

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología
TRABAJO FINAL INTEGRADOR

“Transferencia y contratransferencia en el
psicoanálisis familiar”

Autor: Julieta Alejandra di Genaro
Tutor: Lic. Marcos Mustar

23/12/2020

Índice

1. Introducción.....	2
2. Objetivos.....	
2.1. Objetivo general.....	
2.2. Objetivos específicos.....	
3. Marco Teórico.....	
3.1. Teoría psicoanalítica.....	
3.1.1. Antecedentes.....	
3.1.2. Conceptualización del Psicoanálisis.....	
3.1.3. Introducción a la conceptualización Lacaniana.....	
3.1.4. La transferencia y contratransferencia	
3.1.5. Lacan y el concepto de transferencia	
3.2. Terapia Familiar	
3.2.1. Psicoanálisis y terapia familiar: transferencia y abordaje	
3.3. Supervisión	
3.3.1. Supervisión en terapia familiar psicoanalítica	
4. Metodología.....	
4.1. Tipo de Estudio.....	
4.2. Participantes.....	
4.3. Instrumentos.....	
4.4. Procedimiento.....	
5. Desarrollo.....	
6. Conclusiones.....	
Referencias Bibliográficas.....	

1. Introducción

El psicoanálisis, disciplina fundada por Sigmund Freud es central en el campo de las psicoterapias, constituyéndose en una práctica y un cuerpo teórico de referencia.

En un mundo como el actual la terapia familiar constituye una verdadera herramienta para la vida en sociedad tal cual la entendemos.

A partir de la materia Práctica profesional N° 5 de la carrera de Psicología se realiza una actividad en una institución psicoanalítica privada que, por su veta comunitaria, asiste clínicamente a partir del pago mediante bonos solidarios con un monto mínimo establecido. Se trata de una institución que ofrece asistencia clínica de niños, adolescente y adultos, de manera individual, a parejas y familias. El marco teórico de referencia es el psicoanalítico, de corte lacaniano. Ofrece también espacios de supervisión y de formación de profesionales, contando con una casuística importante derivada de su perfil solidario, más allá de tratarse de pertenecer al campo de la actividad privada.

Dada la situación de aislamiento social por Covid-19 establecido en el país, la mencionada tarea se realiza de manera virtual, trabajando en este caso por objetivos. La pasantía consiste en la observación de videoconferencias, lectura de seminarios, participación en talleres virtuales, observación de espacios clínicos y de supervisión la realización de entrevistas individuales obligatorias a profesionales de la institución.

El presente trabajo tiene por objeto conceptualizar, describir y analizar la importancia y necesidad, en el vínculo analítico, de la transferencia y contratransferencia y de la supervisión en el campo de la psicología de la terapia familiar psicoanalítica, tratándose el tema a partir de la opinión de los terapeutas.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Analizar las características de la transferencia-contratransferencia en el abordaje de la terapia familiar en una institución psicoanalítica lacaniana.

2.2. Objetivos específicos:

1- Describir, en base a la opinión de los analistas de una institución lacaniana, las características de la transferencia y contratransferencia en el abordaje de la terapia familiar psicoanalítica.

2- Analizar las herramientas que utilizan los analistas de una institución lacaniana para el manejo de la transferencia en la terapia familiar psicoanalítica.

3- Conocer la valoración e importancia de la supervisión como herramienta para la elucidación y manejo de la transferencia y contratransferencia en la terapia familiar psicoanalítica para los analistas de una institución lacaniana.

3. Marco Teórico

3.1. Psicoanálisis

3.1.1. Antecedentes

A partir del siglo XX se desarrolló en Europa y Estados Unidos el psicoanálisis, creación de Freud que se extendería luego a América del Sur. En 1910 en la ciudad de Viena se fundó la Asociación Psicoanalítica Internacional. A partir de su nacimiento en el imperio Austro-Húngaro avanzó hacia otros países, progresando luego de la Primera Guerra en Francia e Italia. Con la instalación del nazismo los psicoanalistas freudianos abandonaron Europa migrando hacia Gran Bretaña, Estados Unidos, Argentina y Brasil. A partir de esto se reforzó el poderío de la International Psychoanalytical Association, se dividió el freudismo clásico y se reemplazó el alemán por el inglés como lengua básica psicoanalítica. Para el psicoanálisis es condición necesaria la existencia de un estado de derecho que garantice la libre enseñanza de sus teorías. Un grupo de profesionales migró a la Argentina y aquí esparcieron la práctica, fundándose recién en 1914 la Sociedad Psicoanalítica (Asociación Psicoanalítica Argentina, 2018).

Hacia 1880, el Dr. Breuer, trabajando con una paciente con un cuadro de histeria, que presentaba parálisis, inhibiciones y alteraciones de la consciencia, decidió aplicar sus conocimientos de hipnosis. A partir de este procedimiento de trance consiguió que la joven comunicara los pensamientos dominantes, permitiéndole la recuperación de su habitual estado de ánimo, obteniendo así lo que consideró un logro terapéutico que permitió además realizar un avance en los conocimientos de la neurosis (Freud, 1895). Al respecto sostiene Freud (1897), que Breuer, con este trabajo con hipnosis, logró que pacientes histéricas le comunicaran sus pensamientos, retornando así a la normalidad anímica.

El doctor Freud, quien fue discípulo del doctor Charcot, psiquiatra que también utilizaba la hipnosis, comenzó a trabajar con esta técnica en París. Al regresar a Viena, con la experiencia adquirida, comenzó un trabajo conjunto con Breuer, desarrollando un procedimiento catártico terapéutico. Sostenían que este permitía descubrir el sentido y significado presente detrás del síntoma, cancelándolo. De igual manera, entendían que los procesos histéricos se generaban a partir de un proceso anímico con una profunda carga afectiva impidiendo su abreacción, expresándose en una conversión en el cuerpo. Por vía del acceso a la conciencia se lograba la descarga afectiva (Freud, 1897).

Lo que llamaban catarsis (Freud, 1895) se obtenía a partir de la apertura de una vía que llevaba al acceso a la consciencia, permitiendo la descarga del afecto. Esta interpretación tenía como base la teoría de la existencia de procesos anímicos de tipo inconscientes.

Hacia 1897 Breuer y Freud comenzaron a tener desacuerdos teóricos, que llevaron a su desvinculación. Breuer sostenía que las representaciones se originaban a partir de operaciones anímicas restringidas, permitiendo la exteriorización del efecto traumático en estados hipnóticos. Freud, por su parte, rechazaba esta teoría, entendiendo que para que una representación devenga en patológica requiere que su contenido vaya en sentido opuesto a las tendencias anímicas dominantes, protegiendo por esta vía al sujeto, a modo de defensa (Roudinesco, 1988).

El resultado obtenido por Freud a partir de la catarsis hipnótica no lo satisfacía por completo entendiendo que el resultado dependía de la sugestión, la que al desaparecer les permitía volver a emerger. A partir de esto lo reemplaza por lo que llamó *asociación libre*, que pasó a ser su regla técnica fundamental (Freud 1897). Esta técnica nueva le permitió nuevas maneras de vinculación con el paciente a las que llamó Psicoanálisis (Freud 1923).

De acuerdo con Laplanche y Pontalis (2016), el psicoanálisis, creación del Dr. Sigmund Freud, constituye entonces una disciplina que comprende tres niveles, constituyendo así un método de investigación, un método psicoterapéutico basado en la investigación, que trabaja con la interpretación, controlando la resistencia y un conjunto teórico sistematizado que lo respalda.

3.1.2. Conceptualización del Psicoanálisis

Freud (1922) sostiene que el Psicoanálisis consiste en un método de investigación, en un tratamiento, que se sostiene sobre la base de un conflicto psíquico y en un cuerpo teórico acerca del funcionamiento del aparato psíquico. El conflicto, de acuerdo con la lectura que realiza Álvarez (2012), tiene su origen en la pugna que se establece entre las instancias yo, superyó y ello, que se relacionan en su acción con otras tres, el consciente, preconscious e inconsciente, determinando la forma en que el sujeto se relaciona con sí mismo y con el ámbito que lo rodea, con lo que constituye su entorno.

Según Freud (1896) es necesaria en la constitución de una neurosis de una o un conjunto de vivencias sexuales traumáticas que, al recuerdo son reprimidas llevando a la formación del síntoma. Al momento de su retorno, en lucha con el yo por defenderse de esa experiencia, que le resulta intolerable, es donde aparecen nuevos síntomas correspondientes a la enfermedad, expresándose así la conversión. De acuerdo con Delgado (2012), el yo se defiende de la angustia separando el representante psíquico del afecto con que está investido. Describió la trayectoria de la neurosis de represión a partir de la ocurrencia de una vivencia de tipo sexual

prematura traumática, o un conjunto de ellas; una segunda etapa, que parte una situación que implica su recuerdo, provocando su represión, lo que conlleva a la formación del síntoma, en este caso primario. La persona permanece entonces en un estadio similar al de salud, pero defensivo, caracterizado por la presencia constante pero silenciosa del síntoma. Finalmente habrá un retorno de lo reprimido, que formará un nuevo síntoma, originado en su pelea con el yo, la enfermedad manifiesta o histeria. Sobre la defensa, Freud manifiesta que implica separar al representante psíquico del monto de afecto con el que está investido, produciendo un nuevo grupo psíquico, escindido, que representa la introducción de lo que posteriormente será el concepto de inconsciente (Delgado, 2012).

Al respecto, Pereda (2009) entiende que la constitución del conflicto como eje del desarrollo de la neurosis se remonta a los orígenes del Psicoanálisis y permitió acceder al conocimiento de la enfermedad y sus mecanismos psicopatogénicos. Una enfermedad psíquica que pasó luego a ser caracterizada como un elemento nodal, central y constitutivo de la naturaleza del ser humano, lo que permite además distinguirlo del animal. No se trata entonces de un ser instintivo determinado por la condena a la repetición constante y uniforme, sino de un ser determinado por el conflicto, por el acceso al mundo simbólico, al lenguaje, un mundo cultural que le habilitó un mundo propio, posibilitándole su representación y con esto, su anticipación.

El enfrentamiento con lo que le es prohibido, con aquello que reprime, propio de la entrada en el mundo simbólico, se relaciona de manera directa con este conflicto que le es, por tanto, constitutivo. En este ámbito, aquellos deseos de tipo instintivos que forzosa y naturalmente enfrenta y le resultan intolerables para su yo conllevan la constitución de las neurosis de defensa (Pereda, 2009). Siguiendo a Freud (1917c) la pelea entre las pulsiones de autoconservación, las del yo, guiadas por el principio de realidad y las de tipo sexual, las de vida, regidas por el principio de placer constituyen el núcleo del conflicto. Ambos tipos de pulsiones se encuentran separadas entre sí por la censura, permaneciendo reprimidas las formas primarias de manifestación, lo que conlleva a la formación de la sintomatología neurótica.

Una parte importante de la libido, energía sexual, se encuentra ligada a la producción de los síntomas, que consisten en una forma de satisfacción sustitutiva, produciendo representaciones que le son más tolerables al yo, manteniendo reprimidas las representaciones dolorosas. Esa energía que se encuentra comprometida en la represión de la libido es a costa de la persona del neurótico, quien se ve impedido de gozar y producir. La manera de mejorar su situación es resolver el conflicto, para lo que, de acuerdo con el autor, se cuenta con el dispositivo analítico. El trabajo consiste en desinvertir las representaciones, desunir la libido de aquellas ligaduras que le fueron sustraídas al yo y colocarlas nuevamente a su servicio, para lo que se hace

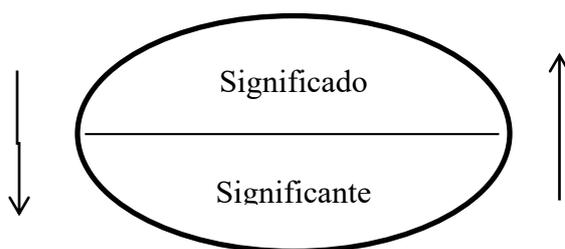
necesario revivir, para darle una nueva solución, el conflicto que les dio origen. Esto se logra a partir de la reinterpretación de esta, otorgándole un nuevo significado, en la relación terapéutica, en transferencia. Es el analista el que lleva al neurótico a alejarse del comportamiento original, por el que él tendería a optar, a una solución distinta, nueva. La libido se dirige entonces, en este trabajo, a la persona del médico, dejando a los síntomas sin ligar, llevando al paciente de la enfermedad neurótica a una nueva y artificialmente generada, Neurósis de transferencia.

