

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, 2012.

De eso no se habla: la resistencia del analista.

Duer, Ruben Eduardo y Guitelman, Roxana.

Cita:

Duer, Ruben Eduardo y Guitelman, Roxana (2012). *De eso no se habla: la resistencia del analista*. 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.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-072/771>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/emcu/taY>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

DE ESO NO SE HABLA:

LA RESISTENCIA DEL ANALISTA

Duer, Ruben Eduardo

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

Resumen

Nos proponemos con este trabajo echar luz sobre algunos interrogantes que nos plantea el término “contratransferencia”. Para ello haremos un recorrido por las distintas concepciones y sus consecuentes implementaciones en la cura. Asimismo indagaremos en lo que consideramos genera cierta dificultad en la práctica clínica, ya que es una temática que involucra especialmente a las resistencias del analista. Contratransferencia resulta un concepto trivialmente utilizado, frecuentemente simplificado para una función compleja y excepcionalmente cuestionada

Palabras Clave

Contratransferencia, Resistencia, Abstinencia, Deseo del analista

Abstract

THERE IS NO TALKING ABOUT: THE PSYCHOANALYST'S RESISTANCE

With this paper we will attempt to bring light to some of the questions that the term “countertransference” presents. With that purpose in mind we will make a review of the different conceptualizations and its implications in the therapeutic process. Furthermore we will explore what we think presents a particular difficulty in the clinical practice since this is a topic that specially involves the resistances of the analyst. In our opinion “Countertransference” has become a concept trivially used and frequently simplified for a complex function that has been rarely questioned.

Key Words

Countertransference, Resistance, Abstinence, Psychoanalyst's Desire

Existen dificultades en la conceptualización de la contratransferencia, así como en la propia traducción del término.

El prefijo “contra” no da cuenta de la complejidad del fenómeno.

El término empleado por Freud en alemán es *gegeübertragung*. *Gegeuber* (adverbio de lugar) podría traducirse como “lo que está enfrente” o “del otro lado”. Llama la atención que allí donde Etcheverry traduce “Contratransferencia”, Ballesteros lo haga como “Transferencia recíproca”.

Nos parece más pertinente el uso de “transferencia recíproca”, ya que desliza el eje de la reacción “contra” a “lo que está en frente, del otro lado”.

La reciprocidad abarca tanto la respuesta del analista a la trans-

ferencia del paciente, como así también a las propias fantasías y deseos del analista.

Contratransferencia (CT) dejaría un espacio vacío, ya que tomaría sólo en cuenta los efectos del decir del paciente sobre los sentimientos inconscientes (volveremos sobre este concepto equívoco) del analista, sin incluir las reacciones propias del analista.

Recorrido por algunas concepciones del término y sus correlatos clínicos:

El 22 de noviembre de 1908 Ferenczi le escribe una carta a Freud, siendo el primero en mencionar la existencia de una reacción del analista a los dichos de sus pacientes.

“Tengo una excesiva tendencia a considerar como propios los asuntos de los enfermos”

Se sabe que Freud utiliza por primera vez el término “Contratransferencia”, en una carta dirigida a Carl Gustav Jung el 7 de junio de 1909. Luego la emplearía en el discurso inaugural del Segundo Congreso Internacional de Psicoanálisis realizado en Nuremberg en 1910. Discurso que se transformaría más tarde en el artículo “Las perspectivas futuras de la terapia analítica”, demostrando con ello su interés en la continuidad investigativa de dicha temática.

En “Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica” (1910) Freud alerta a la persona del médico frente a situaciones de la clínica.

“Nos hemos visto llevados a prestar atención a la “contratransferencia” que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine. Desde que un número mayor de personas ejercen el psicoanálisis e intercambian sus experiencias, hemos notado que cada psicoanalista sólo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores y por eso exigimos que inicie su actividad con un autoanálisis y lo profundice de manera ininterrumpida a medida que hace sus experiencias en los enfermos. Quien no consiga nada con ese autoanálisis puede considerar que carece de aptitud para analizar enfermos.”

Cabe preguntarse a qué refiere Freud con “sentir inconsciente del médico”

Curiosamente no encontramos ninguna aclaración, ni rectificación al respecto, como si lo hiciera en el artículo de “El Yo y el Ello” (pag 24), y en “El problema económico del masoquismo” (pag 172), donde asume lo paradójico del término.

