

## **TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA**

**CONSUELO MARTÍNEZ**

### **Introducción**

Sabemos que los pacientes nos afectan, eso es real, hace parte del ser humano, de la particular sensibilidad de cada uno, de la dimensión y la profundidad del dolor del otro y de muchos factores.

Ese afectarnos es base para la tan necesaria empatía terapéutica, pero también puede ser el inicio del fracaso en la labor. Entonces, tenemos que poder saber cómo nos afectan los pacientes, cómo responde nuestra psique ante los demás, ante lo que son, lo que necesitan, ante lo que nos proyectan y lo que esperan de nosotros. Tenemos que saber cómo respondemos a ello, con nuestra conciencia y con nuestro inconsciente. Saber qué de eso sirve al otro, qué de eso lo perjudica y como abordarlo.

Para eso el análisis personal y la supervisión resulta invaluable, así como el contacto con lo que otros han investigado y experimentado, logrando construir un cuerpo teórico que ilumina este sector de la relación y práctica terapéutica.

La motivación a la base de este trabajo es simple, se trata hacer algo más que un esquema, una síntesis -aunque de seguro resultará incompleta- que recoja los elementos que me parecieron centrales en el Seminario. Interesadamente, pienso que el hacerlo me ayudará a digerir y elaborar un poco más una temática tan interesante, como compleja y necesaria para la práctica clínica. Puede que a algún otro le ayude a tener una primera mirada sobre el tema.

### **Transferencia y Contratransferencia: del allá-entonces al aquí-ahora**

Transferencia y Contratransferencia son fenómenos tanto universales como singulares en las relaciones interpersonales. Universales en cuanto que “ninguna relación humana puede evitar el impacto del inconsciente humano, ya se lo estime como contribución positiva, ya como negativa” (Belford, en Stein, 1984, p 61Tr). Singulares en cuanto a la naturaleza irrepetible, tanto de cada individuo en su ser y en su historia, como de la interacción entre dos individualidades.

En el ámbito de la psicoterapia, el fenómeno más estudiado de la mutua influencia es la dinámica de la transferencia y contratransferencia. En la relación terapéutica, transferencia y contratransferencia resultan ser procesos de gran importancia en el desarrollo del tratamiento. En opinión de Jung, “sin duda alguna uno de los síndromes más importantes y significativos del proceso de individuación” (1964,p190)

Se habla de transferencia para referirse al proceso por el cual en una persona se activan contenidos inconscientes, los que traen al momento presente elementos de su pasado. Dichos contenidos inconscientes, en cuanto inmateriales, se hacen visibles al ser proyectados sobre alguna persona o circunstancia externa; en cuanto inconscientes y por ello distintos/opuestos a la conciencia, son experimentados por esta como extraños, lo que facilita su proyección hacia otro. Es este otro (persona, situación, objeto) el que recibe el traspaso y aparece – a la percepción o a la experiencia del proyectante- como el portador o el propietario del contenido inconsciente que había sido activado en él.

De este modo, la transferencia constituye una reedición de vivencias pasadas, las que se experimentan como una vivencia-vínculo actual en la relación con otra persona, de manera tal que distorsionan la percepción que tiene el proyectante de la persona o situación presente: “la transferencia actualiza conflictos en la relación” (Helmet 1989, p66). En tal sentido, los motivos subyacentes a la transferencia aparecen más bien oscuros o pertenecientes a la sombra, al aspecto encubierto de la personalidad. Justamente es por ello que la transferencia constituye una vital herramienta terapéutica: es una vía por la que aspectos sombríos, reprimidos u ocultos salen a la superficie; en la medida en que facilita que el pasado se haga presente, el allá-entonces se convierte en el aquí-ahora de la situación terapéutica.

Al ser la transferencia una proyección, el vínculo que se crea entre quien proyecta y quien recibe se hace vulnerable a la concretización regresiva, es decir, al riesgo de confundir pasado y presente, y ‘actuar’ el allá-entonces. Por ello, el análisis de la transferencia en el contexto terapéutico se hace fundamental, tanto para que el proceso no quede entrabado en el acting del pasado, en la compulsión a la repetición, como para que los contenidos proyectados puedan ser analizados e integrados por el individuo, con el propósito de ampliar la conciencia, generar más libertad y profundizar en su individuación.

Ahora bien, en cualquier relación, la influencia es mutua, y –aún con todos los intentos de objetividad y reflejo neutro- la psicoterapia no es la excepción: el terapeuta no es un receptor pasivo de las influencias de sus pacientes; más bien “a través de su técnica individual (a su vez determinada por su teoría), de su ‘ecuación personal’, de su contratransferencia y finalmente a

través de su imagen latente de hombre” el analista ejerce su influencia sobre sus pacientes (Helmet, 1989, p 69)

Se dice pues contratransferencia cuando el fenómeno del que hablamos se mueve en otra dirección : en el marco terapéutico, de analista a paciente. En palabras de Freud (cit, Helmet,1989, p99) la contratransferencia surge “en el médico por el influjo que el paciente ejerce en su sentir inconsciente”. Gruesamente, puede tratarse de una reacción a los contenidos que le fueron proyectados, o puede ser la activación de contenidos personales que se constelan en la interacción particular con ese paciente.

Para Machtinger (en Stein,1984,p.80) “la contratransferencia incluye no solo la capacidad de empatía, antipatía, simpatía y otros afectos, sino todo el funcionamiento mental del analista”, incluye también sus heridas, tanto las que están relativamente conscientes después del trabajo terapéutico personal, como las que viven en la propia sombra. Desde allí, siempre pueden ser reconsteladas en situaciones particulares, y especialmente si se trabaja con alguien que tiene heridas similares.

### **La relación terapéutica, Transferencia y Contratransferencia, en la mirada psicoanalítica y en la mirada junguiana**

Los conceptos de Transferencia y Contratransferencia nacieron desde la práctica psicoanalítica. En la evolución del concepto, la transferencia pasó de ser considerada como el mayor obstáculo para el tratamiento, a ser vista como la herramienta más importante del mismo, bajo el predicamento freudiano de que la cura exige cambiar la repetición en recuerdo, es decir, recordar, repetir, re-elaborar (Helmet, 1989).

En esta óptica, por mucho tiempo, la transferencia se entendió como propiedad del paciente, parte de sus problemas; frente a ella, la técnica terapéutica procedía con la neutralidad objetiva y el reflejo neutro del analista. Sin embargo, reflexiones e investigaciones subsecuentes fueron poniendo en el tapete cómo la transferencia no era producto directo y único de la historia del paciente, sino que también resultaba influida por la conducta del terapeuta, por su estilo interpretativo y por la técnica analítica, entre otras. Ello cuestionó seriamente el bastión de la neutralidad objetiva del analista, hasta llegar a una mirada más actual que considera los complejos procesos de recíproca influencia que tienen lugar en la relación terapéutica.