3.1.3. Introducción a la conceptualización Lacaniana

Lacan, en su interpretación de Freud realizó algunos aportes que se hace necesario introducir para el presente desarrollo teórico.

Uno de ellos es la idea de *significante*, reflexión que el autor trabaja a partir de su articulación con la teoría lingüística de Soussure. De acuerdo con D' Angelo, Marchilli y Carbajal (2005) la lengua consiste en un producto de tipo social que forma parte del lenguaje y que trasciende a la persona. Se trata de una convención interpersonal, social, por la cual los individuos quedan facultados para su ejercicio. La lingüística está a su vez compuesta por *signos*, que constituyen, siguiendo a los citados autores, una entidad psíquica que presenta dos caras asociadas, una imagen de tipo acústico y un concepto. Esta imagen de la que hablan no consiste en el sonido en sí mismo sino en la huella mnémica que dejan determinada en el psiquismo.

Entre el sonido, que se relaciona con el significante y la imagen, que lo hace con el significado, existe una relación de tipo no causal, estableciéndose entre ambos un enlace arbitrario, existiendo a su vez entre ellos una unión bidireccional, un vínculo indisoluble y recíproco, a modo de dos caras de una moneda. Realiza un esquema para simbolizar esta situación, un algoritmo:



Entre ambos componentes existen además relaciones de tipo sintagmáticas, en relación con la imposibilidad de pronunciar más de una palabra a la vez, por el carácter lineal que tiene la lengua y las paradigmáticas, que por su ubicación cerebral permiten la formación de conexiones de tipo asociativo, siendo particulares en cada persona, constituyendo un acervo propio para cada uno (Sazbon, 1976).

Lacan (1957) toma estos conceptos y los modifica, realizando una notación diferente, un algoritmo propio. Cambia la posición entre *Significante* y *significado*, ubicando al Significante como numerador y al significado como denominador, quedando el primero en un nivel de preponderancia por sobre el otro. Quita la elipse de la ecuación, que se relacionaba en Saussure con la unidad entre ambos y las flechas, que lo hacían con la bidireccionalidad. La barra permanece pero ahora con un significado distinto, implicando una resistencia a la significación. El *Significante*, que alude al plano simbólico, de acuerdo con el autor, produce un efecto de significado, del plano imaginario. El representante del campo simbólico se expresa con mayúscula y el del imaginario, con minúscula. La notación queda expresada entonces:

$$\frac{S}{s}$$

Para Lacan (1957; 1960), en relación con lo antedicho, un significante se articula con otro en una cadena de significantes adquiriendo sentido, quedado definido a partir de la articulación. Entiende que el inconsciente se encuentra estructurado como un lenguaje cumpliendo con las leyes de la *metáfora* y la *metonimia*, mecanismos que Freud describió como parte de los *procesos primarios*. Introduce el concepto de *Otro*, tesoro de los significantes. Miller (1984), en su interpretación de Lacan, sostiene que ese *Otro*, tercero dialógico es el *Otro* de la verdad, es el del deseo, indicando que posee como función determinar al sujeto. De acuerdo con D'Angelo et al. (2005), en la estructura del significante hay algo que escapa, que no puede ser significado. Se trata de una falta que no se puede completar, suturar, determinada por el *Otro*, constituyendo esto el único descubrimiento de Lacan, al que llama *objeto a*. Ese *Otro* se relaciona con la función materna. La madre, ante el llanto del bebé, hace una interpretación, transformándolo en demanda al responder. Esto introduce al bebe en el campo del lenguaje, de la palabra. Es por esto que las necesidades, sujetas a la demanda del *Otro*, no pueden ser completadas generando una falta o deseo, sujeto a esa demanda. Es por esto que entiende el autor que las necesidades, a partir de su introducción al campo de lo simbólico, al lenguaje, se enajenan, quedando ligadas a la lectura que de ella realiza el Otro, a la demanda, originando así esa falta, ese agujero que constituye el deseo. Esa demanda es una demanda, más allá de sus individualidades, de amor, de incondicionalidad, buscando revivir una experiencia anterior, esa que dejó una huella mnémica en el *Sujeto*. Queda establecida una diferencia entre la necesidad y la demanda, esa diferencia es la falta, el deseo (D'Angelo et al., 2005; Lacan 1958).

3.1.4. Transferencia y contratransferencia

Uno de los conceptos centrales del psicoanálisis es el de transferencia. Siguiendo a Laplanche y Pontalis (2016), se entiende como la repetición actualizada en la relación psicoanalítica de prototipos infantiles, reeditando deseos inconscientes, concientizándolos en el proceso de la cura. Para Freud (1912), a lo largo de la vida de las personas, se repiten vivencias infantiles que determinan su vida amorosa, estableciendo condiciones y metas de acuerdo con ellas. De esta manera, sólo algunas en el desarrollo psíquico, se hacen conscientes.

Freud (1895) introduce el concepto de transferencia asociado a la idea de un falso enlace. De acuerdo con Delgado (2005), el concepto de falso enlace se relaciona con otro concepto freudiano, el de desplazamiento. En su trabajo sobre la interpretación de los sueños, Freud (1900) explica que dado que hay una imposibilidad de pasaje puro de las representaciones inconscientes al preconscious, requieren de la constitución de un falso enlace, ligándose entonces a una representación tolerable y ya existente en esa instancia para desplazar, en forma encubierta, su intensidad.

En el caso de la transferencia el paciente realiza un desplazamiento hacia el médico de representaciones de naturaleza inconsciente, movimiento que se realiza de manera solidaria sostenido en asociaciones extrínsecas, que se ven facilitadas por el lugar que ocupa el analista generando un falso enlace. Sostiene Freud (1901) que la transferencia es de importancia sustancial en el proceso de la cura, teniendo carácter de inevitable además de necesaria. La idea de la inevitabilidad la desarrolla a partir del análisis del abandono del tratamiento de su paciente, en el caso Dora, relacionando la causa del mismo con su incapacidad de dominar la transferencia adecuadamente, en su debido momento.

Explica el autor que existe un revivir en el vínculo con el médico de vivencias psíquicas previas. Se trata de un reeditar de formaciones psíquicas inconscientes que aparecen ahora, a partir del trabajo terapéutico, sustituyendo fantasías y mociones relacionadas con otro sujeto, depositadas en la persona del analista. Sostiene que existen en el ser humano vivencias infantiles además de disposiciones de carácter innato que van repitiéndose en el transcurso de la vida. Se trata de entidades fundamentales para la vida psíquica de las personas, que jugarán un rol determinante en su desarrollo, condicionando la forma en que establecerán relaciones amorosas y metas. No todas las mociones llegarán a hacerse conscientes, permaneciendo una parte de ellas en la instancia del inconsciente (Freud, 1913).

Freud (1913) afirma que la transferencia no es creada en el tratamiento sino que se trata de una revelación producida en el proceso de la cura. Para el autor, ligar al analizante al médico, a la cura, constituye el primer objetivo del proceso terapéutico. Ese falso enlace debe constituirse desde el primer momento, lo que se ve facilitado por la demostración de interés genuino por

parte del analista. Esto permite el manejo de resistencias iniciales y la posibilidad de depósito en la figura del médico de figuras con las que el paciente se siente bien considerado. Afirma también al respecto que la transferencia tiene una importancia vital, no sólo por su condición de inevitable y necesaria, sino porque además puede convertirse en un obstáculo, por lo que es imprescindible establecer como primer objetivo la citada ligazón del paciente al médico y el adecuado manejo de la misma (Freud, 1913; 1914a).

De acuerdo con Aulagnier (1984), la instalación de la transferencia requiere de un tiempo adecuado de sesiones preliminares, a tener en cuenta por el profesional, evitando caer en el apuro de iniciar una relación analítica, llevando al analizante a un contrato que no será capaz de sostener. Existe también el riesgo de que el paciente entre en situación analítica haciendo del médico un soporte, llevándolo a ser coautor de su drama en lugar de un atento espectador. En ambos casos quedarían prisioneros ambos de una transferencia en la que el paciente estaría condenado a una repetición de algo que ya ha vivido, sin poder salir de eso y el terapeuta quedaría ubicado como un segundo carente de poder en su interpretación. Es el analista quien debe decidir los momentos de interpretación y de sostén del silencio o de aliento a la palabra, en busca de un objetivo preciso, como es la elección de la apertura idónea al establecimiento de la transferencia. De fundamental importancia para el despliegue, los movimientos de apertura constituyen una función de lo que el analista anticipa y prevé sobre la relación futura. El analista se vale de elementos, como la relación del sujeto con la demanda de análisis y el vivenciar afectivo involucrado, que le permiten realizar esta previsión anticipada.

En el proceso analítico aparecen no sólo transferencias positivas, amorosas, tiernas, que van en el sentido de la sanación, sino también otras mociones que resultan negativas. Es a través de la empatía y el genuino interés que el paciente podrá enhebrar al analista con una imagen de una figura idealizada, una de aquellas de las que, en su infancia, recibió amor. La presencia de mociones obstaculizantes requerirán de la adecuada interpretación del médico para convertirse, a través de ella, en un importante auxiliar en el camino hacia la cura (Freud, 1913).

Freud (1917c) describe al proceso transferencial como un producto del análisis que debe ser manejado por la persona del analista por su carácter de imprescindible y condición para el análisis, pero también como un posible obstáculo, constituyendo la primera tarea a realizar, la ligazón del paciente tanto al analista como al proceso terapéutico. Al respecto, Álvarez (2012) destaca esta ambigüedad, que transforma a la transferencia, de motor capaz de llevar adelante la cura. a principal obstáculo que enfrenta la práctica clínica psicoanalítica; esto ocurre cuando la transferencia es negativa, interrumpiendo el apego a la regla fundamental y a la emergencia del inconsciente. Freud (1917c) entiende que la transferencia puede convertirse en uno de los

mayores escollos, cuando actúa a modo de reacción terapéutica negativa y se presenta como resistencia.

La transferencia consiste entonces, en una función en la que, inconscientemente, se transfieren y reviven sentimientos anteriores, de manera actualizada en los vínculos nuevos, haciendo un desplazamiento hacia otro objeto o persona, de una conducta emocional relacionada con un objeto infantil. En el proceso terapéutico, esa persona hacia la que se desplaza es el psicoanalista. En esta actualización las emociones se reviven tal como se vivieron en el pasado, constituyendo una fantasía (Lagache, 2018).

Se pueden diferenciar dos formas de neurosis. La primera agrupa a aquellas capaces de transferir la libido hacia objetos, tanto reales como imaginarios y constituyen las neurosis de transferencia. Forman parte de estas las neurosis obsesivas, las histerias y las histerias de angustia. El segundo grupo es el constituido por las neurosis narcisistas, caracterizadas por la ausencia de depósito de la libido sobre objetos, colocándola sobre el yo (Freud, 1917a). Agrega luego al grupo de las de transferencia a la que se produce en el proceso terapéutico psicoanalítico, a la que llamó neurosis artificial. En este caso se crea una nueva neurosis en el vínculo terapéutico, reemplazando a la enfermedad en tratamiento. Se trata de una nueva versión, más beneficiosa, en la que se ubica al analista en posición de objeto. Como consecuencia de esto, los síntomas originarios son resignificados a partir del vínculo (Freud, 1917b). Asimismo sostiene el autor que existen dos tipos de transferencia. Caracteriza una positiva, establecida a partir de sentimientos amorosos, tiernos, amistosos, surgidos desde el principio del tratamiento y una negativa, basada en la presencia de sentimientos de hostilidad. En los casos en los que esos sentimientos positivos adquieren mayor fuerza y permiten reconocer su fuente de origen en el campo de lo erótico, se transforman en resistencia, constituyendo el amor de transferencia, obstaculizando entonces el proceso analítico, dada la demanda de amor hacia la persona del médico. Freud (1915) enfatiza la necesidad del analista de estar informado acerca de esta situación, entendiendo que esta demanda de amor, genuina, no se relaciona con sus atributos personales sino que es intrínseco del vínculo analítico. Entiende que se trata de un enamoramiento en el que existe, como en todos, una reedición de rasgos y una repetición de acciones infantiles, lo que le otorga ese carácter de genuino. La demanda no debe ser respondida entonces, siendo lo contrario negativo para la cura, llevando a la repetición en el proceso de aquello que debería ser recordado. La transferencia amorosa debe ser entendida como de la situación de análisis, manteniéndola en ese carácter, reorientándola hacia su origen, en el inconsciente, en busca de hacer consciente lo reprimido en relación con su vida amorosa.