Esta manera de entender la CT la ubica como un obstáculo, es decir

una perturbación a ser superada por el analista para poder recuperar la objetividad perdida. El analista debe reducir la CT a través de su propio análisis. Exige, Freud, que el médico controle dentro de sí su CT.

Posteriormente Freud utiliza la palabra Contratrtransferencia sólo en dos oportunidades en el artículo "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia" (1915) no volviendo a hacer mención del término a lo largo de su obra.

"Para el médico significa un esclarecimiento valioso y una buena prevención de una contratrtransferencia acaso aprontada en él."

"El experimento de dejarse deslizar por unos sentimientos tiernos hacia la paciente conlleva, asimismo sus peligros. Uno no se gobierna tan bien que de pronto no pueda llegar más lejos de lo que se había propuesto. Opino, pues, que no es lícito desmentir la indiferencia que mediante el sofrenamiento de la contratrtransferencia, uno ha adquirido."

Freud advierte al analista sobre el frecuente enamoramiento de las pacientes. Descubriendo que, lejos de ser hechos aislados, parecen ser la regla. Que la paciente se enamore no dependerá de las bondades del médico, ni mucho menos de su persona, sino que es una situación inherente al método. Por lo tanto el médico deberá estar prevenido de tal situación.

Freud constriñe al analista a evitar la tentación de vínculos corporales con los pacientes, instando a ser indiferentes con ellos (con los pacientes y con los propios sentimientos) Ubicamos en este punto el principio de abstinencia, mediante el cual el analista no responde a la demanda amorosa del paciente, ni a otras demandas que en última instancia intentarían encontrar el objeto estructuralmente perdido. Freud aclara que es necesario dejar "subsistir necesidad y añoranza". Dice también que el analista no debe ni sofocar ni corresponder el amor de transferencia, no quedando claro a qué refiere con tal indicación.

Si el médico correspondiera al amor de la paciente, sería una batalla ganada para ella y perdida para la cura.

Aclara Freud que el médico podría quedar atrapado, cayendo en las redes del amor, perdiendo el control que había creído tener.

Freud plasma en ese mismo artículo los posibles avatares y desenlaces amorosos de un colega y dos de sus discípulos:

Una unión legítima y verdadera : Ferenczi /Gizella Palos

Separación de médico y paciente, con interrupción del tratamiento: Breuer/ Ana O

Relación amorosa ilegítima: Gustav Jung/ Sabina Spielrein

En 1913 en una carta a Ludwig Binswanger enfatiza que "el problema" de la CT es "uno de lo más difíciles de la técnica psicoanalítica"

Entendemos la CT desde esta postura como una tentación que invita al médico a caer de su posición de analista.

Vemos entonces que para Freud este fenómeno es evaluado en términos negativos, siendo un hecho que, si aparece, debiera ser

excluido del campo por la pericia del analista, ya que atañe exclusivamente al médico y entorpece la cura analítica.

En "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico" (1912) Freud advierte acerca de las condiciones psicológicas que debe cumplir quien se dedique a analizar.

Refiere que el médico debe someterse a una purificación psicoanalítica, como así también anoticiarse acerca de sus propios complejos que podrían resultar un estorbo para la escucha. Aquello que el médico no sepa de su propia represión, obrará como un punto ciego, como un impedimento en la cura.

Esta postura entendería a la CT como un problema del analista, relacionado con lo inacabado de su análisis. Es decir que es una dificultad, un escollo a vencer, una respuesta emocional perturbadora.

¿Qué significa que el analista se someta a una purificación psicoanalítica? ¿Qué el analista haya finalizado su análisis? ¿Y qué significa que haya finalizado su análisis? ¿Qué está exento de dejarse tentar, de caerse de su posición de analista? ¿Cuál es la concepción de fin de análisis en juego? ¿El análisis no se supone interminable?

Si partimos de que CT es, sólo, lo que le pasa al analista con las transferencias del paciente no daríamos por sentado que el analista estaría lo suficientemente analizado como para excluir su propio involucramiento?

Freud aconseja a los analistas que tomen el modelo del médico cirujano, quien, mientras opera deja sus afectos, sentimientos y compasión humana de lado.

"...Aquella frialdad de sentimiento que cabe exigir del analista se justifica porque crea para ambas partes las condiciones más ventajosas: para el médico el muy deseable cuidado de su propia vida afectiva, para el enfermo, el máximo grado de socorro que hoy nos es posible prestarle"

¿Es posible borrar toda huella del analista como sujeto?