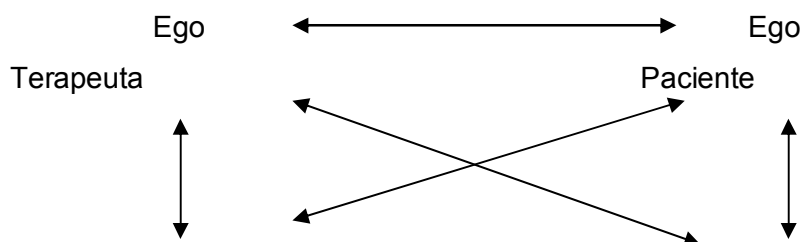
Ello facilitó el que la contratransferencia, a su vez, de ser vista como un grave enemigo y contaminante del proceso terapéutico (en cuanto impedía el análisis, al distorsionar la objetividad y neutralidad del espejo que debería ser el analista) pasara a ser considerada también como un instrumento terapéutico. Entendida por Heimann como una ‘creación’ del paciente, una parte de su personalidad, la investigación de la contratransferencia empezó a ser comprendida como medio para investigar y conocer los procesos inconscientes del paciente. Bajo el supuesto de que “el inconsciente del analista entiende al inconsciente de su paciente” (cit. Helmet, 1989, p 104), se considera que la atención que el terapeuta brinda a sus propios movimientos internos frente al paciente, entrega información válida del mundo interno de este, ya sea para el diagnóstico o para guiar la intervención terapéutica.

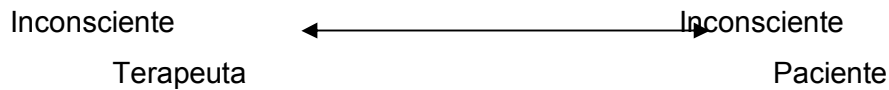
El potencial sesgo, o riesgo al que estar atento, es considerar que el analista conoce tan bien su inconsciente, que lo que resuena en él como contratransferencia es ‘real’ o unívocamente expresión del paciente. Sin duda, es preciso distinguir –a través de una aguda introspección crítica- los propios conflictos inconscientes, de aquellos que el paciente desencadena en el terapeuta.

Por su parte, Jung también da un espacio importante a la dinámica de transferencia y contratransferencia en el análisis. Ahora bien, la mirada que Jung tiene de la relación analítica pone especial énfasis en que se trata de una relación humana, una relación Yo-Tu, en la cual, “las personalidades del analista y del paciente son infinitamente más importantes para el resultado del tratamiento, que los que el analista hace o dice” (cit Machtinger, 1984, p84).

Jung concibe el análisis como un proceso dialéctico, en el cual terapeuta y paciente están involucrados ambos como dos personas completas, que se relacionan recíprocamente entre sus psiquis totales, no solo desde la conciencia, sino también desde sus respectivos inconscientes, existiendo incluso un área de inconsciencia común, la que sería para Jung correspondiente al estado de identidad o participación mística.

A partir de los planteamientos de Jung, M. Jacoby (1984, p27) sintetizó el siguiente diagrama:





En este interjuego de vectores, aparecen los movimientos transferenciales y contratransferenciales que unen al analista y a su paciente.

De este modo, desde la óptica junguiana, en el encuentro terapéutico ambos participantes están en análisis, ninguno es perfecto o superior, ninguno puede arrogarse el poder de ser 'neutro', porque ninguno resulta indemne ante la influencia del otro. "El terapeuta no es el agente del tratamiento, sino un compañero que participa en el proceso de desarrollo individual" (Jung, 1966, p8) y en ese sentido, como compañero, el terapeuta también está expuesto al riesgo de contagiarse con la infección psíquica de su paciente.

Para Jacoby (1984, p97) "El énfasis junguiano en la relación humana, en ser libre para reaccionar espontáneamente a las necesidades de una situación que es siempre única, en no tener cualquier regla o técnica es, de hecho, maravilloso. Ello da completa libertad para que haya un encuentro creativo. Tenemos que estar atentos, a los diversos peligros que eso puede involucrar si no tratamos de aclarar al máximo posible los motivos inconscientes que aparecen como necesidades de transferencia / contratransferencia".

El resultado final de esa mutua influencia y transformación entre paciente y terapeuta, según Jung, estará regida por quien tenga la personalidad más fuerte y estable. Teóricamente, habría de ser la del terapeuta; sin embargo, como él mismo señala: "Aún el terapeuta más experimentado descubrirá una y otra vez que está aprisionado en un lazo, una combinación que se apoya en la inconsciencia mutua" (Jung, 1946 p 179).

### **Transferencia y Contratransferencia en la relación terapeuta-paciente: discernimiento entre lo propio y lo ajeno**

Ya que cada interacción provoca reacciones importantes en ambos, terapeuta y paciente, se hace vital discernir si lo que experimenta el terapeuta es personal, propio, o es reacción a un contenido inconsciente activado en el paciente, algo que este le está transfiriendo y que en tal caso puede empleado en el proceso terapéutico.

Para hacer este discernimiento hay que observar y observarse en la relación Yo-Tú. De acuerdo a Jacoby, la relación terapéutica requiere mirar, sentir y relacionarse con el paciente en su alteridad específica. Requiere de empatía, para entrar en la experiencia interna del otro, y de capacidad para salir de ella y mirar desde afuera, con los recursos de la formación profesional teórica, práctica y del propio análisis. En palabras de Machtinger, requiere el uso constructivo de la psique del analista, para la comprensión del inconsciente de su paciente ( en Stein, 1984, p 77Tr),

“Uno de los asuntos más importantes es la percepción sensible del analista de cómo el paciente lo afecta: lo que siente antes de que él llegue, mientras está con él y después de que se va” (Jacoby 1984, p92). Atender a qué provoca el paciente, permite acceder a la necesidad que él puede tener –inconciente o no verbalizada- de mostrar algo; ilumina también la posibilidad de comprender y ayudar a comprender, qué conflictos y qué necesidades no resueltas transfiere a sus relaciones actuales.

La toma de conciencia de las dinámicas transferenciales y contratransferenciales guían también las intervenciones terapéuticas que se hace necesario implementar. Así, por ejemplo, frecuentemente la transferencia implica sobre el terapeuta una presión a comportarse – responder- de una determinada manera. Aquí el discernimiento es urgente, por cuanto el no responder a la demanda transferencial tiene un efecto terapéutico positivo: provoca en el paciente la toma de conciencia de la proyección, y la resolución de ella al interior de sí, no en el mundo externo. No responder implica no dar de comer, sino enseñar a proveerse a sí mismo del alimento.