Existe una relación entre la transferencia y la repetición. Hay algo del pasado que se repite, transferido, en la relación con el médico analista. Se trata de algo reprimido y olvidado y que, en lugar de recordarse, se actúa (Freud, 1914b).

Freud consideró vital para la práctica de su técnica la interpretación tanto de la transferencia como de la resistencia, (Laplanche & Pontalis, 2016). Aunque Lacan (1961) dirá que la transferencia no es interpretable sino que es el marco dentro del cual se realiza la interpretación. El concepto de resistencia fue introducido por Freud (1897) a partir de su trabajo con pacientes a las que no lograba hipnotizar. Entendió que para acceder a ellas debía superar una fuerza que impedía el devenir de representaciones que les eran conflictivas, inconciliables para el yo y contra las cuales se defendían, constituyendo una manera de no querer saber.

Cosentino (1999b) sostiene que la transferencia, que posibilita un desplazamiento sobre la persona del terapeuta de representaciones que permanecen en el inconsciente, facilitando su repetición y permitiendo así su rememoración a partir del trabajo analítico de interpretación.

Concepto relacionado con el de transferencia, la contratransferencia es para Freud un resultado sobre los sentimientos inconscientes de la influencia del paciente, sosteniendo que ningún analista es capaz de acceder más lejos de lo permitido por sus propias resistencias y complejos (Laplanche & Pontalis, 2016). Dado que la cura se entiende cada vez más como una relación, sostienen los autores que se requiere una atención particular a la contratransferencia. Una idea bastante difundida en el campo psicoanalítico aunque no exenta de polémica es que se trata de procesos inconscientes que se generan en el analista a partir de la transferencia del analizado. En este sentido, puede considerarse que, como reacción frente a la transferencia del otro, el fenómeno no se limita al analista sino también al analizado, por lo que se hace necesario distinguir los conceptos de transferencia y de contratransferencia en ambos participantes de la díada analítica (Laplanche & Pontalis, 2016).

Si bien Freud utilizó la palabra contratransferencia, sólo lo hizo en pocas ocasiones. Se entiende como los sentimientos de tipo inconsciente surgidos en el proceso terapéutico, que son experimentados por el analista para con su paciente. Es un término que ha generado discusiones, provocando divisiones entre los terapeutas. Para algunos se trata de manifestaciones relacionadas con la falta de análisis del terapeuta que debían reducirse, constituyendo un obstáculo; mientras que para otros deben ser consideradas, entendiendo sus sentimientos como reacciones acordes con el estado anímico de su paciente, considerándose entonces como útiles herramientas para la guía del análisis (Laplanche & Pontalis, 2016). Hace referencia a representaciones y sentimientos, tanto conscientes como inconscientes que despiertan en el terapeuta a causa y en la cercanía, a partir de la paciente escucha de su analizante, resultando

de vital importancia en la forma en que este lo escucha e interviene en las asociaciones durante el proceso psicoanalítico (Corveleyn, 1997). Freud (1910; 1915) afirma que el médico debe estar atento a su posible emergencia, buscando detectarlos rápidamente para poder controlarlos, oprimiendo entonces sus sentimientos para con el paciente, mostrando indiferencia, para lo que considera fundamental la propia experiencia analítica. De acuerdo con Corveleyn (1997), Freud entiende este manejo como el adecuado en relación con el proceso de cura, el que constituye el fin del vínculo analítico y que no puede ser perdido de vista. Entiende que el analista, al reaccionar a las necesidades afectivas del paciente, lo hace desde sus propios intereses, encerrando así al otro dentro de las seguras fronteras de la terapia, impidiendo su liberación a partir de sí mismo de las ligazones perturbadoras de su vida emocional. Siguiendo al autor, se ve en Freud cierta contradicción entre lo que afirma y la manera en que realmente actuaba en relación con sus analizantes, entendiendo esto como posible fuente de la divergencia surgida en relación con su manejo en el proceso analítico. Sostiene que no se observaba una aplicación estricta de la regla, actuando gobernado por su análisis pero no reprimiendo sus sentimientos contratransferenciales.

Existe una tendencia clásica, en la que se tiende a mantener un estado de neutralidad similar al de un observador en un experimento científico, mostrándose carente de sentimientos, prescindiendo de cualquier respuesta emocional hacia el paciente, adoptando una actitud racional, basada en un análisis completamente externo a la persona del terapeuta, permitiendo la interpretación como único factor activo del médico, libre de valores y de un lenguaje emocional (Orozco, 2000). Al respecto de esta concepción tradicional, Paz (1995) postula la idea de una perturbación que debe ser superada por el analista para recuperar la objetividad perdida, en tanto se trata de su respuesta a la transferencia, en lo que constituye un anhelo encomiable que no es desdeñable. Sin embargo, se trata de una idea insuficiente para este autor. Debe atenderse también a su carácter de emergentes constantes e intrínsecos a la estructura transferencial. La entiende así como una activación de fantasías primarias y vínculos que aparecen en el médico a partir de manifestaciones del paciente durante el proceso. Si bien de presentación habitual, no toda respuesta emocional consiste en contratransferencia. Toda contratransferencia inicia como dificultad, dependiendo su destino del modo en que se tramite. Por su parte, Lacan la entiende como algo que se opone a la transferencia, que va en el otro sentido, algo que procede del paciente e impacta en el analista, por identificación a lo inconsciente del analizante, siendo el terapeuta quien mayor resistencia pone en el análisis. El autor no coloca énfasis en ella (Orozco, 2000).

3.1.5. Lacan y el concepto de transferencia

De acuerdo con Cosentino (1999 a), Lacan entiende que en la transferencia el paciente no recuerda aquello que ha olvidado, que mantiene reprimido sino que lo reproduce actuándolo, repitiendo entonces sin saber que lo está haciendo. Repite desconociendo que repite y es tarea del analista comprender que, de esta manera, el paciente está recordando. El manejo que hace el analista de la transferencia es el recurso que tiene para controlar la compulsión del analizante a repetir. En el mismo sentido, Rabinovich (2010) sostiene que la transferencia constituye la puesta en acto de la tendencia a la repetición del paciente, en el vínculo analítico.

No se trata de una repetición exacta del pasado reprimido sino que se actúa ahora aquí, en la relación, haciéndose presente algo nuevo, una creación. Se trata de una forma de ficción en la que el analista participa, permitiendo que se proyecten las representaciones inconscientes sobre su persona, siendo entonces parte integrante de la situación recreada en el aquí y ahora (Lacan, 1965; Rabinovich 2010).

Siguiendo a Nasio (1994) en su interpretación de Lacan, el paciente, cuando acude a consulta, adjudica al Otro un saber desde el inicio del proceso, instituyendo el síntoma, que será develado a partir de su interpretación. Entiende que el devenir del proceso transferencial determinará el camino de la cura.

Lacan (1965) describe a la transferencia tomando los conceptos de Hegel, como una dialéctica, sosteniendo que aunque se manifiesta en forma de afecto, su estructura no es esa, sino que es intersubjetiva. Agrega un concepto nuevo, con respecto a Freud, que es el de *Sujeto del Supuesto Saber*, como estructura de la situación analítica, en la figura del profesional, al que el paciente le reconoce un saber acerca de lo que le sucede. Este saber sobre el que Lacan (1965) habla, no es un saber acerca de lo que el paciente siente sino que se trata de un saber que éste atribuye a la figura de su analista y dicha atribución surge a partir de la estructura del vínculo analítico. Lacan la entiende como un acto de amor, en el que los dos componentes de la díada analítica toman posiciones diferenciadas desde el inicio, sustentadas a partir del deseo del psicoanalista, uno de sujeto activo, amante y un sujeto pasivo, el amado. El deseo del analista se pone en juego a partir de su presencia y disposición, que invitan a la asociación libre en la medida en que instalan un vacío que suscita un enigma que es condición previa a la transferencia y, obviamente, a la interpretación. Trabajar desde el deseo del analista implica no caer en el juego del paciente, no responder a la demanda, sino poner al descubierto el deseo del sujeto analizante a partir de sus quejas y pedidos; incluso de las expresiones caóticas y cargadas de hostilidad (Bustos Arcón, 2016).

Cuando un paciente llega a terapia lo hace con un pedido desde un registro imaginario, que dirige entonces a un alguien. Es necesario que ese alguien se encuentre ubicado como analista

para construir una demanda de análisis, que requiere así de un analista que la articula desde su silencio, permitiendo la captura de aquello que el diálogo obtura. De este modo se hará posible la caída de lo imaginario y la realización del sujeto de una pregunta subjetiva que lo implique y a suponerle una causa, en una doble suposición, entonces: la de un sujeto del inconsciente y la de un saber no sabido. Se trata de una puesta a trabajar desde la lógica del deseo de análisis, con un analista silente y un trabajo analítico del sujeto, que supone al primero un supuesto saber (Lacan, 1965).

Miller (1984) sostiene que el significante va dirigido al analista, que se constituye en el lugar del Otro y, desde este lugar, será quien decida sobre su significación, de manera retroactiva. Esto se instala en la situación analítica desde su inicio, a partir de la premisa de decir todo aquello que venga a la mente, dado que todo tendrá un significado a interpretar, todo lo dicho tendrá algo que decir. Es desde este supuesto que se le otorga al analista el lugar de *Sujeto de Supuesto Saber*, en el que ninguna palabra dicha supondrá una pérdida, sino que será factible de ser significada. Al respecto, Rabinovich (2010) afirma que cuando se deposita sobre el terapeuta el lugar de *Sujeto de Supuesto Saber*, se le adjudica el privilegio de ser dueño de la verdad, facultad subjetiva, que tendrá que ser disuelta para dar acceso al sujeto del inconsciente, ese sujeto deseante. Sostiene Lacan (1961) en “La transferencia”, conferencia N° 8, que se ofrece un lugar que se encuentra vacante para que el deseo del sujeto analizante se realice como deseo del Otro, a partir de la posición del *Sujeto de Supuesto Saber*, que actúa como pivote, permitiendo articular el espacio vacante para que la transferencia se instale, dando lugar a la intervención, en el proceso analítico.

En el dispositivo analítico, de acuerdo con Miller (2005), el analista interpreta desde su particular lugar, a partir del discurso, significando tanto desde la interpretación como desde el silencio. En este sentido, Rubinstein (2009) entiende que la importancia fundamental radica en la posición desde la que el analista participa más que en el discurso del paciente, por lo que se requiere versatilidad por parte del terapeuta para poder entregarse a la situación analítica y dirigirla en el camino de la cura.

De acuerdo con Álvarez (2012) Lacan y Freud difieren algo con respecto al concepto de transferencia. El autor sostiene que en Freud se advierte una idea de vinculación entre transferencia, repetición y resistencia, proponiendo interpretarla. Le otorga un papel fundamental en el análisis dado que puede tratarse lo pulsional refractario orientándolo al camino de la cura. Por su lado Lacan (1958) en su desarrollo de la transferencia en el presente, distingue a la repetición de la transferencia. De acuerdo con Lacan la resistencia permite

localizar aquello que no es dicho, por lo que constituye un aliado para el terapeuta, dependiendo de su destreza para puntualizar un sentido nuevo a lo surgido.

3.2. Terapia familiar

En el marco del presente trabajo, el tema a tratar es la terapia familiar psicoanalítica.

El abordaje familiar psicoanalítico se enriquece en la Argentina a partir del trabajo de García Badaracco con pacientes psiquiátricos. Para este fin se centró en el trabajo con sus familiares, con dispositivos familiares, tomando como punto de partida la profundización de sus conocimientos teórico prácticos desde distintos referentes. El psicoanálisis familiar consiste en un dispositivo que actúa como continente para el abordaje de enfermos mentales y sus familiares, buscando desarmar estructuras de tipo patológico que se encuentran en la base de la patología mental. A partir de su trabajo se ha ido cambiando la mirada sobre la enfermedad mental, observando a los pacientes desde su lugar más sano, no desde su reducción a un síndrome. Se entiende a la patología mental como producto de lo vincular, por lo que el abordaje es familiar. Con el objetivo de desarmar los vínculos conflictivos, generadores de enfermedad, se apunta al grupo familiar, en el que la patología emerge, buscando la conformación de una nueva forma de diálogo en el encuentro (Gutiérrez Amorín, 2014)

García Badaracco (2000) entiende a la vida psíquica del individuo a partir de la interdependencia entre los miembros del grupo familiar, lo que permite pensarla como dinámica. Para el autor es parte de la condición humana el establecimiento de relaciones recíprocamente interdependientes con otros individuos relevantes para su vida. Estas relaciones pueden ser de tipo empático, sano, como el amor, generadoras de fuertes recursos yoicos. O de tipo negativo, como el masoquismo o el sadismo, generando dolor y sufrimiento por largo tiempo en la vida de una persona, pudiendo incluso llegar a ser desencadenantes de patología, promoviendo un déficit de recursos yoicos e identificaciones patológicas, generadoras de repetición, en una trama que une al enfermo y a sus padres, en una retroalimentación de la conflictiva.

