

**Problemas del campo de la transferencia – contratransferencia:
perspectiva actual y vigencia de nuestras raíces¹**

*Beatriz de León de Bernardi**

Resumen

Partiendo de diferentes enfoques metapsicológicos, y de problemas de orden general en relación con el tema de la transferencia y de la contra-transferencia, planteo en el presente trabajo algunos de los problemas que en la actualidad me resultan más relevantes en relación con el tema. Si bien en un primer momento ambos conceptos surgen ligados al fenómeno de la resistencia, posteriormente se va destacando y comprendiendo el alto valor instrumental que la transferencia y —sobre todo— la contratransferencia tienen en relación a la evolución del proceso analítico y a las posibilidades de captación de la realidad psíquica del paciente por parte del analista. El avance de la investigación clínica ha permitido una comprensión mayor de la participación del analista en el proceso, lo cual problematiza las nociones de neutralidad y de abstinencia analíticas.

En segundo lugar, retomando algunos de los aportes originales del pensamiento psicoanalítico del Río de la Plata, que desde mi punto de vista se mantienen vigentes en el pensamiento psicoanalítico actual, reflexiono sobre las características del encuentro entre analista y paciente y sobre el carácter de los fenómenos intersubjetivos generados en los momentos de activación de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales durante el proceso analítico. Relato una viñeta clínica que ilustra algunas de las cuestiones planteadas.

Finalmente postulo la necesidad de profundizar y desarrollar la investigación clínica en relación al campo de la transferencia–contratransferencia. En este sentido, planteo las complejidades de la relación entre los problemas clínicos surgidos en el contexto único de cada situación analítica y la diversidad de nuestros enfoques metapsicológicos de orden más general y abstracto.

¹. Relato oficial XXI Congreso de FEPAL

*. Miembro Titular de APU. Santiago Vázquez 1142,11300, Montevideo Uruguay.

Summary

Departing from different metapsychological perspectives, and from some general problems connected with transference and countertransference, I hereby deal with some issues which I consider to be relevant for this theme. Even though in the initial instances both concepts appear bound to the phenomenon of resistance, subsequently, it has gained recognition the important instrumental value that transference and, most of all, counter-transference have in relation to the evolution of the analytic process and to the possibilities that the analyst has of understanding the patient's psychic reality. The developments of clinical research allow for a much wider comprehension of the participation of the analyst in the process, turning even more problematic the notions of analytic neutrality and abstinence.

I also consider some of the original contributions of the psychoanalytic thought in the River Plate, which, from my point of view, have a standing importance in current psychoanalytic thought. I reflect about the characteristics of the analyst-patient encounter, and of the intersubjective phenomena generated during the periods of activation of the transference and counter-transference phenomena through the analytic process. I offer a clinical vignette which illustrates some of the issues in question.

Finally, I postulate the need to explore and develop the clinical research in relation to the field of transference-counter-transference. In this sense, I state the complexities involved in the existing relation between the clinical problems emerging in the unique context of each clinical situation, and the diversity of our metapsychological perspectives, more general and abstract.

Descriptores: TRANSFERENCIA / CONTRATRANSFERENCIA / AUTOANÁLISIS / NEUTRALIDAD / PSICOANALISTA / TEOIUA/ INTERSUBJETIVIDAD / REGRESIÓN / INCONSCIENTE / PALABRA / RESEÑA CONCEPTUAL

El estudio del campo de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales que se desarrollan durante el trabajo analítico, aparece como objeto y tema privilegiado de la investigación clínica en psicoanálisis. Surge desde el seno de la situación analítica, se refiere al trabajo sobre los aspectos inconscientes de la comunicación entre analista y paciente, y permite plantear el estudio de los efectos de nuestras interpretaciones en la realidad psíquica

del paciente.

En el presente trabajo plantearé algunos de los problemas que en la actualidad resultan relevantes en relación con el tema, retomando en esta reflexión la perspectiva del psicoanálisis latinoamericano y, más específicamente, algunos de los aportes originales del pensamiento psicoanalítico del Río de la Plata que se mantienen vigentes hoy día.

1) Transferencia y contratransferencia ¿resistencia o instrumento? ¿creación del paciente o contribución del analista?

En sus inicios, tanto la noción de transferencia del paciente como la de contratransferencia del analista se han entendido como obstáculos al trabajo de la asociación libre en el proceso analítico.

Así, para Freud los recuerdos infantiles reprimidos surgen en forma espontánea transfiriéndose a la persona del analista con la cual se ha establecido un falso enlace. El analista responde con la interpretación que restablece el decurso de la asociación libre.

En sus orígenes el concepto de contratransferencia implica aún más directamente la idea de respuesta inadecuada del analista al paciente. En su sentido estricto aparece como el aspecto resistencial del analista, promovido por el trabajo con el paciente que despierta sus propios “complejos y resistencias” S. Freud (1912), por lo cual necesita a su vez analizarse para liberarse de sus “puntos ciegos”. Freud distinguía claramente la contratransferencia entendida como obstáculo a la asociación libre del paciente, de los aspectos instrumentales de la mente del analista, ya sea la atención libremente flotante, como el uso de las memorias inconscientes del analista.

En los desarrollos propuestos por M. Klein (1932) en su teoría de las relaciones de objeto, es en el “aquí y ahora” de la situación transferencial donde se reeditan y transfieren al analista, en forma repetitiva y ahistórica, los conflictos intrapsíquicos del analizando. En este caso el mecanismo central en juego no sería tanto la represión sino la proyección y la identificación proyectiva. También aquí la contratransferencia es entendida como respuesta a la transferencia del analizado, y en este sentido se puede decir que es creada por él. En M. Klein la reacción contratransferencial, correspondería como en Freud a aspectos resistentes del analista.

Paula Heimann (1950) formulará una concepción amplia de la contratransferencia, incluyendo todos los sentimientos o reacciones que el paciente promueve en el analista. Tanto esta autora como desarrollos del pensamiento kleiniano, por ejemplo los de Racker (1968), aportarán la noción de que las reacciones contratransferenciales permanentes del analista

serán el principal instrumento de comprensión del mundo interno del paciente. Pero, de todas maneras, la contratransferencia sigue siendo un reflejo de los conflictos transferenciales del paciente y en definitiva es creada por él.

En una perspectiva diferente J. Lacan (1958) cuestiona la noción de contratransferencia. Al formular su concepción de los tres registros, jerarquiza la relación transferencial, en la cual destaca la posición de paciente y analista en relación al orden simbólico y al orden real. En la interrelación analítica, el analista debe buscar desaparecer, ocupar el lugar del muerto como en el juego de Bridge. Se jerarquiza el hecho de que el analista no debe responder a la demanda del analizando, buscando cumplir, de esta manera, los preceptos freudianos de la regla de abstinencia y neutralidad del analista. Esto facilitará el surgimiento del movimiento del deseo inconsciente en el paciente.

