grupo no evolucionara significara un desdoro profesional. Estos fenómenos pueden dificultar la lectura tranquila de la escena, de la contratransferencia grupal. Y pueden llevar al terapeuta a huir de algunas escenas y/o a detenerse más, ralentizar y recrearse en exceso o querer hacerlas discurrir por territorios que le resulten gratificantes a él. En este sentido conviene estar sobre aviso sobre los efectos de la contratransferencia narcisista, en la que en el vínculo con el paciente individual o con el grupo va sobre ruedas, no hay (aparentemente) resistencias y esto encaja perfectamente con el narcisismo del terapeuta. Puede constituir una “dulce cárcel” para el terapeuta, que le atrape y le lleve a ignorar otros aspectos y a no querer explorar lo que esconde tanta idealidad. Nada gratifica más a un terapeuta con un narcisismo no resuelto que el paciente obediente que hace caso de las indicaciones y se muestra agradecido y sumiso. En el ámbito de la psicosis y de los trastornos graves que me es tan cercano, los propios recursos de rehabilitación psicosocial (centros de rehabilitación psicosocial, dispositivos de pisos supervisados, equipos de apoyo, centros de día, etc.) parecen necesitar y aceptar mejor pacientes de este tipo, acostumbrados como estamos a pacientes que no hacen caso, no mejoran, dan pocas gratificaciones y suelen situar al otro/a terapéutico en el vacío. En vez de preguntarnos por qué se sitúa tanto en la obediencia, si es capaz de diferenciarse, individuarse mínimamente, qué miradas ha recibido cuando ha sido sumiso, y cuando se ha rebelado ante la autoridad. ¿O es que no se rebela nunca? O si se está sintiendo perseguido por nosotros y trata de no recibir hostilidad.

4) La propia inseguridad del terapeuta, puede hacer que tolere mal los movimientos grupales, empeoramientos momentáneos, dificultades en el proceso, abandonos de algún miembro, movimientos hostiles de los pacientes, etc. Pueden hacer que el desarrollo grupal se contamine también con fantasmas neuróticos del terapeuta. Algunos factores que pueden influir en esta inseguridad, además de los ya dichos son las necesidades económicas del terapeuta si se da el caso que el mantenimiento o no del grupo y el progreso o no en su devenir tienen influencias económicas para él así como las necesidades omnipotentes, de

grandiosidad del terapeuta que puede hacer que esté más pendiente de sí mismo y de calmarse a sí que de las necesidades del grupo. En definitiva las dificultades en el continuo de omnipotencia-castración.

5) El peligro de la contratransferencia positiva. Entendida como una excesiva dosis de preocupación y de afecto positivo depositados por el terapeuta en el paciente (Rubí Cid, 1988). Este exceso de afecto puede forjar un miedo a “molestar al terapeuta” con ciertos contenidos, con un miedo latente a destruirlo y perder así la relación con él. Esta autora señala el hecho de que, forzado por una "complicidad" con el narcisismo del terapeuta, el paciente queda atrapado en el rol “del buen paciente” llevándole a comportarse como si progresara siempre, imposibilitado para mostrar su agresión o ‘locura’. En realidad puede producirse una colusión entre dos roles que encajan a la perfección y en la que la agresividad queda negada. Teniendo “un buen paciente” que cuida de no molestar al terapeuta y un terapeuta complacido en su narcisismo, atrapado en una dulce cárcel contratransferencial en un bucle que se retroalimenta y puede durar años. Rubí Cid llama a desconfiar de la contratransferencia positiva, no entendiéndola como necesariamente un estorbo pero sí a ponerla bajo sospecha especialmente si: 1) no ha atravesado vicisitudes y los sentimientos positivos hacia el paciente existen desde el comienzo, sin variaciones y 2) es unánime en el equipo de coterapeutas. El peligro además proviene del enmascaramiento, porque es claro que la hostilidad sentida hacia el paciente le llevará al terapeuta a supervisarlo o a preguntarse qué pasa, mientras que la positiva puede pasar desapercibida y no hacer recaer una mirada reflexiva sobre ella.