Siguiendo a Palleiro (2011), la presencia de interdependencias recíprocas es inherente a lo humano, presentándose en las familias una trama que envuelve al grupo, con una lógica de sometedor y sometido, en la que sufren todos los miembros. Sobre esto, Mourelle (2013) sostiene que es necesario entenderlo como una relación de reciprocidad, dado que todas las partes se encuentran afectadas. El autor destaca la existencia de alternancias en los roles, asegurando que no se trata de la presencia de victimarios y víctimas sino de generadores de sufrimiento y personas que lo padecen.

Por su parte, Claro (2013) entiende que cada participante habita y es habitado tanto por sí mismo como por personas significativas, lo que acentúa la interdependencia. En relación con esto Naracci (2010) afirma que aquellos que forman parte de la interdependencia no alcanzan a reconocer su naturaleza, la que debería entenderse para iniciar la desidentificación que permita apropiarse de los aspectos más saludables, alienándose de los otros. En el contexto familiar es en el que la interdependencia se visibiliza y se desgasta, debiéndose tratar de lograr nuevas identificaciones allí mismo, habilitando a cada integrante a ubicar un lugar en el que desplegar su propio y verdadero sí mismo. La enfermedad y los conflictos son vinculares, por lo que el abordaje debe incluir a todos los miembros participantes del grupo interdependiente.

García Badaracco (2000) afirma que desde el punto de vista psicoanalítico, en el trabajo familiar se busca la obtención de cambios en la estructura con el objetivo de lograr un equilibrio emocional más adecuado, flexibilizar e incrementar la capacidad de afrontar y resolver problemas, y el crecimiento personal. El psicoanálisis, en este marco, se recontextualiza y se enriquece.

3.2.1. Psicoanálisis y terapia familiar: transferencia y abordaje

El trabajo grupal tiene como eje central al proceso terapéutico del conjunto, en el que no son consideradas las particularidades de los miembros (García Badaracco, 1989). Al respecto sostiene Maruottolo (2009) que el grupo conforma una sociedad que engloba fenómenos propios, únicos y altamente complejos en el que se entabla un diálogo entre los integrantes, en los distintos niveles: individual, familiar y social, compartiendo en el encuentro terapéutico una experiencia social enriquecedora que, de acuerdo con García Badaracco (2000) busca el cambio psíquico a través de la participación en nuevas experiencias que apuntan al desarrollo del sí mismo en un espacio en el que se está disponible para los otros, contando de este modo con el otro de manera recíproca, evidenciando, según Mourelle, (2013) las interdependencias, llevando a su desgaste y rotura para abrirse luego a nuevas experiencias, sentimientos y vivencias y con ello a la posibilidad de cambio.

Se trabaja desde la idea de una mente más amplia, constituida por el grupo, en la que se despliega una mayor posibilidad de rotura de la rigidez de las estructuras a partir de un clima emocional de confianza en el que se puedan compartir sentimientos y conflictos construyendo nuevas asociaciones que lleven a un repensarse a sí mismos (García Badaracco, 2000; Claro 2013).

En un contexto, amigable y seguro y continente es posible abrirse, escucharse de manera activa, procesando los conflictos de manera vincular y a partir de esto generar mayores recursos yoicos, conteniendo la angustia asociada al cambio (García Badaracco, 2000).

En este sentido, se entiende a las familias como estructuras de configuración abierta en un fluir constante de intercambio con el medio ambiente. Conforman una organización con identidad propia pero de carácter mutable en la que la transformación es posible. Su carácter de estructuras en un devenir constante supone un cambio para el psicoanálisis, fundado en la necesidad de concebir una conexión entre un sujeto, vínculos y cultura a modo de red en el que las tres dimensiones se entretajan formando un tejido peculiar, de modo que no pueden discriminarse ni separarse. En este contexto las representaciones propias de cada sujeto presentan marcas tanto de lo social como de lo vincular, permitiendo el desarrollo del abordaje desde dispositivos vinculares. El punto de partida no es ya el sujeto sino la dinámica vincular, haciendo necesario su despliegue, tendiendo a develar leyes generales preexistentes que generan reiteraciones y redundancias. La familia constituye un dispositivo cultural particular en el que hay una renuncia pulsional parcial posibilitando la convivencia, conformando un campo sexual, con prohibiciones y prescripciones ligadas al tabú del incesto, con la sexualidad como uno de los ejes centrales vinculares, suponiendo una circulación pulsional (Rojas, 2000). El trabajo se realiza incluyendo a veces a toda la familia, a veces a algunos de los representantes y a veces a un miembro solo, de acuerdo a lo que se considera necesario. Se dedica un tiempo a preguntas exhaustivas para entender las quejas de la familia, entendiendo a las acciones como efecto de la falta de transmisión verbal, modo de acotar pulsiones desenfrenadas. Se realizan intervenciones que apuntan a reinscribir el significante del deseo, el que queda por fuera de la cadena del Otro, permitiendo delimitar goces fantasmáticos de un modo más acotado y amable, propiciando un futuro, disminuyendo los actings. El análisis permite inaugurar un nuevo discurso, dando un nuevo lugar a lo simbólico, al *Nombre del Padre*, un discurso barrado (Del Villar, 2001).

Tratándose no de un individuo, sino de un grupo de personas, la transferencia debe lograrse con todos, a modo de grupo. Para esto es necesario establecer una buena alianza con cada uno de ellos, a la vez de una con el grupo. No solo por la cantidad, sino por la diversidad y la complejidad, constituye un reto para el terapeuta. Es importante considerar, a la hora de la transferencia, tanto la estructura de poder grupal como el conflicto en crisis que se presenta. Existen conflictos particulares que contaminan la relación, además de la existencia de secretos con influencia distinta y por tanto con consecuencias importantes en la alianza y el trabajo con el terapeuta requiriéndose de un contexto seguro para todos los integrantes para lograr la transferencia. El vínculo que se establece con la familia es multifocal y complejo y tiene que ser fuerte con todos los participantes, dependiendo la comunicación con el terapeuta del tipo de comunicación que mantiene la familia, puesto que le da marco. La comunicación con el

analista está enmarcada, entonces, por el tipo de comunicación familiar (Escudero Carranza, 2009).

García Badaracco (2000) asegura que no se busca abordar de manera individual todas y cada una de las transferencias sino que se intenta evidenciar el fenómeno transferencial en situaciones particulares, buscando que los demás participantes puedan verlo en todo su despliegue para luego evidenciarlo en ellos mismos.

En transferencia, los participantes del grupo familiar, a través de identificaciones pueden comenzar a vivir nuevas situaciones y las expresiones propias de alguno de los miembros pueden funcionar a modo de puentes, para expresar más desde uno mismo, tomando a los otros como objeto de proyección y desplazamiento, incluyendo a la figura del terapeuta (García Badaracco, 2000).

En cuanto a la contratransferencia, afirma García Badaracco (2000) que tiene vital importancia en el contexto familiar, considerando al impacto que el grupo genera en el analista constituye la más eficaz herramienta para entender lo que acontece al interior del grupo poder desde allí realizar devoluciones, destacando además la importancia de la supervisión para su manejo en un contexto en el que las experiencias transferenciales y contratransferenciales pueden abrumar. Cuando es posible para el analista empatizar con el dolor del otro se habilita el total despliegue de las transferencias indispensables para el trabajo terapéutico. Es el compromiso emocional y la empatía con el sufrimiento del otro lo que permite al terapeuta el despliegue acabado de su rol (Mascaró, 2011). Esta forma de plantear el trabajo del analista se vincula con el concepto de *ternura*. Ulloa (1995) define a la ternura como algo mucho mayor que una emoción, en la medida en que la considera una institución por ser una instancia psíquica fundante de la condición humana. Dos habilidades forman parte de la ternura: la empatía y el miramiento. La primera implica una cercanía que está en la base del cuidado, de la provisión de lo necesario; el miramiento, en cambio, refiere a una respetuosa distancia, al reconocimiento del interés del otro, distinto y ajeno a uno mismo. Estas dos habilidades están en la base de lo que el autor llama buen trato, que representa uno de los suministros de la ternura y del cual deriva la idea de tratamiento.

En relación con el despliegue del rol en su complejidad, es indispensable pensar en el trabajo de supervisión por parte del analista.

3.2.2. Supervisión en terapia familiar psicoanalítica

Como se ha sostenido ut supra, ningún analista puede ir más allá de sus propias resistencias internas y complejos, por lo que es fundamental la necesidad de someterse a un análisis propio

y a la supervisión, dado que la cura es producto de la relación analista-analizado (Laplanche & Pontalis, 2016).

La supervisión constituye una manera de rendir cuentas a un tercero, contribuyendo así a la terceridad. La idea se basa en la necesidad de contar hasta tres para poder otorgar sentido. Al poner en relación dos elementos, surge un tercero que media asegurando la conformación de una cadena, que sólo tiene sentido si verifica el lazo entre ambos elementos. Este tercero se introduce en todos los niveles, lo que le otorgaría a la supervisión su vital importancia, dado que pone así en marcha al *Otro* de lo simbólico. Sin embargo, Lacan va más allá de la terceridad y por consiguiente agrega un cuarto lugar, el del objeto pequeño *a*. Entiende que el tercero podría caer en la tentación de historizarse como tal, olvidando el resto que queda por fuera en la operación analítica, de lo que nunca podrá ser nombrado en el Otro. El autor entiende como función del control algo más que la de controlar a un sujeto que se ve sobrepasado por su acto, sosteniendo que el problema no se encuentra en eso sino en la situación en la que el sujeto, a modo de amo, sobrepasa su acto, cubriéndolo con su narcisismo en lugar de enfocar en el deseo puesto en juego, buscando llevarlo a un saber. Entiende que el problema se encuentra en el terapeuta experimentado, que deja de percibir que él surge, emerge del acto analítico, escapando a la necesidad del deseo propio, el del analista, generando la necesidad de intervenir sobre él, buscando que se haga causa del deseo. Se trata del trabajo sobre el analista experimentado que sin él, caería en el lugar de quien posee el saber y quien al mismo tiempo cede a su demanda de falo (Laurent, 2004).

El rol del analista que acude a supervisión es el de un mediador, buscando exponer el material sobre el que el supervisor va a opinar. Se despliegan entonces, a partir de este dispositivo, dos historias, la del paciente y la de la terapia, a partir de un único despliegue discursivo. Por otro lado, algunos autores consideran que el objeto de esta es analizar la relación del terapeuta con el caso, por lo que, en el discurso del material clínico, la presencia del analista es más enunciativa que explícita. Por último, otra representación posible alrededor de la supervisión es la que privilegia casi exclusivamente al analista como objeto de la supervisión (de Arnoux, di Stefano & Pereira, 2010).

A su vez, el dispositivo de supervisión inaugura un saber no sabido, ese saber del discurso del analista marcado por la imposibilidad de incluir la dimensión de la castración en la del saber. Constituye una articulación entre práctica y teoría que emerge mediante la experiencia clínica (Derzi & Marcos, 2013). Este contexto constituye un lugar de entrenamiento, un espacio de aprendizaje, conformándose una díada, supervisor – supervisado, que se verá a su vez afectada por el self y el poder del supervisor (Mc Candless & Eatough, 2012).

En situaciones de terapia grupal, la supervisión adquiere mayor importancia y riqueza, debiendo abordar las complejidades que atañen a los procesos grupales. Estos incluyen la posibilidad de crecimiento, con una dinámica propia, debiendo el trabajo contemplar esta situación (Clarke & Rowan, 2009).