Ahora bien, este uso del inconsciente del terapeuta, sin un discernimiento y un auto-análisis crítico, puede convertirse en un severo daño al paciente y a la terapia: “cuando las reacciones de contratransferencia se deben a complejos neuróticos y a involucramientos inconscientes del analista, conducen a identificaciones y proyecciones inconscientes, y tiene un efecto negativo” (Machtinger, en Stein, 1984, p 82). Es vital que el analista esté “lo más conciente que le sea posible, respecto de las maneras en que podría estar utilizando a sus paciente como objetos para satisfacer sus necesidades personales, o como objetos de sus propios temores” (Jacoby,1984, p102).

En tal sentido, atender a qué provoca el paciente también implica iluminar en el analista las propias dinámicas internas, los conflictos, heridas o afectos del pasado que se constelan, las propias necesidades de reconocimiento, control, afecto, etc. El terapeuta no está por

encima de su paciente, ni exento de limitaciones, por ende, parte de su trabajo es pesquisar, aclarar y limpiar sus propios motivos inconscientes.

De ahí la necesidad imperiosa de tener conciencia de los puntos ciegos –las propias heridas incurables-, para poder reconocer y retirar las proyecciones; ello implica una constante disposición a la auto-observación y capacidad de autocrítica, ya que si el terapeuta “se resiste a entrar en sí mismo ¿cómo puede enseñar a otros el camino hacia la interioridad?, ¿cómo puede iluminarlo, si él mismo permanece en la oscuridad?... cómo le va a pedir que luche contra lo que él no ha luchado? No se puede ayudar a un paciente a ir más lejos de lo que uno mismo ha ido” (Jung, 1966, p.73). “Cada psicoanalista sólo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores” (Freud, 1910, en Helmet 1989, p 99)

La limpieza del tratante implica no solo revisar las propias transferencias y reacciones contratransferencia, también implica una apertura a dejar la teoría a un costado para abrirse a la verdad individual de quien consulta. El terapeuta no es la teoría a la que se adscribe, las teorías son solo instrumentos de conocimiento y trabajo terapéutico, y en tanto instrumentos, no son ‘la’ verdad; los pacientes viene a ser tratados, no están ahí para comprobar el funcionamiento de un determinado cuerpo teórico.

### **Tipos de Transferencia y Contratransferencia**

Distintos autores han investigado, revisado o definido diversos tipos de Transferencia y Contratransferencia, considerándolas en el interjuego que se produce entre ambas y en los participantes de la díada, el impacto que tienen en la terapia o según el tipo de estructura de personalidad en que se observan con mayor frecuencia. A continuación se presenta una breve reseña.

Así por ejemplo, en relación a las expectativas que el paciente puede tener sobre su analista, al modo en que el paciente necesita usar a su terapeuta, y la respuesta que ello evoque en el terapeuta, Kohut habla –en las perturbaciones narcisistas- de Transferencia Especular y Transferencia Idealista (en Jacoby, 1984)

**Transferencia Especular** → el planteamiento de Kohut es que, desde el nacimiento, el ser humano necesita ser reflejado por otro, para reconocerse, para sentirse ‘real’, sentir que importa y que vale la pena su existencia; necesita que el otro resuene empáticamente con él. En el desarrollo, el que exista otro que realice apropiadamente esta función especular, va a

permitir el logro de la vital confianza básica. Los pacientes que elaboran una transferencia especular, casi siempre tuvieron un reflejo distorsionado en el pasado, lo que puede generar

a) una enorme sensibilidad al rechazo y compensatoriamente, un 'falso self grandioso', vivido como el no necesitar de nada o de nadie. En la situación terapéutica, este paciente puede necesitar que el analista no tenga una existencia autónoma, por sí o para sí, sino que esté allí justamente reducido a la función de reflejar su grandeza, y así subsanar el déficit de reflejo empático en la crianza. Según este autor, se requiere de mucho tiempo de 'holding' –en el concepto Winnicottiano- para reparar y recuperar un amor a sí mismo realista. En la contratransferencia, el sentimiento del analista será de desvalorización, inutilidad o incompetencia.

Kernberg, por su parte, considera que la desvalorización del analista es una defensa compensatoria a la envidia arcaica, por tanto, usa la contratransferencia como fuente para hacer interpretaciones y mostrarle al paciente lo que hace con el terapeuta

b) en el otro extremo, la falta de reflejo empático en la crianza puede expresarse en una sobrevaloración del terapeuta, por cuanto la aceptación y valoración de este es vivida como una necesidad imprescindible para el equilibrio interior. Aquí los temores del paciente son perder al analista o que este lo rechace: la transferencia de estos pacientes expresa la enorme y urgente necesidad del reflejo externo para sentirse digno.

**Transferencia Idealista** → en ella, se transfiere al analista un contenido o una imagen arquetípica. Este tipo de transferencia tiene sus raíces en que el niño, para crecer, necesita tener vivencias de padres omnipotentes, omniscientes y perfectos, porque la perfección de ellos implica su propia perfección: el niño se funde inicialmente con la omnipotencia de los padres. Más tarde verá, en el curso de un desarrollo adecuada, que no son perfectos y podrá hacerse un adulto independiente.

El paciente que establece esta transferencia necesita idealizar fuertemente al terapeuta por un tiempo; los contenidos proyectados pueden ser muy diferentes, no necesariamente positivos, sino también pueden ser elementos sombríos, o frente a los cuales el paciente tiene un sentimiento ambivalente, pero siempre son contenidos que la persona siente muy valiosos para él, por ello, desencantos bruscos o prematuros crean problemas importantes en el análisis.

Ahora bien, cualquiera de ambas, Especular o Idealista, pueden ser vividas de manera ilusoria o delusoria; estos términos indican en qué grado de realidad puede ser percibida la

persona del analista, pese a la transferencia. Cuando el analista responde a la transferencia con una contratransferencia delusoria, nos hallamos frente a una “folie à deux”.

Racker y Fordham aportan sus definiciones de contratransferencia, en base al criterio de cuan ‘realistamente’ pueda ser vivido el otro, en el interjuego entre paciente y terapeuta (Jacoby, 1984)

**Contratransferencia neurótica** (Racker) o **Ilusoria** (Fordham) → en ella, es el analista el que proyecta en el paciente algo propio, contenidos inconscientes, complejos activados (por ejemplo, su propia figura crítica o demandante interna), lo que perjudica al análisis, por cuanto bloquea la capacidad de trabajo o maniobra terapéutica, al quedar paciente y terapeuta capturados en un estado de participación mística (Machtinger, en Stein 1984, p89). Puede ser:

Ilusoria → implica un ‘como si’, y por ello cierta flexibilidad que deja espacio para que la proyección sea cuestionada y eventualmente corregida o cambiada.

Delusoria → afirma una realidad que no existe y por ello se comporta como si el otro ‘realmente’ fuese del modo dado por su proyección.