1a) La contratransferencia y la neutralidad analíticas

Sin embargo, la reflexión psicoanalítica actual ha incentivado el estudio de la contratransferencia. Esto ha correspondido a la progresiva comprensión de la complejidad que encierra la participación del analista en el proceso analítico y a las dificultades que conlleva el mantenimiento de una auténtica actitud de neutralidad con el paciente.

Por un lado se ha cuestionado el que la contratransferencia sea sólo una reacción del analista a la transferencia del paciente. Se ha señalado (Jiménez 1989, Schafer 1993) cómo, muchas veces el analista contribuye, de forma no conciente a crear los fenómenos que él piensa como provenientes del paciente, y ante los cuales posteriormente reacciona. De esta manera el mismo analista incide en la determinación del campo y en la conformación de las características del vínculo transferencial–contratransferencial.

Estas razones han llevado a la necesidad de ampliar la función de auto–observación del analista a nuevas arcas de si mismo.

Dos corrientes de reflexión han enriquecido esta perspectiva: una que tiene que ver con la consideración del “instrumento analítico”, y otra que reflexiona sobre el papel del pluralismo teórico en nuestra práctica.

En primer lugar, la investigación clínica sobre las posibilidades instrumentales de la mente del analista estudia los procesos que posibilitan en el analista la escucha del inconsciente del paciente. Se plantean las complejidades que encierran los procesos de escucha en el analista, en la medida de que en los mismos intervienen diferentes registros sensoriales. Así en la comunicación analítica encontramos una interrelación estrecha entre la representación verbal y otros registros más regresivos. Aspecto al que me referiré más adelante.

Estos problemas que estaban presentes en desarrollos de Álvarez de Toledo (1954) en el Río de la Plata, y en múltiples descripciones de los procesos de metaforización ocurridos en el análisis, surgidas especialmente en desarrollos del pensamiento francés, reaparecen en teorizaciones y en estudios clínicos más actuales: P. Aulagnier (1980) L.B. Boyer (1992), Th. Jacobs (1991) y D. Stern (1985), entre otros.

En segundo lugar, se ha desarrollado la reflexión sobre la repercusión que el pluralismo teórico tiene en los procesos selectivos del analista, tanto en lo que tiene que ver con su comprensión del material analítico como con los procesos de interpretación. Varios autores han señalado la influencia de los determinantes teóricos en la delimitación de lo que podemos escuchar y entender (R. Bernardi 1993, R. Chessick 1989, R. Schafer 1993).

Por otro lado, el avance en el conocimiento de las patologías narcisistas ha enriquecido nuestras conceptualizaciones sobre los aspectos narcisistas presentes en la contratransferencia del analista. M. de M'Uzan (1989) ha planteado con lucidez los riesgos narcisistas de nuestra función. Desde su punto de vista, una serie de medidas defensivas del analista pueden instalarse en el vínculo con el paciente. Estas pueden ir desde “el exceso de observación a la distracción, del mutismo a la interpretación–seducción, desde la búsqueda de satisfacciones pulsionales incluidas las masoquistas, a la búsqueda de suministros narcisistas”.

Todo esto ha problematizado desde mi punto de vista, la tradicional noción freudiana de los “puntos ciegos” como aspectos de la neurosis infantil del analista no suficientemente analizados, convocados por la neurosis de transferencia del paciente. Esta noción de “puntos ciegos” parece extenderse, en mi visión, tanto a los aspectos narcisistas e idealizados del analista, como a áreas de su personalidad que lo implican en su forma de entender a los otros y al mundo.

A su vez, la noción de instrumento libre de involucramiento propia del ideal positivista de fines del siglo XIX, también parece estar en cuestión. Se ha visto como estamos condicionados a comprender desde nuestras posibilidades de formación y de características de personalidad y estilo, y cómo muchas veces es el mismo instrumento que crea aquello que puede ser observado. Que los conflictos (Levine, 1994) analizados del analista son su principal fuente de captación de la propia realidad psíquica y de la realidad del paciente. Pero que entender al otro implica también ciertos fenómenos de desprendimiento y de duelo en el sentido de que implica un poder dejar de lado nuestros puntos de vista aceptando que entendemos parcialmente, y que en último término incidimos en destrabar procesos de desenvolvimiento que serán llevados a cabo por el paciente.

La mayor conciencia de nuestras posibilidades y limitaciones en relación a la captación de

la realidad psíquica del paciente hace que sea necesario ampliar nuestra capacidad de autoobservación y de poder establecer “una mirada de segundo grado” (Baranger 1979) o “una segunda escucha” (Marta Nieto y col. 1985) no sólo sobre los momentos de tropiezo en nuestro trabajo (baluarte, impasse, reacción terapéutica negativa, entre otros), sino aún sobre los aspectos aparentemente fluidos de la escucha analítica.

Hemos señalado (Bernardi, R y B. de León 1993), la necesidad de poner a disposición de la capacidad de autoanálisis tanto aspectos de la personalidad del analista que puedan resultar egosintónicos, como los supuestos teóricos a partir de los cuales analizamos. Pero esta preocupación aparece desde diferentes corrientes. Desde aquellas que proponen la necesidad de reflexión sobre el “uso del sí mismo” (“self reflections” del analista), hasta las que reflexionan en un nivel más general y teórico sobre la función del analista. Señalarán la necesidad de auto-observación del analista y de autoanálisis en relación con el trabajo analítico como forma de garantizar una mejor captación y un mayor respeto de la realidad psíquica del paciente.

II) El punto de vista intersubjetivo

Podemos acercarnos al estudio del campo de la transferencia y de la contratransferencia desde diferentes ángulos. Una perspectiva será la del estudio de las repercusiones que el proceso analítico tiene en la realidad psíquica del paciente y, o el analista. Hoy en día parece incentivarse el punto de vista intersubjetivo que va a considerar los modos de interrelación analítica y los fenómenos intersubjetivos generados en el campo analítico.

El punto de vista intersubjetivo está presente desde los comienzos del psicoanálisis en diferentes aproximaciones a la teorización de la transferencia y de la contratransferencia. Así aparece en las conceptualizaciones desarrolladas por la teoría de las relaciones de objeto, y en la concepción de Lacan. En los primeros la relación primaria con el objeto, el pecho materno, irá definiendo la conformación del mundo interno del lactante. Estas primitivas relaciones de objeto se reproducirán y trabajarán en la relación con el analista. Desde su visión estructuralista, J. Lacan concibe la situación analítica como una alternancia de lugares y funciones que se determina por lo que cada uno representa para el deseo inconsciente del Otro (Lacan 1958). Pero en estos desarrollos el punto de partida se ubica en la teorización de las características de la realidad intrapsíquica individual.