Dada la importancia otorgada al compromiso por parte del terapeuta, incluyendo su emocionalidad, la supervisión se torna vital, invitando a reflexionar constantemente acerca del grupo e interpretar y repensar su dinámica, al mismo tiempo de colaborar con el crecimiento del terapeuta, tanto en lo personal como en lo profesional (García Badaracco, 2000; Mascaró, 2007).

La posibilidad de supervisión otorga, a partir de lo antedicho, un enriquecimiento del dispositivo que afecta no sólo al analista sino también a los miembros del grupo familiar. Una de sus funciones es la de colaborar con el terapeuta para evitar enredarse en la formación de alianzas que pueden desarrollarse a partir de la contratransferencia, en relación con alguno de los participantes, constituyendo una suerte de sostén para el médico (García Badaracco, 2000). El trabajo del supervisor no se limita a lo técnico ni a lo clínico, extendiéndose también a lo relacional, apuntando al desarrollo de una base segura para el terapeuta, en la cual pueda desplegar su individualidad, posibilitando su responsabilidad, su imaginación y creatividad y sobre todo su empatía y compasión (Hill, 2009).

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Descriptivo profesional

4.2. Participantes

Para el trabajo se entrevistó a miembros de la institución psicoanalítica. Los participantes fueron una licenciada en psicología coordinadora del equipo de pareja y familia con ocho años de antigüedad en la institución, un psicólogo con seis años en la institución, miembro del equipo de pareja y familia, otra del mismo grupo con tres años de antigüedad y una del equipo de supervisión también con ocho años en el lugar, todos ellos con orientación psicoanalítica lacaniana.

4.3. Instrumentos

Se realizó observación participante de talleres de supervisión y de clínica psicoanalítica en las áreas de adultos, niños y familia y pareja.

Video conferencias: Inhibición síntoma y angustia, Los diagnósticos actuales en la infancia y El método psicoanalítico con niños y adolescentes.

Se realizó cuatro entrevistas semidirigidas a algunos de los profesionales de la institución, acerca de modalidades de análisis, las características de la transferencia y la contratransferencia en el psicoanálisis familiar, su importancia y necesidad de lograr un vínculo, la resistencia, herramientas para su manejo y la importancia de la supervisión para el manejo de la transferencia y contratransferencia.

A los psicólogos de familia se les consultó además y específicamente, acerca del modo de abordaje de las familias, personas citadas, intervenciones, la existencia o no de posibles alianzas, su impacto en la terapia y su manejo, necesidad de acudir a supervisión, objetivo con que lo hizo.

A la supervisora se indagó sobre su rol, importancia y necesidad, frecuencia estimada con que acudieron a ella, vínculo con el supervisado y relación entre su labor y la experiencia del analista valoración de la misma.

4.4. Procedimiento

Las entrevistas semidirigidas se llevaron a cabo, en el marco de la práctica, a los profesionales participantes sobre la temática de interés, durante el mes de junio del 2020, de manera virtual. Tuvieron una duración aproximada de 60 minutos, pudiendo variar al surgir puntos de interés que así lo requirieron.

Se realizó observación participante de los citados talleres con una frecuencia semanal, entre los meses de abril y mayo de 2020 y de videoconferencias, una por semana, durante el mes de mayo de 2020.

5.Desarrollo

5.1.Transferencia y contratransferencia en base a la opinión de los analistas.

La transferencia constituye uno de los pilares del psicoanálisis, concepto fundamental de la clínica y de la teoría, en tanto estructura la experiencia psicoanalítica (Freud, 1913, 1914a). De acuerdo con las palabras de la analista M, es imprescindible su despliegue para el trabajo clínico con pacientes, independientemente de la modalidad en que se realice.

Una de las profesionales que impartió un seminario en la institución refuerza la idea de que *es por la vía del amor de transferencia que se da la cura*. De esta manera se rescata lo que Freud (1901) considera las simultáneas inevitabilidad y necesidad de la transferencia. A pesar de esta idea, especialmente de la inevitabilidad, es posible pensar que la instalación de ese amor de transferencia en las condiciones necesarias para llevar adelante el camino de la cura exige por parte del analista algún esfuerzo. En este sentido, una de las analistas entrevistadas, M, dice que *no es sin intervenciones que adviene la transferencia*. Como ejemplo de esta afirmación y muestra de cómo una intervención puede provocar la instalación de ese amor de transferencia, propone el caso de una terapia familiar en que las primeras entrevistas con la pareja de padres estuvieron marcadas por las quejas y discusiones. La intervención de la analista fue sugerir que la dinámica entre ellos consistía en *tirarse la angustia uno al otro*. A la sesión siguiente, ambos llegaron diciendo que esa intervención los había hecho pensar y él, que es estudiante de psicología, dijo que ahora sí se sentían *realmente transferenciados*. En este relato se observa cómo la interpretación de la analista tiene un efecto favorable a la instalación de la transferencia y podrían marcar el inicio de la entrada en análisis.

M planteó que es necesario un cierto tiempo de trabajo para lograr que se instale lo que ella denomina la *confianza transferencial* y la *confianza de la palabra*. Recién entonces, afirma, se puede decir que hay una demanda de análisis. Esto implica que la confianza que se va a construir es doble, por una parte la confianza depositada en el analista, que forma parte de esa transferencia de sentimientos tiernos de la que habla Freud (1914/2005a), y por la otra, de una confianza en la palabra, en que decir tiene un sentido y un efecto.

Por otra parte, este tiempo al que hace referencia la analista se puede identificar con las entrevistas preliminares que marcan el inicio de toda experiencia de análisis. De acuerdo con Aulagnier (1984) las sesiones preliminares son necesarias para la instalación de la transferencia y su duración debe determinarse cuidando que dicha instalación no se produzca antes de haber decidido llevar a cabo el análisis, siendo igualmente necesario evitar forzar el inicio de un análisis antes de que esta haya tenido lugar. El compromiso que implica un análisis debe poder ser sostenido tanto por el analizante como por el analista, pero es este último el que tiene la mayor responsabilidad.

La identificación de los signos de la transferencia es entonces una de las tareas más importantes que tiene que afrontar un analista durante los movimientos de apertura. Sobre esto, la misma profesional dice que:

el momento de pasaje de ese tiempo de entrevistas de ensayo a un análisis propiamente dicho se da cuando un paciente empieza a implicarse en sus propios dichos, es decir cuando hay una

implicación subjetiva. ¿Pero cómo nos damos cuenta de que hay implicación subjetiva? En la supervisión es donde nos vamos dando cuenta de que se instaló la transferencia; y para que un paciente se implique subjetivamente, tiene que estar instalada la transferencia. De esto nos vamos a dar cuenta a través de la supervisión.

La implicación con los dichos propios a la que se alude en esta cita recuerda a Miller (1984) cuando destaca que la regla de decir todo aquello que venga a la mente supone que todo lo que se diga puede tener un significado a interpretar, o sea que todo lo dicho tendrá algo que decir. Siguiendo a Lacan (1953/2005), el despliegue de un discurso instala un intervalo de verdad, aún cuando el analizante no pretenda comunicar nada o busque engañar. Si bien en su mayor parte ese discurso está constituido por lo que Lacan llama palabra vacía, aloja también la palabra plena, aquella que se confiesa sin querer, cuando no piensa decirse. Esto último ya supone que hay una posición subjetiva desde la cual se dice, no solamente todo lo que pasa por la mente sino aquello que puede considerarse como palabra plena, momento en el cual hace aparición el inconsciente. Esto sólo puede darse en el marco de la transferencia.

El trabajo analítico, se entiende, sólo puede llevarse a cabo en estas condiciones. En una de las entrevistas, la analista I afirma:

Quando la transferencia se vuelve negativa el trabajo psicoanalítico puede convertirse en un imposible. No importa si se trata de una actitud belicosa para con la analista o si el paciente se enamora...cuando pasa eso, cuando la transferencia es de este tenor, se interrumpe el análisis... y a veces cuesta relanzarlo. Pero cuando se logra superar ese obstáculo y el vínculo transferencial positivo se recupera, es cuando de verdad el trabajo avanza.

En este testimonio se observa el carácter ambiguo de la transferencia señalado por Álvarez (2012), como condición indispensable y, al mismo tiempo, principal obstáculo para el análisis. Ya Freud (1917c) señalaba esta relación entre transferencia y resistencia que se observa en la reacción terapéutica negativa; y en las palabras de la profesional se destaca la interrupción abrupta del trabajo analítico, que se produce cuando la transferencia pasa a estar al servicio de la resistencia. Aún cuando la transferencia, en su versión negativa, produzca esta interrupción en la rememoración, bajo la forma de falso enlace con la persona del analista es lo que permite acceder a aquello inconsciente que se resiste a ser recordado, como señala Cosentino (1999b), y como origen de la neurosis de transferencia (Freud, 1917b) es la condición desde la cual se va a intervenir para producir un cambio en la economía pulsional.

En el caso de la terapia familiar, otra de las analistas (C) destaca lo que implica para un abordaje desde el psicoanálisis, que sean varias personas las que se ven involucradas. *En estos casos no es un sujeto quien nos consulta, sino dos. Y eso implica que hay más de un fantasma*

en juego y que se ensamblan. Cuenta que uno de los problemas que debe enfrentar en este tipo de terapia es el de mantener la abstinencia estando en una posición expuesta a transferencias cruzadas que, de distintos modos, apuntan a establecer alianzas y complicidades. La profesional afirma que quedarse enredado en estos juegos significa permanecer en el plano de lo imaginario, en donde el análisis no puede avanzar por el camino de la cura. En lugar de esto, el analista debe mantener su posición para operar desde lo simbólico. Rubinstein (2009) afirma el valor de esa posición desde la cual actúa el analista por encima del propio discurso del paciente, enfatizando la versatilidad que se requiere de él para poder dirigir el trabajo de análisis por el camino de la cura.

Un obstáculo posible para el despliegue de esta versatilidad es la contratransferencia. Al respecto, un profesional de la institución (T) sostiene que la misma se hace presente cuando el analista se desorienta en su lugar y cree que lo que el paciente dice o hace está dirigido a su persona. A esto le llamamos resistencia del analista, que debe ser abordado y trabajado en las supervisiones y en el propio análisis del analista para poder reubicarse en su posición de abstinencia.

Luego, refuerza la idea de que el analista nunca debe tomar este tipo de expresiones como algo personal, como si fueran la manifestación de algo contra su persona. *Cuando pasa esto, y el analista se encuentra diciendo cosas como 'me atacó', o 'no me tiene confianza', 'no me respeta', es porque está desorientado, porque se olvidó que no se trata de él, sino del fantasma de esa persona*. Al respecto cabe recordar que, como sostiene Miller (1984), la palabra del analizante no está dirigida al analista como persona, sino que va dirigida al Otro, sólo que en la situación analítica el analista se encuentra ocupando ese lugar, como Sujeto Supuesto Saber. Cuando se da esta confusión entre lo que corresponde a la persona del analista y lo que es propio del lugar que ocupa, puede ocurrir que el analista está siendo víctima de la contratransferencia; entonces surgen las resistencias del propio analista, que deben trabajarse tanto en el análisis personal como en la supervisión para permitirle recuperar la neutralidad que exige la observancia de la regla de la abstinencia (Orozco, 2000).

Una cuestión importante en relación con la transferencia y la neutralidad que requiere el psicoanálisis es que el respeto por la regla de abstinencia no significa perder la capacidad de empatía. La profesional T., al referirse a esta posición de neutralidad, la distingue de la indiferencia.

No hay que confundir abstinencia con indiferencia; la obligación de no imponer al paciente nuestros valores, nuestra manera de ver el mundo, no significa que no nos comprometemos

con su padecimiento, que no asumamos nuestra responsabilidad de hacer algo con eso. Si el analista es indiferente al sufrimiento del paciente no puede hacer nada.

Esta forma de concebir la regla de abstinencia difiere de la neutralidad al estilo experimento científico, sin poner en juego las emociones, que describe Orozco (2000). En cambio, implica valorar la resonancia con el sufrimiento del paciente y su pedido de ayuda para que, a través del compromiso emocional y la empatía con ese sufrimiento el terapeuta pueda cumplir con su rol, como afirma Mascaró (2011). Una actitud tal convierte a la ternura (Ulloa, 1995) en el marco en cual se lleva a cabo el trabajo analítico y, como veremos en el apartado siguiente, en el que se da el manejo de la transferencia.