**Contratransferencia Adecuada** (Racker) o **Sintónica** (Fordham). “Por medio de la introyección de los aspectos de la psique del paciente que pasan inconscientemente a la psique del terapeuta, este es capaz de identificar y experimentar los contenidos psíquicos del paciente” El analista desempeña el rol de socio emocional en la relación con su paciente (Machtinger, en Stein 1984, p90). Puede tener dos variedades:

Concordante: la empatía y sintonía contratransferencial que siente el analista le permite ‘dejarse usar’ , dentro de la estructura simbólica de la situación analítica, de modo amplio y flexible, según las necesidades del paciente. Se experimenta como una profunda empatía y puede relacionarse con la experiencia descrita por Jung como participación mística, de modo que de ella incluso pueden surgir eventos sincrónicos o telepáticos en la comunicación terapeuta-paciente.

Complementaria: aquí el sentimiento del analista es una reacción al estado interno del paciente. El analista ‘entra en el juego’ y hace el rol de la otra parte, ‘actúa igual que’ la figura histórica, y por tanto colabora a que se repita la historia y se reediten los sentimientos y reacciones en el paciente. Generalmente implica una conducta no usual en el terapeuta, como si en la interacción con el paciente, en respuesta a la transferencia de este el se ‘transformase’, reaccionando de modos inusuales en él.

De acuerdo a Jacoby, “muchas veces los sentimientos de contratransferencia son, en realidad, una mezcla de ilusorio y sintónico, al mismo tiempo proyección inconciente y verdadera apercepción...(por ello).. el analista ha de estar constantemente atento a ambas posibilidades y a diferenciarlas de la mejor manera posible” y así usarlas en el análisis de manera productiva (1984, p 44).

Winnicott, (cit Belford, en Stein 1984) por su parte, describe tres niveles de contratransferencia:

- **Anormal**: aquellas provenientes de los conflictos no resueltos del pasado del analista que interfieren con el paciente actual.
- **Normal**: reacciones propias del trabajo y personalidad de un analista.
- **Objetiva**: reacciones que el comportamiento y personalidad de un paciente evocan en un analista y le proporcionan pistas internas acerca de lo que le está sucediendo al paciente.

Dieckmann (1991) plantea que los tipos de relaciones de transferencia y contratransferencia que se producen en la díada paciente terapeuta, están determinados por ciertos temas humanos universales; ej. para él, la tendencia a darle un rol parental a las figuras de autoridad, es lo que activa la transferencia paterna. Este autor habla de:

-**transferencia y contratransferencia proyectiva**: se traspasa al otro una parte de los propios contenidos inconscientes. Señala: “la contratransferencia proyectiva en el sentido de Jung, muestra la alteración del analista, que surge a través de la afinidad, es decir, a través de los elementos que acercan a las dos personalidades y por consiguiente puede tener una característica no solamente peligrosa, sino también prospectiva, dinámica, en al medida que se vuelve consciente y puede ser trabajada en el curso del proceso” (cit, p45)

-**transferencia y contratransferencia objetivas**: construida en base a la percepción, conciente o inconciente, que la persona tiene de aspectos, contenidos o condiciones psíquicas del otro objetivamente presentes en el otro. Correspondería a la contratransferencia concordante (Raacker) o sintónica (Fordham)

**transferencia y contratransferencia arquetípica.**

Jung, fue quien contribuyó con esta dimensión **Arquetípica** -totalmente nueva en el marco de las dinámicas de Transferencia y Contratransferencia.

Esta refiere a que, además de la proyección de los conflictos infantiles en el analista, en la transferencia operan elementos adicionales. Por un lado, más allá de lo causal, un elemento prospectivo, de significado, de finalidad: “la psique, aparentemente desea compensar alguna cosa través de la transferencia y, de esa forma, se constela un arquetipo que envuelve al analista y al analizado” (Jacoby, 1984, p91). Por otro lado, más allá del inconciente personal, elementos del inconciente colectivo, por cuanto existen contenidos inconscientes que se envuelven en las dinámicas transferenciales, que no resultan explicables por situaciones de la vida personal.

Profundizando en este punto, Belford postula que la transferencia activa el proceso de individuación centralizado por el arquetipo: “el núcleo arquetípico se abre, convocando al paciente no solo a resolver aspectos de su identidad personal y de su funcionamiento en el mundo, sino también a lograr una mejor relación con las potencialidades colectivas”; ese elemento desconocido que se abre “es algo que, aunque esté inserto en una fuerte perversión o en una compulsión degradante, nos aparece precioso y digno de no perderse de vista, ...(porque)...el elemento arquetípico exige el crecimiento de lo que ha estado escondido en la perturbación de la disfunción personal...(y así)...revela la función prospectiva de la psique” (Belford, en Stein, 1984, p63-65Tr)

Si desde la perspectiva analítica, la enfermedad tiene un propósito, Belford plantea que la transferencia y la contratransferencia dan un espacio de trabajo particularmente apropiado para acercarse a aquel. Tal como nos preguntamos ¿a qué sirve este síntoma particular en esta persona particular?, tenemos que preguntarnos ¿a qué sirve este sentimiento transferencial o el contratransferencial, cual es su propósito en la individuación de esta persona?; y no solo en lo que refiere al paciente, por cuanto la misma autora señala que “en la interacción transferencia y contratransferencia, los arquetipos se constelan y ambas personalidades (paciente y terapeuta) cambian en el proceso de llegar a buenos términos con ellos” (Belford, en Stein, 1984, p65Tr)

Desde esta óptica, al pensar cual será la interpretación de la transferencia, el analista requiere considerar los aspectos subjetivos y objetivos de la misma, así como meditar si ha de ir hacia lo retrospectivo y a lo prospectivo, según la etapa del análisis en que se encuentren. En la etapa reductiva, con el fin de devolver al paciente la responsabilidad por sus propios

contenidos inconsciente proyectados; en la etapa sintética, para ir más allá de su ego, y ayudar a construir una conexión más fuerte con su Self.

**Transferencia y Contratransferencia en la relación terapeuta-paciente, desde una mirada mitológico-arquetípica.**

*“El hombre es su propio doctor, y encuentra las hierbas medicinales en su propio jardín; el médico está en nosotros mismos, y en nuestra propia naturaleza se hallan todas las cosas que podemos necesitar” (Stoddart, 1911)*

*“Solo un hombre herido puede curar, puede ser un médico”*

(Neumann, en Groesbeck, 1975 p30)