Ante todas estas dificultades que pueden surgir en el devenir del grupo, la pregunta sería cómo hacer para lograr una cierta “libertad contratransferencial” (asumiendo que no es posible una posición de libertad total), sin tanta influencia externa, intereses secundarios y conmoción del mundo interno del terapeuta

5. LIBERTAD CONTRATRANSFERENCIAL

Sin duda que el punto de partida, como ha sido señalado por tantos autores, empezando por Freud, pasa por el mayor conocimiento (autoconocimiento) del terapeuta sobre sus propios contenidos. Apoyado en su propio crecimiento personal, proceso terapéutico, reflexión personal y necesaria supervisión de los casos. Estas patas harán que la mesa no cojee en exceso y tener un grado de madurez mínimo con el que acompañar al grupo. “Conocer” como ya ha sido dicho no significa ni es sinónimo de “tener superados”. Eso sería en mi opinión una visión del terapeuta muy superyoica y exigente. Pero sí al menos conocer cuáles son sus tendencias, hacia dónde puede torcerse el tiro, cuáles son los temas que pueden hacerle “vibrar neuróticamente” (¿cuáles son mis temas: las relaciones de poder/subordinación, el narcisismo, ser excesivamente exigente, la necesidad de control? etc.) Conocer las escenas temidas propias y elaborarlas protege al terapeuta de no actuar la contratransferencia y por ejemplo, no ponerse hostil si es cuestionado, además de permitirle hacerse representaciones mentales de sus escenas temidas. Representárselas, poder pensarlas. La representación mental anticipada del terapeuta de esos temores le puede servir para calmarse y recuperar su confort interno. Con representaciones mentales se hace alusión por ejemplo a percibir en qué fase se encuentra el grupo, representarse los fantasmas que están funcionando, cómo pueden resolverse, cómo puede uno posicionarse ante ellos y entender y prevenirse sobre cómo sus fantasmas internos pueden colusionar con los fantasmas grupales. Para poner un ejemplo concreto, en el trabajo que hacemos semanalmente con un grupo de pacientes con psicosis y aledaños, desde hace ya varios años, hay un necesario trabajo elaborativo reflexivo sobre la propia tendencia de los terapeutas que llevamos el grupo. Tendencia a la omnipotencia (tan propia de los recursos y profesionales de ayuda), a proponer una multiplicidad enorme de caldeamientos y propuestas como manera de calmar el miedo al propio fracaso, a que el caldeamiento no sea suficientemente movilizador. Esta elaboración mental, esta reflexión y la asunción de que es un fantasma nuestro viene

haciendo que estemos atentos a no sobrecargar, a escuchar por dónde va el latido del grupo y disminuir la directividad.

El segundo punto es aceptar que no es posible anular la contratransferencia, ni es lo ideal, de la misma manera que no es posible no comunicar. Sería como posicionarse anulando un canal de comunicación por miedo a que lo que llegue a través de ese canal sea perturbador o por tener un ideal de terapeuta “neutral” muy elevado imposible de alcanzar, más propio de otra época en la historia de la psicoterapia. Es imposible no sentir, que no se nos abran archivos, y sería buena idea aceptarlo desde el principio. La contratransferencia en realidad está funcionando desde antes de que empiece el grupo a rodar. Desde el momento en que se plantea a quién se le propondrá su participación y a quién no. También desde ese punto es una herramienta. Constituyéndose en uno de los requisitos para confeccionar el grupo, bien a través del conocimiento previo que se tiene de los candidatos bien a través de entrevistas individuales. El trabajo del terapeuta consiste en prestar oído a las sensaciones que le producen y a realizar representaciones mentales de cómo podrían ser sus escenas, su transcurrir por el grupo, etc. De tal manera que podamos equilibrarlo. En el nuestro mayoritariamente en la órbita psicótica, es importante la selección previa, (ya que podemos hacerla, que no siempre se puede). Resultándonos de gran ayuda las sensaciones internas que se van desencadenando más que una selección racional por criterios o diagnósticos. Aunque a posteriori si la selección ha sido más o menos acertada se puede ver cómo se trata de personas que tienen bastantes coincidencias en cuanto al momento de su ciclo vital, un yo que puede soportar la interacción y el juego, y con unas defensas no tan masivas que no le permitan participar ni depositar nada en el grupo.