Es recientemente que se ha generalizado el interés por el estudio de los fenómenos intersubjetivos ocurridos en la interrelación entre paciente y analista. En nuestra asociación encontramos aportes de T. Bedó (1988), M. Viñar (1991), A Vares (1992), entre otros.

Algunos de estos problemas habían sido abordados en la tradición del Río de la Plata² desde comienzos de la década del 60. En aquel entonces encontrábamos los aportes renovadores de J. Bleger (1967) sobre la simbiosis en el campo analítico, D. Liberman (1970) con su conceptualización en relación a los estilos complementarios entre analista y paciente, H. Racker (1968) con sus desarrollos en torno a la identificación contratransferencial concordante o complementaria y de W. y M. Baranger (1962).

Estos últimos, al proponer la hipótesis de que la dinámica del proceso analítico se sostiene en una fantasía inconsciente “bipersonal” (1962) o “básica” (1992) creada por la interrelación analítica, propondrán una nueva forma de aproximación a la consideración de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales. En efecto, el campo de la situación analítica promueve la creación de nuevas configuraciones o “gestaltch” (1962) inconscientes compartidas que son inéditas y propias a cada momento y proceso analítico. Las mismas

². Algunas de estas cuestiones se señalan en la historia de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (Maggi, I., Neme, J. C. (1986) y en la revisión sobre el desarrollo del psicoanálisis en la Argentina (Cucurullo, A., Faimberg, H., y Wender, L.).

determinadas y determinantes de las características del campo incidirán a su vez en los procesos de la interpretación. A esta primera visión de W. y M. Baranger que se apoyó en la conceptualización kleiniana y bioniana, se agrega en los años posteriores (1970 y 1992) el contacto con el pensamiento de L. Lacan. Este enriquecimiento de los referentes teóricos no modificó las hipótesis centrales que su concepción de la situación analítica dejaba planteadas y que apareció como revolucionaria en el comienzo de los años 60.

Desde mi punto de vista su enfoque dejaba planteadas cuestiones de diverso orden:

- a) ¿Cuál es la naturaleza de estas gestalten intersubjetivas?
- b) ¿Cuáles son los canales, los enlaces o puentes transferenciales–contratransferenciales que permiten la conformación de las mismas?
- e) ¿Qué tipo de acercamiento o comunicación se establece entre el paciente y el analista y cómo se recupera la función de asimetría analítica?

IIa) La cuestión de las características de las formaciones intersubjetivas

Después de más de 30 años se vuelve a reflexionar desde diferentes perspectivas teóricas sobre las características de estas formaciones intersubjetivas definidas por W. y M. Baranger como fantasías inconcientes.

Entre los desarrollos de la corriente kleiniana y postkleiniana encontramos entre otros los aportes de Ogden (1994) sobre el tercero analítico y de M. Bezoari y A. Ferro (1992, 1993) que desarrollan más específicamente aspectos del pensamiento de W. y M. Baranger teniendo en cuenta aportes de H. Racker (1968) D. Liberman, (1970) E. Pichon Rivière (1978) y J. Bleger (1967). Por razones de tiempo me referiré solamente a M. Bezoari y A. Ferro, quienes retomarán el tema de las transformaciones de la pareja analítica en el campo dinámico.

Estos autores conciben al campo analítico como un espacio transicional que se establece entre paciente y analista, en el que se crean ciertas “gestalten” intersubjetivas a las que denominan “agregados funcionales”. En la sesión analítica una función onírica trabaja en las dos mentes, lo cual permite “soñarse mutuamente en una recíproca corriente de estímulos y de identificaciones proyectivas”. Estos agregados o “gestalten” del campo analítico son una síntesis de elementos heterogéneos (verbales, emocionales, y corporales) y son llamados “funcionales” porque la forma de esta geometría, el carácter de su combinatoria queda ligada o es la manifestación del modo de funcionamiento de la pareja analítica. Se refieren al concepto de simbiosis y aglutinamiento de J. Bleger (Bleger 1967), para hablar de este interjuego de partes proyectadas o escindidas en el otro de la pareja analítica. Estos agregados funcionales se van transformando sucesivamente en la interacción analítica, y se tiene una

visión compartida, y una sintonía afectiva sobre lo que ocurre en el campo analítico. El trabajo analítico permitirá la discriminación posterior.

Partiendo de desarrollos metapsicológicos freudianos Luisa de Urtubey también se ubica en la tradición del pensamiento de W. y M. Baranger. En su visión “La contratransferencia es más que la respuesta inconsciente a la transferencia. Ella no es el producto exclusivo del psiquismo del analista sino que forma parte de la situación analítica, del espacio analítico, tanto como la transferencia en el paciente” (de Urtubey 1994). A la vez, Luisa de Urtubey considera que podemos distinguir aspectos concientes, preconcientes e inconscientes de la transferencia y de la contratransferencia.

Desde un punto de vista personal, considero que se hace necesario distinguir dos formas de aproximación al estudio de la intersubjetividad analítica en el marco del encuentro transferencial contratransferencial: uno es el del estudio de los fenómenos intersubjetivos generados por la situación analítica; el otro es el estudio de las representaciones de la intersubjetividad, ambos niveles de aproximación están estrechamente ligados.

En el proceso analítico encontramos momentos de diferente significación. Los que me han resultado más relevantes son aquellos en los cuales se produce un intrincamiento entre las vivencias del paciente y las del analista. En estos momentos se intensifica la comunicación analítica: ya sea el diálogo verbal, el gestual, diversas manifestaciones del inconsciente ocurridas en la sesión, lapsus, fantasías, el relato de los sueños, los fenómenos de identificación proyectiva o introyectiva entre otros. Estos momentos de intrincamiento, verdaderos nudos en los que se activan los aspectos transferenciales y contratransferenciales en la relación analítica, proporcionan la base del proceso analítico (de León, B. 1993).

Este interjuego comunicacional generará tanto en analista como en el paciente diversas representaciones de la intersubjetividad, algunas de las cuales serán compartidas y analizadas en la situación analítica.

El entrelazado de estas configuraciones mentales con los momentos de interacción intensa se constituye en verdaderas “neoformaciones” (Freud 8. 1900) generadas por el proceso analítico que expresan condensadamente la forma en la que se han actualizado los modos de comunicación arcaicos (que incluyen afectos y vivencias corporales primitivas) y los conflictos inconscientes del paciente en relación con el analista, así como las respuestas, reacciones contratransferenciales y asociaciones del analista a los mismos. Si bien estas configuraciones intersubjetivas pueden constituirse en fantasías, no creo que se les pueda atribuir exclusivamente el carácter de inconscientes. Pienso que en ellas se muestran intrincadamente aspectos concientes preconcientes e inconscientes de la realidad psíquica de

paciente y analista. La misma actividad preconciente del analista contribuye de manera significativa en la constitución de las mismas. Presentan un carácter híbrido o transaccional, condensando desde los aspectos más regresivos próximos al sistema primario, a los procesos más elaborados.