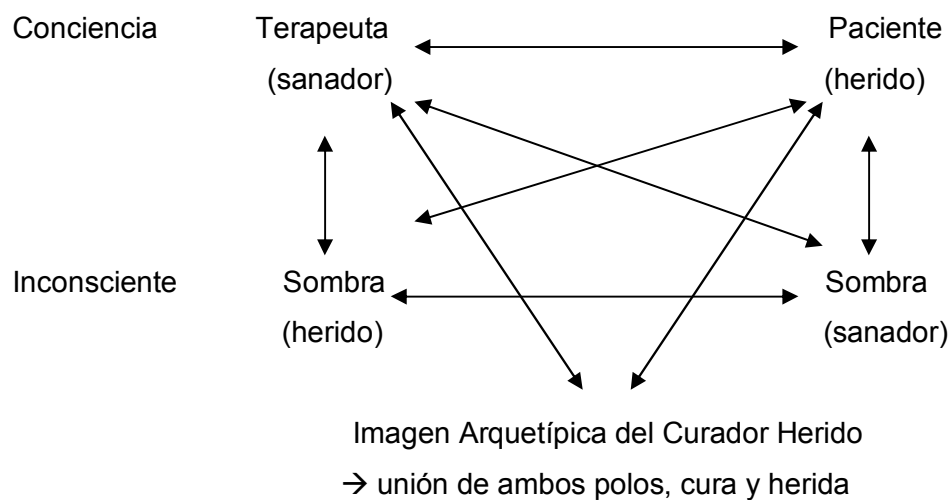
Examinando el funcionamiento de los tratamientos psicoterapéuticos, y los aspectos intrapsíquicos del proceso de cura, Groesbeck (1975), prestó especial atención a las dinámicas de transferencia y contratransferencia y enfatizó especialmente los elementos arquetípicos de ese proceso. Recurrió para ello a las figuras míticas de Esculapio, el médico, y de Quirón, el centauro, ambas centrales en el mito del Sanador Herido.

Muy sucintamente, Esculapio es hijo de Apolo (‘el que hiere y el que cura’), y nace después de que este da muerte a su madre infiel. Huérfano, es abandonado o entregado a Quirón para ser educado. Este, mitad hombre, mitad animal, sabio en el arte de curar, sufre en su propio cuerpo de una herida incurable, eternamente abierta. Quirón instruye a Esculapio en las artes de la medicina y la música, y a la muerte del centauro, Esculapio encarnará su acción de médico.

El mito nos pone con Quirón, frente a la paradoja de que aquel que cura, es también el que permanece eternamente enfermo, consciente de su herida y del sufrimiento que esta le causa; con Esculapio, frente al arquetipo de la relación médico-paciente.

“El paciente busca alguien que lo cure, un médico. El médico sale al encuentro de sus pacientes, como es su vocación... En el paciente, movilizado por su enfermedad, se activa ‘aquel que cura’, ‘el médico interior’ Este, mientras no se integra a la conciencia, es proyectado y constelado en la persona del médico. Del mismo modo, en el médico se activa su lado interior herido, su propia enfermedad psíquica, somática o ambas –aún no resueltas- al entrar en contacto con la persona enferma. Este polo de de la imagen arquetípica, no es vivido en el interior, sino que se proyecta en el paciente” (Groesbeck, 1975, p9).

Ambos participantes en la diáda, tienen en su interior el arquetipo disociado. Curador y herido, médico y paciente, en tanto proyecciones inconscientes, pueden llegar a constituirse roles y modos inconscientes rígidos de relacionarse. Pero, si el paciente logra introyectar la energía curativa del analista, y reunir/ experimentar en sí la imagen arquetípica completa, del sanador-herido, se hace capaz de activar su propia capacidad de autocuración. (Machtinger, en Stein, 1984, p82Tr).



La verdadera cura ocurre cuando el paciente retira y retrotrae a sí mismo las proyecciones que puso en el médico y entra en contacto con su sanador interior y recibe su ayuda. Para ello necesita que el médico también entre en contacto con su propio lado herido. Es decir, que ambos abandonen los rígidos roles complementarios, de modo que en cada uno se termine la disociación y la consiguiente proyección mutua de aspectos de sí en personajes externos.

“El analista toma para sí la enfermedad y las heridas del paciente y comienza a experimentar, de manera más plena, el lado herido de la imagen arquetípica. Esto a su vez,

activa las propias heridas, su vulnerabilidad a la enfermedad en un nivel personal” (Groesbeck, 1975,p14) conectándolo con la imagen arquetípica del curador herido. Ello implica un altísimo nivel de demanda por la involucración personal del terapeuta en el tratamiento, para catalizar el proceso. Jaspers (cit Groesbeck, 1975) ya plantea que “solo cuando el médico ha sido tocado profundamente por la enfermedad, infectado por ella, movilizad, amedrentado, conmovido; solo cuando ella se le ha transferido a él, continuado en él y obtenido un referente en su propia conciencia, solo entonces y solo en esa medida, podrá trabajarla eficazmente”

De ahí la obligación de transformar constantemente la propia psicología en objeto de auto-reflexión consciente, y de no perder de vista ni los peligros de la inflación del Yo, ni de sus propias limitaciones ni de la propia muerte por infecciones psíquicas. “Es un típico riesgo de insalubridad profesional para el terapeuta, ser infectado físicamente y envenenado por las proyecciones a las cuales se expone. El terapeuta tiene que estar siempre en guardia contra la inflación. Pero el veneno no lo afecta solo psicológicamente, puede atacar incluso el sistema simpático...efecto de un continuo ataque de proyecciones que el analista no consigue discriminar de su propia psicología. La condición emocional del paciente tiene un efecto contagioso” ( Jung, en Groesbeck, 1975 p18)

Como plantea Groesbeck (op cit, p16), estará en mejores condiciones de atender si tiene presente que la cura es entregada por Dios: ya que fue el quien permite la enfermedad, consecuentemente es él quien conoce la cura. En este sentido, aún experimentando una involucración profunda, el celo excesivo en el cuidado del paciente debe ser evitado.

En el proceso terapéutico se despliega el sanador interno que está, potencialmente disponible, en la sombra del paciente herido. El paciente toma para sí las fuerzas curadoras del analista y así puede experimentar los aspectos curativos de la imagen arquetípica que también vive dentro de él, con lo que activa su propia energía y adquiere una nueva perspectiva.

“En el fondo, el propio sufrimiento es la fuente de un poder curativo y este poder es el proceso creativo...es la propia herida la que da la medida de la capacidad de curar”, (Groesbeck, 1975, p30-32)

### **Transferencia y Contratransferencia en la dinámica de la relación terapeuta-paciente, desde una mirada alquímica**

*“El encuentro de las dos personalidades es como mezclar dos sustancias químicas diferentes: en tanto*

*se combinen, ambas resultarán transformadas”* (Jung, 1966, p. 71).

Jung, a fin de esclarecer el fenómeno de la transferencia, recurrió al simbolismo de las imágenes y conceptos alquímicos. Al hacerlo, no consideró que tales representaciones indicasen conscientemente un vínculo transferencial, sino más bien que lo contenían de un modo inconsciente, y por ello podían ser útiles a la hora de guiar o ilustrar el análisis del fenómeno transferencial (1964, p24).

La alquimia constituye una aplicación de los principios de la filosofía hermética. Se desarrolló particularmente en la Edad Media, a partir de influencias hebraicas, egipcias, de la filosofía neoplatónica y tanto del gnosticismo pagano, como cristiano.