En 1913 en "sobre la iniciación del tratamiento" Freud parece contradecirse cuando sostiene:

"Es verdad que uno puede malgastar este primer éxito si desde el comienzo se sitúa en un punto de vista que no sea el de la empatía"...

¿Si la transferencia es motor y obstáculo podríamos pensar que la CT también lo es? ¿Si pensamos a la Transferencia como el proceso por el cual ciertos deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, es decir como la repetición de prototipos infantiles vividos con marcada actualidad, la CT sería este mismo proceso suscitado en el analista a partir de lo traído por el paciente?

Dice Freud que el médico no debe ser transparente para el analizado, plantea que sólo sea una pantalla proyectiva de las transferencias del paciente. ¿Puede el analista ser un espejo?

Dice Freud: "El analista debe volver hacia el inconsciente emisor del enfermo su propio inconsciente como órgano receptor, acomodarse al analizado como el auricular del teléfono se acomoda al micrófono"

¿Qué significa escuchar desde el propio inconsciente? ¿El tema se reduce a que no intervengan los afectos? ¿Qué el analista interprete y piense no los incluye? ¿No caeríamos en generar con éstas afirmaciones una especie de analista “stándar”? ¿El análisis no sería entonces siempre igual con distintos analistas? ¿Hay una formación homogénea en los analistas? ¿Podríamos todos llevar los mismos trajes al modo de Meltzer? Cabe preguntarse si éstas afirmaciones en la práctica se realizan siempre, algunas veces, poquitas veces.

Vemos entonces que para Freud la CT tiene que ver con una “resistencia” del analista, y para nosotros con las resistencias a blanquear y problematizar lo que realmente hace y siente un analista.

A todo analista le habrá pasado, más de una vez, iniciar su jornada de trabajo tomado por un fuerte desgano, enojo, tristeza, angustia, malestar físico. Más aún si el analista espera el resultado de un estudio médico respecto de una enfermedad, ¿cómo incidirá su estado emocional en el análisis de sus pacientes? ¿Y si debe cargar con una insatisfacción de manera prolongada? ¿Qué hace el analista con su angustia? ¿De qué manera preserva el análisis? ¿Un analista advertido de éstos atravesamientos podrá neutralizar sus efectos?

Cuando Freud alude a la imposibilidad de gobernar, educar analizar, ¿no alude acaso a la imposibilidad de que el analista se pierda como sujeto en el análisis? Tareas imposibles que revelan la insuficiencia de sus resultados. La insuficiencia de un Todo. Un Real como “tope”, algo no inscripto, no analizable. Tope que alcanza tanto al paciente como al analista.

¿Por qué son tan pocas las referencias técnicas de Freud después de planteadas la segunda tópica y la segunda teoría pulsional?, siendo que la dirección de la cura queda convulsionada con los planteos introducidos a partir de 1920.

-Lacan critica la postura adoptada por la escuela inglesa, que sería la de guiarse en la interpretación misma por las reacciones contratransferenciales. Lacan se opone al “siento luego interpreto”, o al “siento luego actúo”, en alusión al análisis practicado por el Kleinismo donde todo se jugaba, en “el aquí y ahora” de la sesión, y todo lo que decía el paciente tenía que ver con el analista y en esa dirección era interpretado.

En la década de 1950/60 fueron, sobre todo mujeres analistas quienes trabajaron sobre la CT. Entre ellas Heimann, Little, Reich, Tower, quienes no veían en la CT un obstáculo a vencer, sino que bien instrumentada podría ser un facilitador de la cura. Para Paula Heimann “la respuesta emocional inmediata del analista es un signo de proximidad a los procesos inconscientes del paciente” (...) Así tomada “ayuda al analista a focalizar su atención sobre los elementos más urgentes de las asociaciones del paciente” Es decir que le permitiría al analista echar luz sobre cuestiones de un paciente a partir de tomar en cuenta sus propias emociones. Margaret Little por el contrario acorta las distancias con el paciente comunicándole lo que siente contratransferencialmente en el aquí y ahora de la sesión. Ferenczi llegó a practicar “un análisis mutuo” donde el analista devuelve, en el aquí y ahora, al paciente de forma directa todo los sentimientos que éste le despierta, es decir que el analista “asocia libremente” y verbaliza frente a su paciente las reacciones que éste le provoca. Análisis mutuo donde paciente y analista se homologan como personas.

Ubicamos ésta concepción de Lacan en los años 50, donde privilegia la dimensión significante y el registro simbólico.