Estas representaciones intersubjetivas surgidas desde el centro de nuestras vivencias contratransferenciales constituyen para el analista un camino princeps en el acceso a la captación de la conflictiva inconsciente y de la-realidad psíquica del paciente. Quedarán presentes en la memoria latente del analista (y paciente) incidiendo en la constitución de la historia de ése proceso analítico. Asimismo, deben quedar a disposición de su capacidad de autoreflexión y autoanálisis, lo cual contribuye a la elaboración y contrastación de las hipótesis interpretativas.

Quisiera referirme para ilustrar estos aspectos a una breve viñeta clínica. En la misma se muestra la vivencia de la castración de un joven de 22 años despertada por la proximidad de una intervención, en apariencia menor, en un oído. Es el hijo menor de una familia de tres hermanos. Tiene una hermana y un hermano mayores que él. El padre se alejaba con frecuencia del país por razones de trabajo y la madre ocupaba el lugar de una figura muy fuerte e intrusiva en relación a la sexualidad de sus hijos y a la formación moral de los mismos.

Trabaja en el área del deporte. Encuentra placer en los entrenamientos que le permiten “endurecer el cuerpo”. Disfruta del contacto con varios grupos en los cuales actúa como líder. Pero elude un acercamiento más directo y personalizado.

Ha consultado por una situación de impotencia que ha mejorado con el análisis.

Sin embargo, el trabajo con este paciente ha sido particularmente difícil. He sentido muchas veces la sensación de desánimo. Me transmite una sensación de frialdad y de desinterés por el vínculo analítico. Durante mucho tiempo se ha mostrado impermeable a mis interpretaciones, desestimándolas. “Puede que sea así, pero yo no lo siento.” Se me representa como recubierto de una coraza de frialdad que me es imposible quebrar y siento que no puedo conectarme con él más profundamente. Tiene un vínculo fugaz con varias mujeres a la vez. Percibo detrás de esta actitud de aparente rigidez y superficialidad, una conducta fóbica al contacto.

He interpretado que esta actitud quizás esconda en él temores de despojo de distintos aspectos de sí mismo: sexualidad, sentimientos, opiniones y pensamientos. Pero no se han revelado en el análisis las cualidades, características y razones más explícitas de sus temores.

Solamente después de que interpreto el olvido de sus sueños, (que a él mismo le resulta

llamativo), como un temor a que yo no respete su intimidad, es que el paciente comienza a asociar más libremente.

Pero es al examinar la significación que para él tiene la operación en su oído que realmente ocurre un progreso en la comprensión de la raíz de sus temores.

La sesión previa a su operación comienza hablando de sus relaciones con diferentes mujeres y de cómo deja indiferentemente a una para pasar a otra.

Al decirle que quizás en la actualidad lo que más le preocupa es su operación y cómo quedará después de la misma, me responde que es cierto que sintió cierto nerviosismo en su entrevista con el médico.

Entre sus asociaciones comenta que fue a ver a un amigo que se había operado de apendicitis. Este amigo es un “dominado por la mujer”. Dice que es verdad que lo impresionan los hospitales y las enfermedades o la muerte. Antes (de analizarse), esto le pasaba mucho más que ahora; sin embargo, igual se impresionó cuando el amigo le mostró su herida en su estómago y sintió asco.

Relaciono entonces este nerviosismo a su miedo a la sordera por la operación y éste miedo con sus temores a perder su potencia sexual y su poder de decisión, como le pasa al amigo con su mujer.

Asocia la sangre de la herida con el asco que le daba en otros momentos todo lo referido a la menstruación de la mujer, aspectos que ya hemos trabajado en el análisis. Relaciono más explícitamente su sentimiento de asco a las diferencias corporales entre hombre y mujer y cómo estos sentimientos pueden haberse originado en experiencias de su infancia. Surge entonces bruscamente en él el recuerdo de un episodio de su niñez. “Cuando era chiquito me acuerdo de una vez que mi hermana me reventó la cabeza con el filo de madera de una silla. Yo estaba agachado jugando en el suelo y ella se resbaló sobre mí. Era un gran tajo, salía mucha sangre. ¿Se ve algo adentro? preguntaba yo.

Las asociaciones posteriores me parecieron esclarecedoras:

“...Siempre me impresiona cuando pienso en las operaciones, pensar en las partes blandas del interior del cuerpo, el estómago o el cerebro, lo mismo cuando veo las vísceras de los animales. Me impresionan las heridas cerca de esas zonas, no me importan las heridas cercanas al hueso, en los brazos o las piernas, o la mejilla. Cuando veo huesos o un cráneo vacío no me impresiona, es como al contrario, pienso ¡qué bien hecho está el hombre! El hueso es algo duro que no se rompe fácilmente.”

Le digo entonces que “el hueso duro hace como de coraza frente a su temor que aparece especialmente con las mujeres, como en el caso de su hermana, o su madre, o conmigo, de

que lo despojemos de su potencia, de sus sentimientos o ideas. En cambio si me muestra un cráneo vacío esto no es posible. Quizás algunos de estos temores puedan hacerse presentes en su vivencia de ser manipulado en la operación. Por esto siente cierto nerviosismo.”

Muchas de mis asociaciones, intuiciones y vivencias sobre el paciente adquieren sentido en este momento. La sensación de coraza narcisista que esconde la estructura fóbica de base se me confirma. Se explican algunas de las actitudes del paciente en el análisis, en especial su dificultad para asociar. Ha manifestado varias veces su preocupación por no poder desarrollarse intelectual y emocionalmente. Ha mostrado su temor a quedarse en blanco en el análisis, cosa que le ha sucedido en otras situaciones trayéndole gran angustia. Ha expresado su necesidad defensiva de estar entrenado en diversos deportes, con la finalidad de endurecer su cuerpo. Es en los momentos en los cuales se siente más seguro. En el contacto conmigo también se ha mostrado rígido y empeñado en no sentir o pensar, pero ahora entiendo de que realmente se siente vacío y que no se ha permitido el pensarse y sentirse a sí mismo. Esto ha llevado al paciente a una inhibición de su desarrollo emocional e intelectual. Le cuesta emitir opiniones personales por ejemplo, dice que no las tiene, y tampoco puede involucrarse profundamente. Por momentos lo siento con un yo indefenso o vacío frente al sadismo de una figura femenina ideal y superyoica. Un contacto más flexible conmigo le ha permitido quizás una actitud más libre en su sexualidad (lo que explica la desaparición del síntoma), pero aún no se permite crecer emocional y mentalmente.