El trabajo del alquimista consistía en provocar procesos de transformación química, buscando a través de los mismos crear la ‘piedra filosofal’. Ya que los experimentos alquímicos eran considerados sospechosos de magia negra, sus adeptos debían trabajar ocultos y aislados y, como no sabían “abordar el misterio de la materia, se apoyaban en sus sueños y visiones, en sus reflexiones, fantasías y creencias, para entender lo que les parecía un comportamiento particular del proceso químico” (Jung,1964,p16).

Plasmaron sus descubrimientos y conclusiones en imágenes simbólicas y grabados, a través de las cuales Jung supo descubrir el mito que está proyectado en la alquimia. Al interpretar el contenido psicológico de esta como un sistema de proyecciones, pudo ver cómo la simbología alquímica –sin buscarlo conscientemente- expresa la fenomenología de la psique inconsciente, el proceso de individuación, el devenir de la personalidad y cómo puede ilustrar la transformación terapéutica.

#### Simbolismo de las imágenes alquímicas.

En su libro, “La psicología de la transferencia”, Jung utiliza las imágenes de Rosarium Philosophorum (obra datada en 1550), como base para representar tanto el proceso de individuación, como los fenómenos transferenciales, que en la terapia se viven al servicio de esa individuación. Aclara, eso sí, que estas imágenes son una de las tantas que pueden usarse para representar el proceso transferencial, pero en sí mismas no lo agotan, considerando la infinita variedad de expresiones individuales que el fenómeno puede tener.

Para una adecuada comprensión, estas imágenes y el proceso han de ser miradas desde dos perspectivas: una como metáfora del proceso de transformación y evolución que ocurre al interior de la persona, proceso en el cual cada imagen o aspecto de la imagen muestra

elementos todos propios de su psique, aunque varios de ellos inconscientes, desconocidos o no reconocidos, que habrán de ser integrados en pos de la individuación. La otra resulta complementaria: estos aspectos desconocidos o reprimidos de la propia psique serán los elementos que se proyectarán transferencialmente sobre el analista, quien aceptando, recogiendo y trabajando con la proyección, permitirá que los contenidos de esta se hagan visibles para el paciente; una vez visibles, podrán ser elaborados, reconocidos y reintegrados.

Revisamos a continuación las imágenes principales.

\*La imagen de *la fuente de mercurio*, el 'vas hermeticum' representa el lugar donde transcurre la transformación de las sustancias. En la situación analítica, equivale al temenos terapéutico, en el cual "la materia prima instintiva, las distintas partes dispersas de su sustancia psíquica han de ser reunidas y fundidas para dar lugar a una nueva creación" (Jung, 1964 p.67).

\* La primera etapa del opus alquímico es el caos original, una *disiunctio*, el *nigredo*, confusión mercurial de contrastes desordenados y tensiones contrapuestas: ello despierta un movimiento hacia la reconciliación de los opuestos, porque "en esta extrema *disiunctio*, se produce una transformación del ser" (Jung, 1964, p59).

En términos psicológicos, el inicio es el conflicto personal, donde la aparente unidad de la persona se resquebraja, se disuelve la conciencia en el choque con lo inconsciente y se toma cuenta de la propia sombra personal. En la transferencia y contratransferencia entre paciente y terapeuta, el nivel de la conciencia ha bajado y se ponen en movimiento las tendencias instintivas inconscientes; se ocasiona una disociación: una parte será proyectada fuera, en el otro.

\*Las *figuras del Rey y la Reina*, alegoría de los componentes químicos que van a unirse, son las imágenes que recogen esa disociación: constituyen figuras arquetípicas para los opuestos sol y luna, hombre mujer, ánimus anima, los que preparan su unión mística.

\*La *paloma* representa la intervención del principio divino, el vínculo profundo, la fuerza transformadora y unificadora. El 'Deo concedente', la ayuda de Dios, o la ayuda del Self.

\*El *entrecruzamiento* de manos o ramas floridas, la interacción de las partes, el contacto real y simbólico, físico y espiritual. Un observador no es nunca pasivo; ya sea este el alquimista medieval o el terapeuta moderno, influye en lo que observa a través de su 'ecuación personal'. El alquimista no busca ni espera intervenir impersonalmente en las reacciones que provoca: sabe que para transformar debe transformarse ("La verdadera piedra filosofal es el hombre transformado"..."para realizar 'la Gran Obra' la regeneración de la materia, debe antes regenerar su propia alma" (Buttelman, en Jung, 1964, p12). Lo mismo ocurre con el terapeuta.

Es parte del proceso de transformación que ocurre en el vaso hermético y tanto va a afectar como a ser afectado por él.

\*La *inmersión en el baño*, representa el sumergirse en lo inconsciente para poder llegar a la *conmixtio*: la mezcla de la sustancia doble, la mezcla de los opuestos, previa a la integración. Sumergirse en el baño refiere al estado regresivo de participación mística que ocurre en el temenos terapéutico: analista y analizado, como sustancias químicas, se encuentran, transfieren, mezclan y combinan mutuamente, como se dijo, “en una relación fundada en un estado inconsciente común” (Jung, 1964, pág 38).

El terapeuta, considerando su formación, tendría mayor posibilidad de hacer consciente los contenidos constelizados, y con ello elaborar sobre esta ‘materia prima’, este ‘lapis philosophorum’, logrando (*Deo concedente*, con la ayuda de Dios) “que lo inconsciente coopere, en vez de perturbar”. El terapeuta hace, en este nivel, la función simbólica de “soror mística”.

\*La *coniunctio*. *Attracctio*, *combinatio*, unión mística, nupcias reales, son términos centrales en la alquimia. Particularmente, la *coniunctio* es una imagen muy significativa, a priori, arquetípica, que desde tiempos inmemoriales ocupa un espacio preponderante en el desarrollo espiritual (Jung, 1964, pag 31).”El papel importante que desempeñan en el terreno histórico tanto la hierogamia y las bodas místicas, como la *coniunctio* de los alquimistas, corresponde por una parte a la significación central de la transferencia en el proceso psicoterapéutico, y por otra a las relaciones humanas normales” (Jung, 1964, p187)

En la imagen de la *coniunctio* alquímica, el incesto se cumple en el plano de lo simbólico, y representa el matrimonio del ego con el ánima o ánimus; psicológicamente hablando, representa la unidad de lo consciente y lo inconsciente, y anticipa su posterior efecto –la aparición del Sí Mismo.

En las fases finales del proceso de unión de los opuestos, los temas simbólicos del *Rosarium Philosophorum* hablan de la muerte, la ascensión del alma, la purificación, el regreso del alma y el nuevo nacimiento. Revisaremos brevemente el simbolismo que encierran.