5.2. Herramientas que utilizan los analistas de una institución lacaniana para el manejo de la transferencia.

Al inicio del tratamiento psicoanalítico la atención del profesional está orientada especialmente a la detección de los indicios de que el dispositivo está iniciando un proceso transferencial. Este momento se corresponde con lo que Aulagnier (1984) describe como movimientos de apertura, a los que caracteriza por la anticipación que el analista debe hacer de la forma futura que ha de tomar la relación transferencial. Dicha anticipación dependerá de la capacidad de escucha y la sensibilidad del profesional para captar todo aquello relacionado con la afectividad del paciente y la existencia o no de una demanda de análisis.

Algo de esto es lo que refiere la analista M en la entrevista:

Con algunos pacientes pasa que ya tienen una experiencia previa con el psicoanálisis, o incluso están familiarizados con algunos términos como el concepto de transferencia. En estos casos puede suceder que ellos mismos estén dispuestos a expresar su confianza en el analista y a abrirse desde el discurso. En otros casos, cuando no hay una experiencia previa, esto es más inocente y se manifiesta con pequeños detalles. Por ejemplo, puede pasar que alguien que viene quejándose de su inseguridad en las relaciones muestre esa misma inseguridad frente a la escucha del analista y que diga cosas como ‘por ahí va a pensar que esto es una tontería’ antes de contar algo, o ‘no sé qué va a pensar de esto que le voy a decir’. Demostrar una buena actitud frente a esto es importante para que la transferencia se instale.

Una situación como la relatada se puede al mismo tiempo como un obstáculo para la aceptación de la regla básica de decir todo lo que venga a la mente sin censura y como una forma de transferencia como repetición inconsciente. Esto coincide con el doble carácter de la transferencia como obstáculo y condición de posibilidad del análisis a la que se refiere Álvarez (2012), especialmente si se considera lo que Lacan (1958) dice acerca del papel de la

resistencia como aliado del terapeuta en la medida en que permite localizar algo de lo no dicho. Detectar eso no dicho, sino actuado, sería un primer paso, al que debe seguir una actitud adecuada, para que realmente lo que surge por efecto de la resistencia se convierta en recurso para el análisis. En este punto se puede plantear una vinculación con lo que Cosentino (1999b) dice acerca de la forma en que el manejo que hace el analista de la transferencia como actuación, como recuerdo inconsciente, es un recurso para controlar la compulsión a la repetición.

Una forma posible de este manejo en un caso como el presentado por M es la manifestación de una actitud de escucha atenta desde la empatía. Esta escucha plantea un vacío que, por darse dentro de la estructura de la situación analítica, es condición de posibilidad de la transferencia (Bustos Ancón, 2016). Siguiendo a Miller (2005) este efecto de la función del analista se debe a su posicionamiento en lo simbólico, que lo habilita para operar tanto con la palabra como con el silencio. En el caso de estos pacientes que no llegan al consultorio buscando la interpretación, el saber del analista, el silencio es una herramienta para favorecer la instalación de la transferencia, es la forma que puede tomar ese vacío al que hace referencia Lacan (1965), como lugar para que el deseo del analizante se realice como deseo del Otro. Cabe suponer que entre los dos extremos que aparecen en el testimonio de la analista existe toda una gama de grises en cuanto a la disposición durante las primeras entrevistas para llevar a cabo un trabajo de análisis. En este sentido, como señala Aulagnier (1984), le corresponde al analista determinar cuándo intervenir a través de la palabra y cuándo hacerlo desde el silencio, siempre en función de hallar la mejor apertura en relación con la transferencia.

Las dificultades en relación con el manejo de la transferencia se inician entonces con las entrevistas preliminares y la cuestión de su instalación y se extienden a lo largo de todo el proceso de análisis. La forma en que un analista aborde el problema que representa el manejo de la transferencia depende en buena medida de la forma en que se la conciba y en lo que se espere de ella. La analista T comenta una forma de considerar los procesos transferenciales que intenta ir más allá de una visión simple de la transferencia como repetición.

Es cierto que la transferencia- repetición, la transferencia como clisé del paciente, puede convertirse en un obstáculo para el trabajo analítico. Pero cuando aparece no es que no se pueda hacer nada. Hay que prestar atención a aquello que aparece en la repetición y en los momentos en que se detiene el análisis, hay que seguir las marcas de la angustia para poder hacer algo con esa transferencia.

Las detenciones en el trabajo analítico se pueden convertir entonces en oportunidades para avanzar, si se está atento a identificar los momentos en que surge la angustia y se trabaja para regularla. Estas oportunidades se pueden relacionar con la concepción de la transferencia-repetición como algo más que una simple reproducción del pasado, para situarla en el aquí y ahora que habilita la introducción de algo nuevo en el marco de esa ficción de la que el analista participa activamente (Lacan, 1965; Rabinovich 2010).

En este trabajo con la transferencia es importante distinguir lo que en ella hay de imaginario y lo que tiene que ver con lo simbólico. La analista T aclara que:

Una cosa que hay que tener en cuenta con la transferencia es que en esa relación que siempre se da, de una u otra manera, entre el paciente y el analista hay mucho de las fantasías de esa persona, de sus historias pasadas, pero también está la relación a nivel simbólico...Porque hay un analista ocupando un cierto lugar en la estructura y está ahí el lenguaje es que puede haber acto analítico, que se puede hacer algo con todo eso que pasa entre los dos.

En estas palabras se puede apreciar la distinción entre lo que sería la transferencia como repetición del pasado por desplazamiento y falso enlace con la persona del analista (Freud, 1914b), de lo que caracteriza a la transferencia como estructura intersubjetiva (Lacan, 1965).

En la concepción lacaniana, la transferencia siempre implica al Otro, es, de alguna manera, un espacio entre el sujeto y el Otro; por lo tanto, no se puede reducir el significado de la transferencia a lo que se juega a nivel del registro imaginario, sino que siempre será determinante la posición subjetiva respecto de lo simbólico, del significante primordial.

Al mismo tiempo que se puede considerar a la cura como un producto de la relación analista-analizado en el espacio simbólico, se plantea la cuestión de la relación en el nivel imaginario y de lo que toca al analista como persona, más allá de su lugar en el dispositivo. Como tal, ningún analista puede ir más allá de sus propias resistencias y complejos, por lo que es fundamental el grado en que el profesional haya avanzado en este sentido en su propio análisis (Laplanche & Pontalis, 2016). Al respecto una de las analistas entrevistadas aclara:

El análisis personal está claro que es indispensable; pero, además, yo diría que es importante que a ese lugar, como analizante, se puedan llevar cosas que tienen que ver con la experiencia como analista. Porque esas experiencias están muchas veces teñidas de cuestiones que, si no se trabajan en el análisis, terminan alimentando una contratransferencia que va en contra del análisis.

Aceptando que la relación transferencial es una relación dialéctica, intersubjetiva (Lacan, 1965), este fragmento sugiere que el manejo de la transferencia es inseparable del trabajo de

elucidación de lo que Paz (1995) caracteriza como fantasías primarias y vínculos que en el analista pueden resonar a partir de las manifestaciones del analizante, generando la contratransferencia. En este sentido, el autor señala que no toda respuesta emocional del analista se debe considerar como contratransferencia, sino que es la movilización de estas fantasías primarias las que le dan lugar y por eso es importante el análisis personal como forma de estar atentos a estas manifestaciones.

Por otra parte, el mismo Paz (1995) advierte contra la concepción de la contratransferencia como una perturbación siempre indeseable, que es necesario superar para recuperar la neutralidad. En este sentido, en el apartado anterior se destacó la importancia de la empatía, diciendo que no debe ser descuidada por priorizar la neutralidad y la abstinencia. Incluso se mencionó a la ternura como el marco en el cual es posible llevar a cabo el trabajo analítico. La analista C sostiene que *más allá de la técnica, que es importante, es fundamental cómo se responde a lo que es una demanda de análisis, pero también un pedido de ayuda desde el padecimiento. En esto es fundamental la ternura, como decía Ulloa...y el buen trato.* Aquí se hace una alusión directa a la ternura como institución humanizadora y marco en el cual se debe llevar a cabo un análisis y, según Ulloa (1995), basar toda relación con un paciente en un ámbito clínico.

La ternura, como modo de alojar y dar cabida al padecimiento de quien comienza una terapia, es una forma de favorecer la instalación de la transferencia, especialmente importante en la terapia familiar. La analista M dice que:

En una terapia de familia, muchas veces se hace más difícil que los pacientes se abran y hablen libremente de lo que sienten...en la mayoría de los casos ya hay conflictos y cada uno tiene su posición, que no quiere resignar. Para que se pueda empezar a trabajar hay que hacerlos sentir seguros, que sepan que cuentan con un espacio en donde pueden hablar sin problemas, donde todos van a ser escuchados.

La terapia familiar, según Escudero Carranza (2009), representa un desafío para el terapeuta por la cantidad de relaciones que deben considerarse, como así también por su complejidad. Sobre este desafío destaca la importancia de ofrecer un contexto apropiado y respetuoso de los conflictos en la estructura familiar para lograr una buena transferencia. Esto coincide con lo que la profesional señala en la entrevista, en donde presenta la existencia de conflictos interpersonales como una cuestión característica de las terapias familiares y, frente a ello, propone una actitud que haga sentir seguridad a los miembros de la familia. De alguna manera, esto coloca a la ternura, en su doble condición de atención y miramiento (Ulloa, 1995), como condición de la transferencia en la terapia familiar psicoanalítica.

La analista C, por su parte, plantea algo que puede considerarse una ventaja que ofrece la terapia familiar a pesar de su complejidad.

Es interesante cuando se produce la apertura y cada uno empieza a exponer su verdad, su mirada de las cosas. De los cruces entre los discursos surgen muchas cosas y cuando ellos mismos se escuchan y escuchan a los otros, estas visiones toman otra densidad y hay efectos de ese pasaje de lo que era cada uno en su cabeza, con sus fantasías, y lo que es una construcción posible entre todos.

En estas palabras de C se pone énfasis en la comunicación que se establece en una terapia familiar, que involucra al analista pero también a todos los miembros de la familia. En este sentido, García Badaracco (2000) propone que la escucha activa por parte de los participantes de una terapia familiar encierra la posibilidad de abordar los conflictos de manera vincular. Igualmente, este entrecruzamiento de los discursos de los pacientes en el marco de la terapia al que hace alusión la profesional implica que el foco del trabajo analítico ya no es un sujeto individual, sino la dinámica vincular dentro del grupo familiar. Esta forma de abordar el proceso puede representar una ventaja si, como señala García Badaracco (2000), ya no es necesario abordar cada una de las transferencias por separado, sino que es posible lograr efectos a nivel del grupo a partir de la exposición de algún aspecto particular de la transferencia en uno de los miembros, gracias a la dinámica de comunicación que propone el dispositivo.

5.3.Importancia de la supervisión como herramienta para la elucidación y manejo de la transferencia y contratransferencia.

Partiendo de asumir que la cura analítica es producto de una relación que se establece entre el analista y el analizante, resulta innegable la caracterización de la transferencia como un fenómeno intersubjetivo y dialéctico (Lacan, 1965). Como consecuencia de ella, es imprescindible tener presente que hay dos personas, con sus sensibilidades y fantasmas personales, que se encuentran en este vínculo transferencial. De la entrevista a M surge que los analistas también están expuestos a las vicisitudes de su neurosis y que esto puede llevarlos a ser víctimas de sesgos y puntos ciegos que los lleven por un camino errado. *El analista, que está avisado de esto, sabe que tiene un trabajo extra que hacer con lo que le pasa a partir de la transferencia.*

Al respecto, manifiesta T que el análisis personal, como así también la formación teórica y, especialmente, las supervisiones de los casos clínicos son las herramientas más idóneas para pensar acerca del manejo y elucidación de la transferencia. En esta enumeración distingue el análisis personal de la supervisión, *El análisis de cada uno es necesario, pero no es suficiente.*

La supervisión es más un lugar para ver lo que es la transferencia, justamente porque en las supervisiones uno cuenta con el apoyo de otro profesional de mayor trayectoria y experiencia que uno, sostiene. Es por ello que para esta profesional la función de la supervisión es fundamental, requiriendo del compromiso de los dos profesionales que conforman este dispositivo, algo que es aceptado de manera generalizada en la comunidad psicoanalítica (Laplanche & Pontalis, 2016).