Este fragmento de una sesión muestra una interrelación intensa entre paciente y analista, que hace posible establecer conexiones entre las experiencias actuales del paciente y sus vivencias infantiles. Vemos cómo mis asociaciones —explícitas e implícitas— contribuyen a crear, en el nuevo contexto de la sesión, las condiciones que hacen posible la interpretación. Sin duda las vivencias del modo de contacto con el paciente en el curso anterior del tratamiento inciden en la dirección del movimiento interpretativo y en la recuperación del recuerdo infantil que no sólo tiene que ver con su sexualidad infantil reprimida sino con las representaciones inconscientes de sí mismo. A la vez mis asociaciones seguirán un proceso de elaboración posterior a este momento clínico.

Pero creo que el proceso progresivo de construcción de la interpretación no sólo clarifica la vivencia transferencial del paciente y contratransferencial del analista, sino que contribuye a la configuración de nuevas representaciones intersubjetivas del vínculo transferencial–contratransferencial. Diferentes movimientos de identificación ocurridos en el encuentro transferencial contratransferencial (Racker, 1968) quedarán incluidos en configuraciones globalizadoras que serán objeto de reflexión, investigación y confrontación durante el

proceso analítico.

Así, en el momento clínico que he referido vemos cómo el recuerdo infantil recuperado encubre y descubre múltiples representaciones que interactúan en el analista: la representación del paciente como un cráneo de hueso vacío y duro y la representación temida de la analista como mujer, hermana, madre, de gesto hiriente, que corta, lastima, que puede golpear y vaciar el cerebro, o cortar el impulso sexual y las posibilidades de desear, como el filo de la silla, y de la que es preciso huir tomando distancia o vaciando la mente de ideas y sentimientos. En este momento surgen representaciones del vínculo, que incluyen tanto al paciente como al analista en relación con él. Son configuraciones móviles que incluirán los niveles del afecto, en este caso, el temor del paciente y la molestia en la analista frente al lugar en el que el paciente la deja ubicada: o aparece impotente frente a él, sin poder trabajar analíticamente, o si aparece sólo puede hacerlo en forma fálica e intrusiva. Así mismo en estos momentos aparecen interactuando representaciones corporales de analista y paciente, lo que a veces puede expresarse en la actividad fantasmática del analista, en imágenes visuales, o en impulsos a la actuación. El trabajo analítico posterior desplegará las vivencias y fantasías del paciente en relación a los modos de contacto corporal, duro o blando, en diferentes contextos: el edípico y el de las representaciones inconscientes de sí mismo.

Pero, también, a punto de partida de estas representaciones pueden surgir, a la manera de un precipitado, interrogantes e hipótesis más elaboradas. Desde las cuestiones vinculadas al diagnóstico y pronóstico del paciente. ¿Cómo se relacionan la conflictiva neurótica y la problemática narcisista? ¿Predomina en este momento el conflicto en relación a la pasividad-actividad, impotencia-potencia, homosexualidad-heterosexualidad? ¿Cuál es el papel del superyo materno en relación a la vivencia de castración del paciente?, a las interrogantes acerca de la problemática narcisista del paciente, ¿cuál es el sentido de la restricción o pobreza de sus experiencias emocionales?

En estos procesos de construcción de la interpretación, cumple al sistema preconciente del analista un lugar significativo en la medida que proporciona al analista una red de enlace (de León 1995) que posibilita una permeabilidad mayor con los fenómenos inconscientes, al mismo tiempo que permite la conexión con los aspectos más elaborados de su actividad interpretativa.

En suma mantengo el carácter de gestalts, compartidas o básicas como lo señalaron los Baranger. Pero si bien estas configuraciones intersubjetivas pueden constituirse en fantasías, no creo que se les pueda atribuir exclusivamente el carácter de inconscientes. Pienso que en ellas se muestran intrincadamente aspectos conscientes preconcientes e inconscientes de la

realidad psíquica de paciente y analista. La misma actividad preconciente del analista contribuye de manera significativa en la constitución de las mismas. Presentan un carácter híbrido o transaccional, condensando al modo de las “formaciones intermedias” o los “puntos nodales”, (Freud, S. 1900) desde los aspectos más regresivos próximos al sistema primario, a los procesos más elaborados.

Creo importante asimismo conservar la noción de campo dinámico que implica una concepción globalizadora de la interrelación analítica, pero que permite a la vez al analista distanciarse y considerar desde una segunda mirada, o mirada de segundo grado el modo en que el analista se inserta en el proceso, y la manera en que llega a la formulación de sus hipótesis interpretativas.

IIb) ¿Cuáles son los canales, los enlaces o puentes transferenciales-contratransferenciales que permiten la conformación de los fenómenos y representaciones intersubjetivas?

Freud habló de la comunicación de inconciente a inconciente. Michel de M'Uzán del aparato perceptual ampliado del analista. ¿Qué significa esto?

T. Jacobs (1991) —basándose en estudios de la última década en relación a la importancia de la comunicación no verbal en la transmisión y recepción de mensajes inconscientes entre paciente y analista— propone ampliar y revisar el modelo original de Isakower (1938) del instrumento analítico. Considera el uso de sí mismo como un sistema multicanal que registra no solamente las señales acústicas y verbales, sino también las respuestas autónomas, los esquemas de movimiento y los estímulos visuales. Este autor, coincidiendo con Isakower, destaca el papel de la regresión del yo (regresión formal) que se realiza en ambos participantes del encuentro analítico y que permite la conexión con representaciones inconscientes que se expresan en diferentes registros sensoriales en la mente del analista. T. Jacobs describe un movimiento empático corporal y estudia especialmente las representaciones corporales y reacciones autónomas del analista, destacando su relación con el registro visual y el verbal. Así, por ejemplo la imagen visual generada en el analista puede recuperar por vía asociativa a la memoria de aspectos de la comunicación no verbal (gestos o movimientos) del paciente. (Jacobs, 1991:101—135)

Alvarez de Toledo (1954), cuarenta años antes, había planteado el carácter radicalmente ambiguo de la palabra en el contexto del lenguaje emocional de la transferencia y de la contratransferencia. Describe las transformaciones que sufre la palabra en los momentos de intensa comunicación en la situación analítica. En su visión, la palabra aparece como un

verdadero objeto intermediario entre analista y paciente, que sufrirá en este intercambio múltiples transformaciones.

Por los procesos de regresión (formal) implicados en el proceso analítico pareciera que se establecen canales de comunicación entre analista y paciente. La palabra expresa vivencias (sensaciones, auditivas, visuales entre otras) y fantasías primitivas de intercambio. Estos procesos suceden en analista y paciente. “El asociar y el interpretar, el hablar y el escuchar recuperan su primitiva identidad”. “Las imágenes verbales adquieren la emoción y el contenido correspondientes”. “Surge la primitiva identidad de acto afecto imagen y objeto”.

“En un plano mágico la interpretación como actuación del analista completa la ‘gestalt’ de la fantasía primaria inconciente que actúa en ese momento”.

IIIc) ¿Qué tipo de acercamiento o comunicación se establece entre el paciente y el analista y cómo se recupera la función de asimetría analítica?