\*La muerte: “la integración de los contenidos que siempre habían sido inconscientes y proyectados, implica una seria lesión al yo. La alquimia expresa esta situación mediante el símbolo de la muerte, la herida o el envenenamiento” (Jung, 1964, p130)

La pareja real ha muerto y se haya fundida en un bicéfalo, un cuerpo con dos cabezas. El vaso hermético se ha transformado en sarcófago en el cual transcurren tanto la descomposición (*putrefactio*) de la estructura anteriormente viva, como también la *conceptio*, el

embarazo psíquico de un hijo del alma (Jung, 1964,p121), porque la corrupción de lo uno resulta en la generación de lo otro: la muerte lleva a la vida.

\*El alma, una sola alma es la que se desprende del *bicéfalo*. Representada como un *homúnculus* es símbolo de la unidad potencial, aún no lograda. Sin embargo esta alma no desciende para animar la vida de ese cuerpo ya muerto, sino que asciende...La correspondencia psíquica de esta imagen es el período de “un oscuro estado de desorientación, de disociación...esta etapa pertenece a las más difíciles del tratamiento analítico y pone a prueba de la manera más extrema la paciencia, el aliento y la fe en Dios del médico y del paciente” (Jung, 1964, p136). La conciencia parece a punto de hundirse en el inconsciente.

Terapéuticamente, el analista debe mantener la orientación, saber lo que este estado significa y contener apropiadamente al paciente y los símbolos que expresa en sus sueños y fantasías. Todo ello destinado a fortalecer la conciencia, la que podrá salir de este trance fecundada por lo inconsciente.

\*El paso siguiente, la *purificatio* está representada por el agua que cae del cielo, el rocío, equivalente al mercurio que vuelve a caer en la misma fuente. Esta agua purifica y blanquea, quita el *nigredo*, separa lo que es superfluo, deja lo que es esencia, anuncia la resurrección y con el *albedo*, una nueva luz.

\*Tras ello, el regreso del alma va a reanimar al cadáver: esto expresa que cuerpo y espíritu se reencuentran en otro nivel, si bien el conflicto de contrastes no ha terminado. Aunque unificado y animado por un alma, el cuerpo sigue siendo un *hemafrodito*, una *coincidencia oppositorum*. Psicológicamente refiere a que para superar completamente el conflicto se requiere la plena aceptación de los opuestos.

El ánima, que en tanto expresión del inconsciente colectivo se ha comporta con total autonomía como una personalidad parcial, a través del proceso terapéutico es decir, “mediante una crítica prolongada y radical y una disolución de las proyecciones, que efectúa una diferenciación entre el ego y el inconsciente, el ánima cesa gradualmente de ser una personalidad autónoma. Se convierte cada vez más en una función de relación entre la conciencia y lo inconsciente....al suprimirse las proyecciones se vuelve a convertir en lo que fué antes, es decir, en una imagen arquetípica, que en su lugar debido funciona en provecho del individuo” (Jung, 1964.p161)

Con el cumplimiento de la función del ánima de relacionar ego e inconsciente, se abandona el antagonismo, y se aceptan las tendencias píquicas que se entrecruzan al interior

de la psique. Por ello para esta etapa, la cruz constituye un símbolo, por un lado, de la aceptación de esos opuestos que se entrecruzan y por otro, del sufrimiento que inevitablemente se experimenta antes de ello.

\*El nuevo nacimiento es la última imagen del Rosarium y representa al hermafrodita mitad izquierda mujer, mitad derecha hombre, de pie sobre la luna, alado, coronado, victorioso, representando una totalidad que une e integra plenamente en sí los contrastes.

### La dinámica transferencial y contratransferencial: vía de transformación en la relación terapéutica

Según Jung, el símbolo del “vas hermeticum”, el lugar donde transcurre la transformación alquímica de las sustancias, al igual que las imágenes del círculo de la psique y el mandala, representa al ser humano. “Así como en el (vas hermeticum) las más diversas sustancias han de transformarse en un producto nuevo, el ‘oro precioso’, así en el (ser humano) la materia prima instintiva ha de transformarse, las distintas partes dispersas de su sustancia psíquica han de ser reunidas y fundidas para dar lugar a una nueva creación. En la vasija hermética se realiza la unión de los contrarios, las bodas alquímicas. En el individuo humano ha de cumplirse la conjunción del yo consciente y del anima”. (Jung, C.G. 1964 p67).

El alquimista sabe que para transformar debe transformarse: “para realizar ‘la Gran Obra’ la regeneración de la materia, debe antes regenerar su propia alma” (Butelman, en Jung 1964, p12). Jung plantea que lo mismo ocurre con el terapeuta. El analista es parte del proceso de transformación que ocurre en el vaso hermético, en el temenos terapéutico, y tanto va a afectar como va a ser afectado por él. Analista y analizado, como sustancias químicas, se encuentran, transfieren, mezclan y combinan mutuamente.

Esto no deja de tener sus glorias y sus peligros.

### Coniunctio, incesto simbólico y transferencia erótica

En la relación terapéutica, “médico y paciente se encuentran en una relación fundada en un estado inconsciente común” (Jung, 1964, p38). “Mediante la proyección (transferencial) se ve introducido en la atmósfera incestuoso-familiar, de la que se origina una intimidad irreal y perturbadora” (Jung, 1964, p40).

La raíz de esta cualidad perturbadora se explica porque, Jung identifica la presencia de un factor instintivo tras el fenómeno de la transferencia: la libido de parentesco o consanguínea. Esta libido ejerce una función instintiva, cual es mantener unidos a los miembros más próximos

de la familia; en tal sentido, el incesto y la relación endogámica, corresponden a la realización de esa libido de parentesco.

Ahora bien, el planteamiento junguiano es que la tendencia endogámica, si bien resulta ser un impulso real –en cuanto a que está presente en el ser humano- al ser negado en la realización carnal -como lo indica la prohibición consensual- se abre camino en lo espiritual. De esta manera, el tabú del incesto va a empujar a los humanos directamente desde la esfera biológica a la espiritual.

La coniunctio alquímica es un incesto simbólico, representa la unión con la esencia propia, la individuación, el devenir uno mismo; y es justamente debido a esta alta significación vital, que conlleva una enorme fascinación, especialmente en la esfera psíquica controlada por lo inconsciente.

En este contexto la dinámica transferencial, en la medida que crea esa atmósfera incestuoso-familiar propia de la libido de parentesco, se trata de que el terapeuta haga, en cierto nivel, la función simbólica de “soror mística” (hermana espiritual, acompañante y testigo del proceso alquímico que el adepto lleva a cabo).

Esto ocurre al permitir por un tiempo, que el paciente deposite en él, le transfiera, aspectos no reconocidos de su propia psique, ya sea imágenes infantiles y arcaicas (las que originariamente eran representadas por miembros de su familia, y lo unían a ellos mediante el encantamiento que ejercían los padres y hermanos sobre él), o ya se trate de aspectos contrasexuales.