En relación con esto M afirma que es imprescindible contar con un analista al que llevarle la experiencia analítica buscando que actúe a modo de un tercero otorgador de sentido; mientras que para I, esto se expresa en una estructura similar a la propia de un análisis:

Así como un paciente consulta suponiendo que el analista sabe algo que lo puede ayudar, la posición es parecida en el caso de un analista que va a supervisar. Ahí se supone que el supervisor sabe más, tiene más experiencia, pero en realidad lo que tiene que pasar en una supervisión es que se haga lugar al saber no sabido del que supervisa, como pasa cuando se trata de un análisis. El supervisor está ahí como intérprete de ese saber.

El rol de intérprete que se le otorga al supervisor en este caso se relaciona con la necesidad de rendir cuentas a un tercero que plantea Laurent (2004), para quien al ponerse en juego una relación de dos elementos surge siempre el recurso a un tercero cuya función es mediar asegurando la formación de una cadena significativa y poniendo en marcha al Otro de lo simbólico.

Por su parte, C propone que la supervisión no puede permanecer por fuera del discurso analítico. *La supervisión es un análisis también, no escapa a lo que se supone que busca un análisis.* Esta forma de entender la supervisión coincide con la concepción lacaniana de la supervisión como análisis de control (Lacan, 1965). Según ella, este dispositivo sería una forma particular de análisis, en donde un analista puede poner en cuestión su propia práctica.

Al respecto la analista T afirma que:

En la supervisión no se trata de un enroque por el cual el supervisor pasaría a ocupar el lugar del analista, se convertiría en el analista del paciente. No, lo que le corresponde al supervisor, en todo caso, es ser, de alguna manera, analista del analista. Pero no en el mismo sentido que lo haría en un análisis personal, sino para echar luz sobre lo que le pasa, como persona, al analista con cada paciente.

En la primera oración se advierte que el supervisor no debe pasar a ocupar el lugar del analista en relación con el paciente, sino que su lugar es el de un tercero que viene a ayudar a que el analista pueda saber más sobre lo que está haciendo con sus pacientes. El énfasis está puesto en el rol del propio analista como sujeto y no en el supervisor, como poseedor de mayor

conocimiento y experiencia. C continúa diciendo: *Se trata de hacer funcionar un saber verdadero, haciendo lugar a la castración con un analista que debe estar barrado*. Esto alude a lo dicho por Derzi y Marcos (2013), quienes sostienen que en la supervisión se inaugura un saber no sabido, saber del discurso del analista marcado por su incapacidad de incluir la castración.

El ser considerado un análisis, por otra parte, implica que en la supervisión no hay un intercambio simétrico entre dos sujetos, sino que hay un sujeto en torno del cual se desarrolla el trabajo y que es el analista que supervisa. El supervisor vendría a ser un intérprete que colabora para que éste lleve a cabo un análisis particular, el de la transferencia y contratransferencia. Como trabajo de análisis, la supervisión no puede ser vista como una tarea pasiva, en la cual el analista va a buscar las respuestas a sus cuestionamientos. Por el contrario, él no debe renunciar a su rol y su responsabilidad, sino solamente aceptar la castración en relación con lo que supone su saber sobre el caso, para acceder a otras aristas de las cuales no sería consciente. En el espacio que propone la supervisión es donde se hace posible ese barramiento que permite al analista evitar la tentación de instalarse en un discurso de saber total, riesgo al que se refiere Laurent (2004), citando a Lacan, cuando menciona que el problema real no es el que un profesional se encuentre superado por su práctica analítica, sino que se ubique como superando su acto y poseedor de un saber superior. De acuerdo con este autor, el terapeuta experimentado puede perder de vista, debido justamente a su experiencia, que él surge del acto analítico en la medida en que pueda escapar a la necesidad del deseo propio, y entonces ceda a su demanda de falo.

En relación con las características que debe tener una supervisión para evitar convertirse en una práctica donde el analista ocupe un rol pasivo, M aclara que *no se trata de contar la historia del paciente para que el supervisor de su interpretación, sino de trabajar sobre lo que al psicoanalista le ocurre con esa historia de su paciente*. De acuerdo con las formas de considerar la supervisión que mencionan Arnoux y otros (2010), esta perspectiva se opondría a una visión del analista como simple mediador que trae una descripción del caso, para acercarse a aquellas que colocan como objeto de la supervisión a la relación personal del terapeuta con el caso. De esta manera se despliegan dos historias en un solo ejercicio discursivo, la del paciente y la transferencial.

En el caso de los dispositivos familiares, la supervisión adquiere una relevancia particular. Para C es fundamental que en las supervisiones se atienda a lo relacional y a la dinámica que se establece entre los miembros del grupo familiar. Además, M entiende que debe atenderse a la posible formación de alianzas entre el terapeuta y alguno o algunos de los miembros del grupo

participante, agregando que estas alianzas son una constante posibilidad en medio de la complejidad que plantea la terapia familiar y podrían convertirse en obstáculos para el análisis, por lo cual la supervisión constituye una importante ayuda. Esta función de la supervisión es destacada por García Badaracco (2000) como sostén del trabajo del analista, en tanto lo protege de los efectos de la contratransferencia que podrían llevarlo a enredarse en alianzas con alguno de los participantes.

En el contexto de una terapia familiar, el compromiso emocional del terapeuta se encuentra con múltiples proyecciones y desplazamientos por parte de los participantes, que son ocasiones para generar reacciones contratransferenciales. La analista C, que había destacado la importancia de la ternura por sobre la técnica, plantea las dificultades que este contexto ofrece:

Cuando el analista se empieza a meter en las relaciones que se ponen en juego en una familia no es difícil que en su intención de ser empático con el que sufre, caiga en tomar una posición más cercana a alguno de los miembros. Esto es normal, el problema es que no se tome el tiempo de cuestionarse eso.

Como afirma Mascaró (2007) la supervisión permite interpretar y repensar la dinámica del grupo para aclarar el lugar del profesional en relación con ella, sin dejar de lado el aspecto emocional. Por otra parte, y como se señala en el apartado anterior, la contratransferencia no es simplemente un obstáculo que deba ser eliminado. García Badaracco (2000) la ubica como una herramienta efectiva para captar lo que ocurre al interior del grupo, aunque la supervisión sería imprescindible para poder hacer uso de esa herramienta sin terminar agobiado por la suma de las contratransferencias posibles en una terapia familiar.

6. Conclusiones

El presente trabajo tuvo como propósito analizar las características de la transferencia en el abordaje de la terapia psicoanalítica familiar, a partir de la práctica profesional realizada en una institución psicoanalítica de esta ciudad.

Para ello se trabajó con distintos terapeutas de la institución, todos ellos del área de familia y pareja. Se realizaron entrevistas semidirigidas además de la participación en talleres y seminarios.

La elección del tema se relacionó con el interés personal de la autora del presente trabajo por la dinámica de la transferencia que surgió a partir de la participación en un taller de familia y

pareja en el que se planteó la condición de necesaria e inevitable de la transferencia para la práctica clínica. Esta caracterización fue confirmada a partir del trabajo realizado; se trata de un concepto no sólo inevitable y vital, sino que además puede tornarse un obstáculo, lo que obliga a un adecuado manejo de la ligazón del paciente al analista (Freud 1913; 1914a).

El primer objetivo, describir las características de la transferencia en la terapia de familia, en base a la opinión de los profesionales citados, fue concluido satisfactoriamente. La transferencia constituye un fenómeno estructural, constitutivo del proceso analítico, tal como afirma Lacan (1967). Es una condición necesaria que, para desarrollarse, requiere de una confianza transferencial previa, además de la confianza en la palabra (Freud, 1914a), la que una vez lograda permite la demanda de análisis, desplegando entonces la transferencia. Se instalan así la metáfora y la metonimia en relación con el analista, quien se posiciona como un descifrador que habilita el despliegue del discurso del sujeto. En relación con la terapia familiar es fundamental entender que no hay un solo sujeto, sino varios, involucrando a más de un fantasma, quienes se ensamblan. Existen transferencias cruzadas que apuntan a establecer complicidades y alianzas, requiriendo del analista su consideración para no quedar enredado en ellas, evitando así la permanencia en el plano de lo imaginario que obstaculiza la cura, que se transita desde lo simbólico. Rubinstein (2009) enfatiza sobre el valor de la posición simbólica del analista, requiriendo de su versatilidad para dirigir el análisis por el camino de la cura.

Con respecto al análisis de las herramientas utilizadas por los analistas de la institución para el manejo de la transferencia en la terapia familiar, segundo objetivo del trabajo, se considera cumplido. Se requiere como condición para el despliegue transferencial de una actitud de escucha activa, sin prejuicios, atenta y empática por parte del terapeuta. Este tipo de escucha, sostiene Bustos Arcón (2016), dentro de la estructura analítica, plantea un vacío que es condición de posibilidad para la transferencia, así como un posicionamiento desde lo simbólico, que habilita al analista, de acuerdo con Miller (2005), para operar con la palabra y con los silencios. Silencios que adquieren un importante valor como herramienta, entonces. La ternura es otra de las herramientas, que se relaciona con la respuesta al pedido de ayuda que el paciente realiza, que otorga el marco humanizador que el proceso requiere, como forma de alojar el padecimiento del sujeto. En la terapia familiar, en la que hay posiciones tomadas y conflictos entre los miembros, debe atenderse al respeto de la estructura familiar, brindando seguridad a cada uno de los miembros para que puedan hablar tranquilos. La comunicación involucra a todos los participantes, analista y familiares, requiriendo un abordaje vincular de los conflictos, de acuerdo con García Badaracco (2000). El entrecruzamiento discursivo requiere colocar como foco la dinámica familiar, no lo individual, lo que permite, evitar el abordaje particular

de cada transferencia sino lograr efectos grupales a partir de la exposición de algún aspecto de la transferencia de alguno de los miembros, en su relación con los demás, concordantemente con lo que propone García Badaracco (2000).

Un dispositivo fundamental del psicoanálisis es el de supervisión, cuyo análisis en la terapia familiar conformó el tercer objetivo planteado, entendiéndose como logrado. Partiendo de que la cura analítica es producto de un vínculo entre el analista y analizante, se entiende a la transferencia como intersubjetiva y dialéctica (Lacan, 1965). Como consecuencia de esto, es indispensable pensar que existen dos personas en la danza, a las cuales hay que considerar cuando se trata de comprender los fenómenos transferenciales y contratransferenciales. El terapeuta está avisado de esta situación y requiere trabajar lo que le sucede con la transferencia, lo que coloca a su análisis personal y a la supervisión como herramientas vitales para la práctica. En la supervisión hay dos profesionales en el dispositivo, uno con mayor experiencia que el otro (Laplanche & Pontalis, 2016). Se supone un saber al supervisor, pero se trata de hacer lugar al saber no sabido de quien supervisa, que es por otro lado, un saber acerca de la historia de su paciente y que no consiste en el mero conocimiento del relato de esa historia, sino que es un saber sobre lo que al analista le ocurre con ella. En este sentido, Arnoux y otros (2010) plantean que el analista que concurre a supervisar no es un mediador entre su paciente y su supervisor, sino que ocupa el lugar de sujeto en un proceso de análisis en el que se despliegan simultáneamente dos historias, la del paciente y la transferencial. En los dispositivos familiares la supervisión es fundamental, debiendo atenderse a lo relacional, a la dinámica familiar y a la formación de alianzas con el profesional. García Badaracco (2000) sostiene al respecto que la supervisión es necesaria como sostén del analista, dado que lo protege de los efectos de la contratransferencia que podrían derivar en alguna alianza no querida con alguno de los participantes. Mascaró (2007) afirma que permite trabajar sobre la dinámica grupal para aclarar la posición del profesional en relación con ella.

La práctica fue realizada en modalidad virtual, debido al aislamiento obligatorio decretado en el país a causa de la pandemia de Covid 19 presente al momento de la misma. Esto constituyó una limitación importante, a pesar de haber sido encarada adecuadamente por la institución. No fue posible el acceso a material de manera directa, como historias clínicas, entrevistas de admisión, supervisiones, entre otros, restando riqueza al proceso. Restringió también el acceso a material teórico, careciendo de bibliotecas abiertas. El esfuerzo para focalizar y sostener la atención que requiere el seguir una clase o un taller a través de dispositivos electrónicos, resulta cansador, por momentos excesivamente, dificultando su aprovechamiento. Esta falta de presencia en espacios y sesiones resultó también negativa en cuanto a vivencia de la

experiencia, no permitiendo el acceso a gestos, giros expresivos y otras manifestaciones que sólo se aprecian de manera presencial y que son vitales para el proceso.