Se reflexiona (Rayner, 1992) sobre las características de estos momentos de intenso intercambio entre paciente y analista. ¿Son momentos de indiscriminación, de fusión o de simbiosis, como señaló Bleger? (Bleger 1967). ¿Predominan en ellos los mecanismos de identificación proyectiva y expresan la actividad fantasmática inconciente? ¿O son fenómenos de sintonía afectiva, en los cuales se mantiene la discriminación con el otro, semejantes a los vividos con la madre en los primeros momentos de la vida? (Stern 1985) ¿Estas diferencias están dadas por las diferencias en las patologías de los pacientes? ¿O por aspectos patológicos no resueltos del propio analista?

Si bien es cierto que los momentos en los que se establece una mayor permeabilidad de los enlaces transferenciales y contratransferenciales, permiten un acceso a la captación de la conflictiva inconciente del paciente, parece haber, sin embargo, bastante coincidencia en relación al hecho de que estos momentos pueden esconder también aspectos defensivos y posibles contraactuaciones del analista.

Al postular el carácter imaginario, engañoso, de la transferencia J. Lacan clarificó los aspectos defensivos de los enlaces narcisistas. En otras perspectivas W. y M. Baranger habían prevenido sobre la constitución de baluartes en el campo analítico. La hiperintensidad y la condensación excesiva pueden estar al servicio de la defensa y de la repetición.

H. de Paola (1993) nos habla de los peligros del entendimiento empático retomando lo señalado por P. Heimann en relación al peligro de que se cree una “folie a deux” en el proceso analítico, advierte sobre los riesgos del narcisismo y del misticismo implícito en la fantasía del analista de actuar y de ser como una “buena madre” para el paciente.

De todas maneras, lo que resulta útil a la investigación clínica es que los momentos en que parecen activarse los fenómenos transferenciales y contrasferenciales corresponden al aspecto manifiesto del vínculo analista-paciente, y deberán ser explorados en el curso posterior del proceso analítico los aspectos más inconscientes de estas representaciones intersubjetivas del vínculo. En esta exploración la función de auto-observación y de desdoblamiento del analista parece esencial para la recuperación de la asimetría analítica y el mantenimiento de la regla de abstinencia.

III) Desde las conceptualizaciones metapsicológicas al desarrollo y profundización de los problemas clínicos. La escucha del inconsciente en la sesión

No quisiera terminar sin referirme a un último punto que tiene que ver con los problemas de la relación entre nuestras conceptualizaciones metapsicológicas y nuestra práctica clínica.

Creo que en el estudio del campo de los fenómenos transferenciales y contrasferenciales se pueden tomar como punto de partida diferentes pistas que estarán determinadas por las características y necesidades del paciente, pero también por nuestras propias preferencias teóricas.

Múltiples desarrollos teóricos privilegiarán como camino central en nuestra aproximación al paciente el rastreo de la reacción y cualidades emocionales del vínculo. Esto se ejemplifica en la vigencia de la reflexión sobre los fenómenos de la identificación proyectiva y de la contraidentificación proyectiva inconsciente del analista en el pensamiento kleiniano actual, y en las reflexiones en torno al lugar de la empatía en la teoría estructural y en el pensamiento de Kohut, y en desarrollos que tienen que ver con el estudio de las patologías narcisistas. Los procesos de investigación y elaboración de las diferentes reacciones y cualidades emocionales de la vivencia transferencial-contrasferencial que aparecen en el plano manifiesto del vínculo entre analista y paciente permitirán inferir los aspectos inconscientes implícitos (fantasías inconscientes, representaciones inconscientes de sí mismo, etc.).

Una segunda perspectiva se detendrá en la consideración de las representaciones que aparecen en el discurso manifiesto de la sesión. El trabajo de interpretación sobre estas representaciones producto de la asociación libre del paciente conducirá a los procesos de reconstrucción-construcción de las vivencias infantiles inconscientes reprimidas, en las que se recuperará la conexión con el afecto. De esta postura freudiana se me destacan dos desarrollos: el primero tiene que ver con la reflexión en torno a la representación concebida como significativa inconsciente, en el pensamiento de Lacan. El segundo desarrollo que reúne tanto influencias del pensamiento de Lacan como de Freud tiene que ver con los problemas

generados por los fenómenos de ausencia de representación y de simbolización (planteo desarrollado por A. Green (1975) y P. Marty entre otros). Estas vivencias pueden llegar a dar una tónica especial a los fenómenos transferenciales y contratransferenciales en algunos casos, pero en otros impiden o cuestionan la posibilidad misma de que el trabajo analítico pueda establecerse en base a los parámetros del encuentro transferencial y es necesario un trabajo previo que permita crear esas condiciones. El problema de la transferencia en los trastornos narcisistas y psicóticos continúa abierto a la reflexión en la medida en que se trata de un yo distinto al neurótico (H. Garbarino, (1993). También la confrontación, que la lectura de Lacan plantea entre aspectos de la obra freudiana y las ideas de Hegel, dio origen a un campo de reflexión que jerarquizará el trabajo de lo negativo, tanto en lo que tiene que ver con los procesos de estructuración psíquica como en el trabajo de los fenómenos transferenciales. (Green 1993).³

Pero a la vez estas diferentes visiones supondrán diferentes postulados en torno al modo de escucha y de trabajo con el inconsciente en la sesión. ¿Cuál es la relación que se establece entre los momentos puntuales en los cuales se muestra el inconsciente en la sesión y nuestro trabajo interpretativo? Luisa de Urtubey (1994) plantea que tanto la transferencia como la contratransferencia se pueden concebir como dimensiones continuas o discontinuas de la situación analítica. Esto es independiente de que su manifestación a nuestra conciencia sea esporádica. O sea que el inconsciente puede ser concebido como una dimensión continua de nuestra realidad psíquica que está en relación dialéctica con la conciencia, o en una relación de heterogeneidad radical con los fenómenos conscientes. Cualquiera de estas dos posturas conlleva desde mi punto de vista, sus riesgos. En efecto la noción freudiana de permeabilidad intrapsíquica y de comercio entre los sistemas nos puede llevar a creer en la transparencia de los fenómenos inconscientes, y que ellos coinciden con las teorías que formulamos a propósito de los mismos. El psicoanalista puede sentirse entonces como el que puede describir y conceptualizar en forma exhaustiva acerca del inconsciente del paciente. Algunos de los desarrollos nacidos del pensamiento kleiniano en nuestro medio en la década del 60

³. Estas diferentes formas de aproximación a los fenómenos transferenciales y contratransferenciales condicionarán también el lugar que asignamos al pasado infantil en nuestras interpretaciones. Los puntos de vista hermenéuticos destacarán el trabajo sobre el presente de la situación analítica como única forma de acceso al pasado, y los trabajos de construcción y reconstrucción de la historia infantil como más significativos que los de recuperación de la memoria reprimida de los hechos. Otros desarrollos insisten en la importancia de la compulsión de repetición y de la incidencia de los acontecimientos traumáticos que llegan desde el pasado inalterables y en toda su actualidad a la sesión.