De este modo la transferencia lleva hacia la intimidad familiar del paciente, y entrega al terapeuta una materia prima importante para el trabajo terapéutico, por el cual podrá comprender al paciente y este tendrá posibilidades de recuperar e integrar aquellos aspectos en sí mismo.

Evidentemente, el analista ha de vivir esta función de hermano/a espiritual conscientemente, comprendiéndola simbólicamente, y no actuarla en los planos concretos: de este modo, el incesto alquímico se cumplirá en el plano de lo simbólico, y su efecto espiritual – la transformación de la libido y la aparición del Sí Mismo a través de la unión mística- se hará posible.

Como se ha ido describiendo, similar al ‘opus alquímico’, el ‘opus terapéutico’, mediante la “mezcla y la conciliación de sus componentes bajos y altos, de la función inferior y la función diferenciada, de lo consciente y lo inconsciente” (Buttelman, en Jung 1964, p18) va a la búsqueda del Sí Mismo.

Ambos constituyen una ‘coniunctio oppositorum’, una combinación ‘química’ y/o un matrimonio ‘interior’, una unión mística, que –en términos ya concretos, ya simbólicos- expresa al arquetipo de la unión de los opuestos. Es por ello que los arquetipos contrasexuales resultan tan movilizados y movilizadores en el proceso terapéutico: ellos promueven la individuación.

El movimiento del ego hacia el Self, la dirección de individuación, está presente en toda transferencia, pero de modo especial cuando se activan ánima y ánimus, ya que estos –al actuar como puentes entre el ego y el Self- energizan aspectos muy hondos del proceso, simbolizan y expresan la fuerza y la urgencia del impulso interior a la unión consigo mismo, unión encaminada a llegar a ser lo que uno verdaderamente es, a completarse y convertirse en uno.

Al respecto, Jung ha destacado que la atracción sexual es usada siempre por el inconsciente “para representar la urgente necesidad de reconciliación con las partes escindidas de nosotros mismos” (Belford, en Stein 1984 p66).

Considerado de este modo, la transferencia erótica que puede sentir el paciente por su analista, retrospectivamente habla de los vínculos complejos no resueltos con las figuras parentales, pero prospectivamente nos advierte de la necesidad interior de coniunctio, de integración.

Por lo tanto, la transferencia sexual ha de ser mirada como una forma o intento de conectar la identidad del ego del paciente con los contenidos contrasexuales proyectados en el analista. Como el deseo o la necesidad inconsciente de recontactarse, a través del analista, con la parte perdida de sí mismos. Por ello Jung señala que la interpretación de la transferencia debe seguir dos líneas; subjetiva (retrospectiva) y objetiva (mirar hacia adelante y establecer una conexión significativa con la actitud vital)

Es debido a lo anterior que el acting de transferencia y contratransferencia resulta tan peligroso: el paciente queda solo, descontento y empobrecido cuando, en vez de obtener ayuda para que pueda recuperar e integrar la parte que ha proyectado de sí, su aspecto contrasexual, es el terapeuta quien se queda con esa parte: quien debiera ayudarlo, le roba, y con ello frena la posibilidad de que el paciente se encuentre con su ‘otro’ interno y se complete, bloquea la conexión del paciente con su Self.

### **Reflexiones finales.**

La coniunctio, la unión suprema de los opuestos contrarios, no es un estado natural originario sino que, hablando desde un punto de vista psicológico, es el resultado de un

proceso. A lo largo del ciclo vital, vamos recorriendo etapas y viviendo experiencias que nos construyen –o no- como personas, solidifican –o debilitan- nuestro ego, nos acercan –o nos alejan- de nuestro Self.

La individuación, el proceso de llegar a ser como plantea Stein (2004, p227) “una personalidad unificada, pero a la vez única, un ser integrado y no dividido” es un trabajo vital.

A veces, cuando se entaba o estanca, este proceso requiere ser asistido a través de la ayuda psicoterapéutica, y con ello de la presencia de otro, tan humano como el paciente, aunque con una formación profesional específica, que le permitirá usar su propia psique como aparato alquímico transformativo.

El encuentro analítico se da en esta relación humana, porque para Jung, “el paciente puede ganar su propia seguridad interior, solo desde la seguridad de su relación con el doctor como ser humano” (CW 16, p116)

Esta relación humana es dialéctica y simbólica, en ella la influencia entre los participantes es recíproca y se conoce como la dinámica de transferencia y contratransferencia: muevo y soy movido, afecto y soy afectado.

Como terapeuta, necesitamos enfrentar la psique del otro ‘con las manos limpias’, aclarados –dentro de lo que es posible, ya que el inconsciente no se termina de explorar jamás- de nuestras dinámicas psíquicas, conscientes de nuestras heridas, abiertos a dejar que el paciente ‘nos use’ dentro de la estructura analítica, y a la vez conscientes de los riesgos de infección psíquica.

La personalidad del terapeuta habita su oficina, y allí, en el espacio y en la persona del terapeuta, el paciente puede proyectar su mundo psíquico, sus contenidos inconscientes. Proyectados podrá llegar a verlos, entonces reconocerlos como propios y reintegrarlos, reintegrándose.

Paciente y terapeuta se hacen profundamente socios en el proceso terapéutico, pero esa profundidad no puede permanecer en la inconciencia compartida, sino que debe ser terreno de trabajo y transformación.

El trabajo con la transferencia y la contratransferencia constituyen oportunidades únicas y a la vez constantes y diversas, para cuidar el proceso de individuación del paciente, retirar las proyecciones y compensar las pérdidas imponentes, de manera de ir caminando hacia la integración de la personalidad, y con ello dar un paso más hacia la individuación.

Como en todo lo junguiano, el lenguaje simbólico es lenguaje vivo. La temática de transferencia y contratransferencia no podía quedar fuera de esa riqueza: el mito del curador

herido y la simbología alquímica han prestado imágenes y contenidos que profundizan la comprensión y la vivencia de ello.

**Bibliografía.**

- Dieckmann, H (1991) "Methods en Analytical Psychology" Wilmette, Illinois, Chiron Publications,
- Groesbeck, J. (1975) "La imagen arquetípica de un médico herido" J. of Analytical Psychology, London, Vol 20, n°2 (traducción)
- Helmet, H (1989) "Teoría y Práctica del psicoanálisis" Barcelona, Herder
- Jacoby, M (1984) "O encuentro analítico" San Pablo, Cultrix
- Jung, C.G (1964) "La psicología de la transferencia", Barcelona, Paidós
- Jung, C.G (1966) "Principles of Practical Psychotherapy" en: Fordham and Read Eds USA: Princeton University Press
- M. Stein (1984) "Jungian Analysis" London, Shambala
- M. Stein (2004) "El mapa del alma según Jung", Barcelona, Luciérnaga.