Otro punto importante sería hacer caso a lo gestual en la escena y en general de lo primario y emocional. Y especialmente aun más cuando entra en contradicción con lo verbal. Desconfiar de lo racional. Ya que detrás del empeño del protagonista o del terapeuta en hacer

transcurrir la escena o buscar una salida “razonable” a la escena suele camuflarse necesidades reprimidas y/o negadas. Sin embargo la comprensión de la escena es más fiable “desde las tripas”, la conexión imaginario del grupo-imaginario del terapeuta. Si la escena transcurre en proceso primario, es decir a nivel emocional, esto se traducirá más en lo gestual que en las palabras y razonamientos. En ese sentido conviene hacer mucho más caso a lo corporal. Quizás el ser humano está mucho más acostumbrado a defenderse desde lo racional, usando como vehículo protector la palabra más que el cuerpo, que suele estar conectado con la emoción de una manera más inadvertida y sutil. Es más fácil que mienta la palabra que la mirada, la postura y el gesto. Cuántas veces no nos habremos sorprendido diciendo que no estamos nerviosos tratando de acallar la verdad del cuerpo que trata de salir en forma de un temblor de manos o un deambular de un lado a otro. La actitud del terapeuta pues, como tantas veces nos dice Daniel Valiente, es la **de descabezado, con el corazón y el cuerpo resonantes** (la razón suele estar más contaminada). Sin embargo, si la escena fluye, catectizada, con vida, cargada emocionalmente, funcionando en proceso primario, notaremos esa vida y esa carga emocional en la contratransferencia. Estaremos detectando a través de la ella que hay algo verdadero en el desarrollo de la escena.

El uso de la contratransferencia nos puede llevar a salirnos del lugar en el que nos coloca el paciente. El paciente puede colocarnos como el sabio que todo lo sabe, como un perseguidor, el enemigo que me va a señalar la falta, el que no vale, el del lugar para la queja, etc. Permanecer en ese lugar puede ser terrible y confirmar los vínculos patológicos con los que la persona llega a terapia. En muchas ocasiones, en el trato con pacientes con tendencias paranoides (y más aun si es en el trabajo desde un centro público) es fácil detectar como acabas colocado en el lugar del perseguidor, y te sorprendes a ti mismo confirmándole ese lugar en el que te ha colocado, realmente persiguiéndole. Por esto es importante observarlo, darse cuenta de los sentimientos que te surgen como terapeuta en ese vínculo y poder

interactuar desde otro lugar, que le permita con el tiempo al menos cuestionar que no eres ese perseguidor que creyó ver en ti.

Para terminar, una pregunta interesante a hacerse en el análisis a posteriori de la contratransferencia es si ante el impacto emocional por los movimientos del grupo, o por las escenas, el terapeuta actúa defendiéndose de la escena. La frialdad, angustia, distancia, dolor, humor, sarcasmo... provienen de que se han activado archivos propios ¿o se está defendiendo? La primera opción es inevitable, la segunda nos conduce a la supervisión. No es lo mismo sentir confusión en el transcurso de una escena porque es palpable la confusión del protagonista, y uno la percibe, pudiendo leer la escena y darse cuenta de dónde proviene (la confusión la pone el paciente), que sentir confusión por los propios fantasmas neuróticos del terapeuta, que le impulsan a actuar rápido, aplicar muchas técnicas o dar una salida a la protagonista (la confusión la pone el terapeuta).

6. CONCLUSIÓN

La posición que he tratado de argumentar es el uso cauto de la contratransferencia como una herramienta que no está libre de peligros. Partiendo del reconocimiento como inevitable de la emoción y los movimientos contratransferenciales, tanto en psicoterapia en general, como en el trabajo psicodramático en particular. En la disquisición arquetípica entre una contratransferencia cenicienta y otra entronizada en el rol de princesa, cabe la posibilidad de salirse de las polaridades y tratarla como una mujer real, con sus luces y sombras, pero siempre esencial. A la que hay que escuchar, tener en cuenta, analizar incluso si es positiva, desconfiar y confiar para valernos de ella, en el desvelamiento de la verdad del grupo.