También las diferentes posturas teóricas pueden incidir en el alcance y dimensiones que pueden asumir la interpretación de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales en la situación clínica. Punto que no desarrollaré en este momento.

parecen llevar implícita esta intención (Bernardi et al. 1995)

Desarrollos del pensamiento de Lacan pueden ubicarse, desde mi punto de vista, en una perspectiva, opuesta a la anterior. Sélika A. de Mendilaharsu (1995), reconociendo el valor de la postura lacaniana plantea algunos de los problemas implícitos en la misma. Señala como, en la noción de sujeto dividido, Lacan ha recogido la influencia de Heidegger en el sentido de que es el lenguaje el que construye las estructuras del mundo. Esta visión estaría presente en la concepción del inconsciente como otro “ekcéntrico” al yo y a la subjetividad intencional. Si comparamos el pensamiento de Klein, Winnicott y Freud por un lado, y el pensamiento de Lacan, encontramos que en los primeros la relación entre los órdenes consciente e inconsciente, constituye un todo dialécticamente relacionado: lo manifiesto aparece en relación a lo latente así como los procesos de desconocimiento se articulan con los de conocimiento. En cambio, para Lacan, el sujeto del inconsciente, se halla en una relación de heterogeneidad radical con los fenómenos conscientes lo que cuestiona desde mi punto de vista la misma posibilidad de su conocimiento y estudio.

Sélika A. de Mendilaharsu (1995) cree “más fructífero desde el punto de vista heurístico y operativo mantener el marco de la dialéctica en la constitución del sujeto”. En esto se ubica cerca del punto de vista de Th. Ogden (1994). Coincido con estas opiniones y creo que la aparición fugaz y puntual de manifestaciones del inconsciente en la sesión, está en relación dialéctica con el contexto previo del trabajo analítico entre analista y paciente. Momentos disruptivos y aún de “deconstrucción” se alternan con aquellos en que sentimos que una interpretación se construye en la interrelación fluida con el paciente, o los momentos en los cuales el paciente es capaz de acceder a sus propias interpretaciones. Estas instancias en las cuales se formula una interpretación o los momentos de insight se conectan con las situaciones previas de la sesión o del proceso analítico y entrarán en relación con momentos posteriores del proceso. Desde mi punto de vista estos fenómenos no corresponden a momentos de heterogeneidad radical sino que surgen desde lo intrínseco del proceso analítico, desde la opacidad de un “centro temático vivencial urgente” (Baranger 1959) aportado por el paciente. Corresponden a situaciones de mayor permeabilidad intrapsíquica con los procesos inconscientes: del analista consigo mismo —sustentada en sus experiencias de análisis y formación—, del paciente consigo mismo, y de la comunicación establecida entre ambos.

La formulación del tema de este congreso nos ha propuesto un enfoque particular. En efecto el tomar como punto de partida para nuestras reflexiones el espacio de nuestra práctica

clínica, nos enfrentará a las complejidades del encuentro entre paciente y analista frente al cual nuestras teorizaciones metapsicológicas pueden resultar insuficientes. Nuestras teorías constituyen grandes hipótesis–construcciones (Sandler, J. y Sandler A–M. 1987), sobre las características esenciales del inconsciente que no pueden ser percibidas directamente en su globalidad en el espacio de la sesión analítica y que llevadas a sus últimas consecuencias tienen un efecto empobrecedor. En el encuentro clínico con el paciente sólo encontramos datos fragmentarios que subtienden o dan pie a uno u otro desarrollo teórico. Al decir de Marta Nieto(1996) las teorías tendrán “un valor instrumental y subordinado” en relación a nuestra experiencia clínica. No son más que “aproximaciones útiles” a la misma, y deben estar sometidas continuamente a una revisión crítica.

En 1989 R. Bernardi, apoyándose en las ideas de Khun, desarrolló la idea de que no está demostrado que exista compatibilidad lógica y congruencia semántica entre nuestros diferentes paradigmas teóricos. Esta distinción que es conveniente mantener en el momento en que abordamos el estudio de nuestras teorías, se desdibuja cuando nos aproximamos al espacio de nuestra clínica.

La noción de la situación analítica como campo dinámico de investigación clínica que surgió en el Río de la Plata a fines de la década del 60 nos propone adoptar un punto de vista situacional y contextual lo que permite acercarnos a los problemas que surgen en el campo del encuentro transferencial. La comprensión de estas diferentes cuestiones algunas de las cuales he parcialmente mencionado, no queda agotada por las diferentes aproximaciones metapsicológicas, sino que nuestra clínica va siempre más allá de ellas. El espacio de la clínica ofrece, como señaló F. Schkolnik (1986), una zona de cruce que permitirá también la delimitación de los problemas clínicos. Frente a estos problemas se desdibujan a veces las diferencias teóricas que es relevante profundizar en el campo de nuestros desarrollos metapsicológicos más abstractos. A su vez la investigación clínica permite también el estudio de los fenómenos de divergencia y convergencia de distintas teorías. (Kenberg, 1993). Desde mi punto de vista se hace necesario trabajar sobre conceptos de nivel intermedio de abstracción, (de León 1995) que permitan tanto reflexionar sobre la pertinencia o no de nuestros desarrollos metapsicológicos como vincular los niveles más únicos y, en cierta medida, siempre intransferibles del encuentro clínico con nuestros niveles de reflexión teórica más abstracta.

Al mismo tiempo, quisiera destacar la necesidad de revalorizar la tradición latinoamericana sobre este tema. En efecto, creo que el presente trabajo muestra de qué manera muchos desarrollos sobre el tema de la transferencia y de la contratransferencia que han sido fruto del

pensamiento latinoamericano, y que fueron luego dejados de lado por nosotros mismos, han sido retomados en el hemisferio Norte y vuelven como desarrollos novedosos. Es importante por tanto estar abiertos al mundo, pero sin perder nuestras propias raíces, especialmente cuando ellas ofrecen valiosos anclajes en la experiencia clínica. Creo que esto constituye un requisito, tanto histórico como metapsicológico, que enriquece y da espesor a nuestra perspectiva de analistas latinoamericanos.

Marzo de 1996

Bibliografía

Acevedo de Mendilaharsu S. (1995) Subjetividad y tiempo en el espacio analítico. Lo arcaico, temporalidad e historización, pp. 61–70. IX Jornadas Psicoanalíticas de APU. Montevideo: Comisión de Publicaciones de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

Alvarez de Toledo L. (1954) El análisis del “asociar”, del “interpretar” y de “las palabras”. Rev. de Psicoanálisis, Tomo XI Num. III: 269–275

Aulagnier P. (1980) Du langage pictural au langage de l’interprète. Topique, Vol. 10, n° 26.