El aspecto metodológico se vio limitado por la forma de realización de las entrevistas semidirigidas, implementadas a través del envío de mails, que no permitieron repreguntas.

La modalidad impuesta por estas condiciones, sumada al contexto de incertidumbre y temor del momento por el que atravesaba el país y a cuestiones personales y familiares resultaron excesivas para la autora, que se sintió algo estresada al momento de iniciar la práctica. La institución pudo adecuarse de manera satisfactoria al contexto imperante, logrando montar una estructura virtual que no tenían prevista y lo mismo hizo la universidad. Con el transcurso de los días y con las adecuaciones realizadas tanto por la institución como por la facultad, la inseguridad y angustia fueron morigerándose, permitiendo el tránsito esperado por la experiencia.

Como críticas pueden citarse la falta de conocimientos teóricos suficientes, que trató de ser subsanada con abundante lectura. El ámbito elegido para la práctica fue el de una institución psicoanalítica, marco teórico en el que ni la universidad enfatiza, ni lo había hecho la autora hasta el momento del inicio de la práctica. Tal vez hubiera sido más adecuado un trabajo bajo otro marco teórico, más cercano a la tesista; sin embargo, la autora considera valiosa la experiencia atravesada logrando un mayor acercamiento a la teoría y un enriquecimiento de sus saberes, más allá de que este pueda ser su enfoque teórico elegido para su ejercicio profesional.

En cuanto a lo metodológico, el trabajo resultó algo teórico, contando con objetivos que lo determinaron. Quizás el análisis de un caso único habría permitido un trabajo más claro en cuanto a la aplicación práctica del marco elegido.

A partir de los resultados del trabajo, y según lo que reflejan los testimonios de los profesionales consultados, se puede confirmar la importancia de la supervisión en la praxis psicoanalítica, la que es aún mayor en el caso de la terapia de familia. Esto representa un aporte a la teoría siguiendo la línea de autores como (García Badaracco, 2000) y, al mismo tiempo, un incentivo para profundizar en el estudio sobre aspectos más concretos de aplicación en el ámbito de la clínica, con el objetivo de que este valioso dispositivo brinde protección y sostén al proceso analítico.

Entendiendo a la transferencia como algo necesario e inevitable para el proceso analítico, es interesante remarcar que son fundamentales el análisis personal y las supervisiones, trabajo a partir del cual nada queda librado al azar. Esto convierte al psicoanálisis en la única corriente que requiere de este doble control para su adecuada práctica; descontando que al análisis personal se aplica a todo aquello que es propio del trabajo analítico general surge la

supervisión, entendida como análisis de control (Lacan 1965), como un elemento distintivo y particularmente enriquecedor de la praxis analítica, a criterio de la tesista.

Considerando que los analistas que participaron de esta investigación reconocen la complejidad de los vínculos transferenciales que se generan en una terapia familiar y destacan la consecuente importancia de la supervisión, se pueden plantear algunas reflexiones en función de los testimonios obtenidos. A pesar de este reconocimiento no se encontró en ellos una puntualización clara de los aspectos del trabajo de supervisión que resultarían cualitativamente diferentes en el caso de una terapia familiar. En el mismo sentido falta una definición de las formas en que la supervisión da cuenta de los efectos que la dinámica familiar tiene a nivel contratransferencial.

Como futuras líneas de investigación, se propone un estudio de caso único, realizando un microanálisis de las sesiones familiares, para observar en detalle la estrategia y las intervenciones del analista en relación con la transferencia, a modo de entender la aplicación en la práctica y el análisis de sus efectos en un caso concreto. La misma estrategia metodológica aplicada al mismo caso se utilizaría para describir el trabajo realizado en las reuniones de supervisión.

7.Referencias bibliográficas

- Álvarez, I. (2012). La Transferencia: Un Recorrido en la obra de Freud y Lacan. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII. Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Asociación Psicoanalítica Argentina. (2018). Historia del psicoanálisis. Recuperado de <http://apa.org.ar/apa/historia/>.
- Aulagnier, P. (1984). *El aprendiz de historiador y el maestro brujo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bustos Ancón, V. A. (2016). Deseo del analista, la transferencia y la interpretación: una perspectiva analítica. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 97-112.
- Clarke, G & Rowan, A. (2009). Looking again at the team dimension in systemic psychotherapy: is attending to group process a critical context for practice? *Journal of Family Therapy* 31: 85-107.
- Claro, D. (2013). *Mente ampliada y mente en trama por Daniel Claro*. [Web log post]. Recuperado de <http://cipresuruguay.blogspot.com/2013/11/mente-ampliada-y-mente-en-trama-por.html>
- Corveleyn, J. (1997). Acerca de la contratransferencia: ¿obstáculo o instrumento? *Revista de Psicología*, 15(2), 157-178.
- Cosentino, J.C. (1999a). *Estructura y sujeto: análisis de la transferencia*. Clases del curso de posgrado: 22-IV al 4-XI-99, Facultad de Psicología, U.B.A.
- Cosentino, J.C. (1999b). La estructura del aparato psíquico: el tiempo de la excitación. En *Construcción de los conceptos freudianos I* (pp. 135-156). Buenos Aires: Manantial.
- D' Angelo, R., Marchilli, A. & Carbajal, E. (2005) *Una introducción a Lacan*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- de Arnoux, E. N., Di Stefano, M., & Pereira, C. (2010). Materiales clínicos y supervisión: escritos del campo psicoanalítico. Rescatado de: <http://semiologia-cbc-distefano.com.ar/publicaciones/articulos/Arnoux-di-Stefano-Pereira-Materiales-clinicos-y-supervision-Planeta-Chile-2010.pdf>
- Del Villar, M. C. (2001). "Subjetividad de la época. Segunda vuelta" Material de archivo de la biblioteca de la escuela freudiana de Buenos Aires. Rescatado de efbaires.com.ar/files/texs/TextoOnline_716.pdf
- Delgado, O (2005). *La subversión Freudiana y sus consecuencias*. Buenos Aires: JVE.
- Delgado, O. (2012). *Lecturas freudianas I*. Buenos Aires: UNSAM

- Derzi, C., Marcos, C. M. (2013). Supervisión en psicoanálisis en la universidad. *Psicología em Estudo*, 18 (2), 323 - 331. doi.org/10.1590/S1413-73722013000200013
- Escudero Carranza, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27 (2-3), 247 - 259.
- Freud, S. (1896/2006). Manuscrito K: Las neurosis de defensa. (Un cuento de Navidad). En *Obras completas, I*, (pp. 31-302). Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Freud, S. (1897/2005). Estudios sobre la histeria. En *Obras completas, II*, (pp.1 – 44). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1900/ 2004) La interpretación de los sueños. En: *Obras completas, IV*, (1 -316). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1901/1978). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En: *Obras completas, VII*, (pp. 1 -107). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1912/2005) Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En: *Obras completas, XII* (pp.109- 119). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1912/2005). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras completas, XXII* (pp. 93-105). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1913/ 2005) Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis. En: *Obras completas, XII* (pp.121- 144). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914/2005a). Observaciones sobre el amor de transferencia. En *Obras completas, XII* (pp. 138-143). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914/2005b). Recordar, repetir y reelaborar. En *Obras completas, XII* (pp. 145-157). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917/ 2005a). Conferencia 19. En: *Obras completas, XVI* (pp. 262 – 276). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917/ 2005b). Conferencia 27. En: *Obras completas, XVI* (pp 392 -407). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917/2005c). 28ª Conferencia: La terapia analítica. En *Obras completas, XVI* (pp. 408 - 421). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1922/2004). Más allá del principio del placer. En: *Obras Completas, XVIII*, (pp.1 - 62). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1923/2004). Dos artículos de enciclopedia: Psicoanálisis y teoría de la libido Parte I: Psicoanálisis. En: *Obras completas, XVIII*, (pp. 296 – 308). Buenos Aires: Amorrortu.
- García Badaracco, J.E. (1989). *Comunidad terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones S.A.

- García Badaracco, J.E. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar: los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Buenos Aires: Paidós.
- Gutiérrez Amorín, M. S. (2014). El psicoanálisis multifamiliar: un abordaje terapéutico para el tratamiento de la familia enferma. Trabajo final de grado. Montevideo: Universidad de la República.
- Lacan, J. (1957/2005). La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. En *Escritos*, I, (pp. 475 – 509). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1958/2005). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos*, II, (pp. 565 – 630). México: Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1960/2005). Subversión del sujeto y la dialéctica del deseo. En *Escritos*, II, (pp. 37 - 45). México: Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1961). Seminario 8: La transferencia en su disparidad subjetiva, su pretendida situación, sus excursiones técnicas. Recuperado de <https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.1.2.8%20%20CLASE%208%20%20S8.pdf>
- Lacan, J. (1965). *Seminario 12: Problemas cruciales para el psicoanálisis*. Recuperado de <https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.1.5.4%20CLASE%20-04%20%20S12.pdf>
- Lacan, J. (1961/2003): *El Seminario, Libro VIII: La transferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lagache, D (2018). *The Works of Daniel Lagache: Selected Papers, 1938-196*. New York: Routledge.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (2016). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (2004). El buen uso de la supervisión. En E. Laurent (Ed), *Ciudades analíticas*, (pp. 54-69). Buenos Aires: Tres Haches.
- Maruottolo, C. (2009). El psicoanálisis multifamiliar como dispositivo terapéutico hipercomplejo. *Avances en Salud Mental Relacional*, 8(2), 1-11. Recuperado de http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0802/0802_Claudio_Maruottolo_EL_PSICOANALISIS_MULTIFAMILIAR_COMO_DISPOSITIVO.pdf
- Mascaró, N. (2007) Crisis y contención; el grupo multifamiliar. *Avances en salud mental relacional*, 6(2). Recuperado de http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0602/crisis_y_contencion.pdf
- Mascaró, N. (2011) La transferencia. Nuevas perspectivas en la clínica del grupo de psicoanálisis multifamiliar. *Avances en salud mental relacional*, 10(3), 1-7. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/viewFile/1403/1270>
- McCandless, R. & Eatough, V. (2012). Her Energy Kind of Went Into a Different Place: A Qualitative Study Examining Supervisors' Experience of Promoting Reflexive Learning in

- Students. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38: 621 - 638. doi: 10.1111/lj.IT 52-0606.2011.00235.x
- Miller, J. (1984). *Recorrido de Lacan, 8 conferencias: La transferencia de Freud a Lacan*. Buenos Aires: Manantial.
- Mourelle, N. (2013). *Interdependencias recíprocas por la Lic. Psic. Nathalie Mourelle*. [Web log post]. Recuperado de <http://cipresuruguay.blogspot.com/2013/11/interdependencias-reciprocas-por-la-lic.html>
- Naracci, A. (2010). En memoria de Jorge García Badaracco. *Revista Internacional de Psicoanálisis de Pareja y Familia*, (7), 3-14. Recuperado de http://www.aipcf.net/web/doc/AIPCF_n7_1-2010-es_2011215135919.pdf
- Nasio, J. D. (1994). *Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Gedisa editorial.
- Orozco, D. S. (2000). El sujeto y el objeto de la contratransferencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. Recuperado de <https://www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720009205.pdf>
- Palleiro, E. (2011). *Contribución de C.I.P.R.E.S a la rehabilitación desde el área del psicoanálisis multifamiliar*. [Web log post]. Recuperado de <http://cipresuruguay.blogspot.com/2011/07/contribucion-de-cipres-la.html>
- Paz, R. (1995). Para pensar la contratransferencia. *Zona erógena*, 25, 4-6.
- Pereda, A. (2009). A propósito del conflicto psíquico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 109, 18 – 32. Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Pereira Tercero, R. (1994). Revisión histórica de la terapia familiar. *Revista psicopatología y psicología clínica*, 14 (1), 5 -17.
- Rabinovich, N. (2010). “El análisis de la Transferencia”. *Revista Imago*, 145. Rescatado de: <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1431>
- Rojas, M .C (2000). Modelizaciones psicoanálisis familiar: aproximación teórico- clínica a la familia de hoy. *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, 23 (2), 87 – 106.
- Roudinesco, E. (1988). *La batalla de cien años. Vol. I: Historia del Psicoanálisis en Francia, 1885-1939* (Vol. 1). Editorial Fundamentos.
- Sazbon, J. (1976/ 1996). *Saussure y los fundamentos de la lingüística*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Ulloa, F. O. (1995). *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.