La famosa concepción de **Bion** de un terapeuta “sin memoria y sin deseo” es para nosotros quizás imposible de cumplir, y se podría traducir a nuestra labor psicodramática en un “con memoria (de los conflictos y escenas latentes pasadas del grupo, y propias del terapeuta, con memoria del latir del grupo) y sin deseo de querer llevarlo a una solución que al

psicodramatista le parezca la salida apropiada a la situación que plantea la escena". Especialmente si lo que guía al terapeuta es calmarse y/o la inflación narcisista.

Como una tarea más del terapeuta, está el ser capaz de entrar y salir de la emoción, y de la cuota emocional que se corresponde con su contratransferencia, pudiendo así acercarse y alejarse de la emoción y de la escena, para situarse en una posición más libre que nos permita vibrar con el sonido que nos llega, y a la vez darnos cuenta de qué nota está sonando.

Bibliografía

Brik, L. y Cornejo, S. (2003). *La representación de las emociones en Dramaterapia*. Madrid: Editorial Panamericana.

Freud, S. (1995). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En S. Freud, *Obras completas XII* (pp. 111-119). Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1995). Las perspectivas futuras de la psicoterapia psicoanalítica (1910). En S. Freud, *Obras completas XI* (pp.). Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Heinmann, P. (1950). On Counter-Transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.

Lacan, J. (1981). *Intervención sobre la transferencia, Escritos I*. México: Siglo XXI.

Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1996) *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Paidós.

Martínez, C., Moccio, F. y Pavlovsky, E. (1970). *Psicodrama Psicoanalítico en grupos*. Buenos Aires: Ediciones Kargieman

Moguillansky, R. (2004). *Nostalgia del absoluto, extrañeza y perplejidad. Clínica y teoría de lo negativo: la pérdida de la ilusión de lo absoluto y la ruptura del sentido común*. Buenos Aires: Ed. Libros del Zorzal.

Pavlovsky, E. y Kesselman, H. (1991). Dos estares del coordinador. En: *Lo grupal*. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda.

Polster, E. y Polster, M. (2009). *Terapia Gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Racker, H. (2000). *Estudios sobre la técnica psicoanalítica, la transferencia y contratransferencia*. México: Paidós

Thomä, H., Kächele, H. y Jiménez, J.P. (1986). La contratransferencia en una perspectiva histórico-crítica. *Revista de Psicoanálisis*, 43, 1237-1272.

Thomä, H. y Kächele, H. (1989). *Teoría y práctica del psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Herder

Rubí Cid, M.L. (1988). Implicaciones de la contratransferencia positiva unánime en los co-terapeutas de grupo. En *El Grupo, lugar de encuentro y divergencia* (pp. 410-422). Madrid: Grupo Quipú de Psicoterapia.

Valiente, D. (1995). *Psicodrama y Psicoanálisis*. Madrid: Fundamentos.

Dalmiro Bustos. <http://www.depsicoterapias.com/articulo.asp?IdArticulo=404>

http://cpsea.org/inicio/images/stories/historia_contratransferencia_y_resignificacion.pdf

Historia, contratransferencia y resignificación. SAP Sociedad Argentina de Psicoanálisis.

Domingo Boari.

<http://www.elpsicoanalitico.com.ar/num5/clinica-carlevarino%2Botros-psicodrama->

[contratransferencia-grupos-escenas-temidas.php](http://www.elpsicoanalitico.com.ar/num5/clinica-carlevarino%2Botros-psicodrama-contratransferencia-grupos-escenas-temidas.php) La contratransferencia en el escenario psicodramático. Marta Carlevarino, Rosa Gremes, Silvia Huberman, María Teresa Musso y Leonel Sicardi. Grupo Psicodramático Buenos Aires.

La vida personal del psicoterapeuta. Implicaciones para la formación y la supervisión. Marisol

Filgueira Bouza. <http://trastornosdisociativos.files.wordpress.com/2012/10/taller-vida->

[personal-del-psicoterapeuta.pdf](http://trastornosdisociativos.files.wordpress.com/2012/10/taller-vida-personal-del-psicoterapeuta.pdf)