Baranger M. (1992) La mente del analista: de la escucha a la interpretación. Rev. de Psicoanálisis 49: 223– 236.

Baranger M, Baranger W. (1961–62) La situación analítica como campo dinámico. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, T. IV, 1961–62: 3–54

(1969) Problemas del campo psicoanalítico. Buenos Aires: Ed. Kargieman.

Baranger W. (1979) “Proceso en espiral” y “Campo dinámico”. Revista Uruguaya de Psicoanálisis 59, pp 17–32.

Bedó T. (1988) Insight, perlaboración e interpretación. Revista Uruguaya de Psicoanálisis 68 (1988)39–55

Bernardi R. (1989) The role of paradigmatic determinants in psychoanalytic understanding. Int. J. Psycho Anal. 70:34 1–347.

El papel de las teorías. El papel de los determinantes paradigmáticos en la comprensión psicoanalítica. En: Rev. de Psicoanálisis XLVI 6, pp. 904–922

(1993) Two discussions of “Theory in vivo” by Dennis Duncan. International Journal of Psycho–Analysis 74, pp. 1167–1173.

Bernardi R, de León B. (1992) Does our selfanalysis take into consideration our assumptions? SelfAnalysis Critical Inquiries, Personal Visions: 24–46. London: Analytic

Press, 1993.

Bernardi R, Altmann M, Cavagnaro S, De León B, De Barbieri AM, Garbarino, A, Flores M, Frioni M, Lamónaca J, Morató R, Seigal J, Schroeder D, Telleria E. (1995) Cambios de la interpretación en el psicoanálisis del Uruguay entre 1960 y 1990. IX Jornadas Psicoanalíticas, Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

Bezoari M, Ferro A. (1992) From a play between “parts” to transformations in the couple: psychoanalysis in a bipersonal field. Luciana Nissim Momogliano y Andreina Robutti, Ed.: Shared experience. The psychoanalytic dialogue: 43-416. Londres: Karnac Books

Bleger J. (1967) Simbiosis y ambigüedad. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Boyer LB. (1992) Roles played by music as revealed during countertransference facilitated transference regression. *Int. J. Psycho-Anal* 73:55–70

Chessick R. (1989). The technique practice of listening in intensive psychotherapy. New York: Aronson, Nueva York.

de León B. (1993) El sustrato compartido de la interpretación. Imágenes, afectos y palabras en la experiencia analítica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 1995, 81: 121–140.

(1995a) El pasado en las asociaciones preconcientes del analista. Presentado en las LX Jornadas Psicoanalíticas de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay., y en el VI Congreso Peruano de Psicoanálisis.

(1995b) Un modo de entender la clínica: vigencia y perspectivas del en-foque de W. y M. Baranger. (Trabajo leído en el homenaje a W. Baranger en la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, octubre de 1995)

de Paola H. (1993). Da escuta a interpretação: considerações sobre a relação entre empatia e identificação projetiva. *Rev. Bras. Psicanálise*, Vol. XXVII,1 :99–114

de Urtubey L. (1994) Le travail de contre-transfert. *Revue Française de Psychanalyse* Tome LVIII (Spécial Congrès).

Etchegoyen R. (1988) Sobre la interpretación y su testeo. *Psicoanálisis AP de BA*, VX, I

Freud S. (1900) La interpretación de los sueños. *Amorrortu* V: 583–611.

(1912) Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. *Amorrortu* XII: 107–120

Garbarino H. (1993) El yo y el ser en la psicosis fronteriza. En: Héctor Garban-no (comp.) *La teoría del ser en la clínica*: 87–92. Montevideo: Ed. Roca Viva.

Green A. (1975) The analyst, symbolization and absence in the analytic setting (on changes in analytic practice and analytic experience). *Int. J. of Psycho-Anal.* (1975) 56: 1–22.

(1993) El trabajo de lo negativo. Buenos Aires: Amorrortu, 1995. Heimann P. (1950) *Acerca*

de la contratransferencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. T. IV, 1, 1961– 62: pp 129–156.

Isakower O. (1938) *int. J. of Psycho–Anal.* 19: 331–345.

Jacobs Th. (1991) *The Use of the Self: The Analyst and the Analytic Instrument in the Clinical Situation*. Madison: International Universities Press, 1993.

Jiménez JP. (1989) La contribución del analista en los procesos de identificación proyectiva. 37 Congreso de la API.

Klein M. (1932) *El psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Ed. Hormé, 1964.

Kernberg O. (1993) Convergencias y divergencias en la técnica psicoanalítica contemporánea. Publicado originalmente en: *Int. J. Psycho–Anal.* 74, pp. 659 y Lacan J. (1958) La dirección de la cura y los principios de su poder. *Escritos I*: 2 17–278. Buenos Aires: Siglo XXI, 1971.

Levine H. (1994) The analyst's participation in the analytic process. *Int. J. Psycho–Anal.* 75:665–676.

Lieberman D. (1 0) *Lingüística, Interacción Comunicativa y Proceso Psicoanalítico*. Bs. As: Galerna, 1971

M'Uzan M. (1989) Pendant la séance. Considerations sur le fonctionnement mental de l'analyste. *Nouvelle Revue* 40:147–1 63.

Neme JC, Maggi I. (1986) Reseña histórica de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Hoja del Candidato. N4

Nieto M, Bernardi R, Altman M, Bouza G, Cárdenas M, de León B, Miraldi A, Uriarte C. (1996) Investigando la experiencia analítica: una propuesta. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 1996,83:117,123.

Pichon Riviere H. (1978) Acerca del vínculo. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 58:13–22

Ogden T. (1994a) *Subjects of analysis*. Londres: Jason Aronson, Inc.

(1994b) The analytic third: Working with intersubjective clinical facts. *Int. J. Psycho–Anal.* 75:3–37.

Racker H. (1968) *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós, 1977.

Rayner E. (1992) Matching, attunement and psychoanalytic dialogue. *Int. J. Psycho–Anal.* 73:39–54.

Sandler J, Sandler AM. (1987) El pasado inconsciente, el presente inconsciente y las vicisitudes de la culpa. *Int.J.Psycho–Anal.*68: 33 1–342.

Shafer R. (1993) Two discussions of “Theory in Vivo” by Dennis Duncan. *Int. J. of Psycho–Anal.* Vol. 74, 6.

Schkolnik F. (1986) Acerca del concepto de curación. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 64:

70–8 1.

Stern D. (1985) *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic. Vares A. (1992)

Psicoacción dialógica: en los bordes del psicoanálisis. *Temas de Psicoanálisis* 17:31–43.

Viñar M. (1991) De la torre de Babel a los senderos fundadores: algunas premisas para investigar en el proceso psicoanalítico. *Revista Uruguaya de de Psicoanálisis* 72–73:37–58.