Critica en este sentido la simetrización del vínculo sosteniendo que el análisis no se efectúa de ego a ego, no se realiza en el eje imaginario, donde el analista pierde su función igualándose con el paciente.

“La contratransferencia no es sino la función del ego del analista... la suma de los prejuicios del analista”

Lacan no dice que no se pueda tomar y utilizar la CT, pero sólo para guiarse, no para actuar interpretando directamente a partir de las emociones despertadas en el analista. Debe el analista saber no ceder. Si bien es cierto que en el horizonte prima el “ideal” de sostener la “función deseo del analista”, en la práctica sostenemos que sería impracticable, ya que provocaría la interrupción del tratamiento. Lacan propone que el analista no debe dejarse llevar por sus propias ensoñaciones o asociaciones contratransferenciales. Que el analista no es sujeto del inconsciente, que el único sujeto del inconsciente en la cura es el paciente.

Se oponen Freud y Lacan en este punto? Desde dónde interpreta entonces? Delgado hilo...

Si bien Lacan reconoce que en un campo de dos los sentimientos son siempre recíprocos, es decir que el analista puede sentir emociones, eso no lo habilita a devolverlas contraactuando de manera directa. Lacan dice que la transferencia está dirigida fundamentalmente al Otro, más allá del analista. Es decir que el analista no se ubica como sujeto, más bien hace semblante de objeto. A la abstinencia freudiana, Lacan la nombra como “función deseo del analista”. Ambos apuntan a provocar la caída de las identificaciones, la división subjetiva del paciente, y al encuentro con los significantes primordiales que determinan las elecciones del sujeto. Para Lacan la CT actuada conspira contra la neutralidad del analista, es el deseo del analista quien obtura el deseo del paciente. Si, como dice Freud, hay que soportar “no comprender”, habría que, también, soportar y no ceder a la inmediatez de responder.

El analista cuando responde contratransferencialmente ¿no lo hace desde su propia angustia? ¿Cómo incide la angustia del analista en sus intervenciones? ¿El silencio del analista, es una posición pasiva, desapasionada o más bien activa en el sentido de posibilitar el develamiento de alguna verdad para el paciente?. ¿Cuánto distan los analistas en la práctica, de lo que profesan en la teoría? ¿Quién sostiene un análisis de I_c a I_c y puede dar cuenta de ello?

- Rafael Paz, afirma que definir a la contratransferencia (CT) como la respuesta del analista a la Transferencia (T) del analizado, implicaría dejarla en un segundo plano, subordinándola al concepto relevante y primordial del psicoanálisis. Pensada de ese modo podría ser sólo circunstancial o presentarse ocasionalmente en el tratamiento, obstaculizando la atención flotante del analista es decir corriéndolo de su lugar. Oponiéndose a Freud, sostiene que son “emergentes intrínsecos y constantes de la estructura básica del campo transferencial”. Es decir que lejos de encapsularlas como restos inacabados o puntos ciegos irresueltos del análisis del analista, Paz propone pensarlas como componentes primarios e inherentes, y no secundarios y circunstanciales dentro del tratamiento. Propone utilizarla de manera “controlada”.

Asumirlas, dice, permitiría implementarlas como instrumentos posibles de operación clínica. Si la entendemos como aquello que debe ser evitado, rechazado, suprimido o desalojado, mucho del material del inconsciente operable en un análisis quedaría condenado a no aparecer perdiéndose una parte de la riqueza del trabajo. Define Paz a la CT como “la activación de vínculos y fantasías primarias, reconocibles por sus efectos, suscitada en el analista a partir de lo manifestado por el analizado en un proceso analítico constituido o en vías de gestación.” Esto supone que la CT no es circunstancial, ni esporádica, ni excepcional. Se presenta como un elemento constante, sistemático y propio del análisis. La atención flotante del analista favorecería la aparición de sus propios aspectos disociados. Si bien es cierto que la CT se inicia como un problema, ya que el analista es sorprendido perdiendo momentáneamente su lugar, dependerá de cómo se la tramite, para que no lo sea. Es una dificultad, pero no algo a eliminar, por el contrario, es algo a trabajar. Por eso si se la entiende como aquello a eliminar parte del material se perdería inexorablemente. Si entendemos las respuestas emocionales del analista como lo que rigurosamente no debe entrar en un análisis, estaríamos haciendo de la técnica un método fijo y con poca capacidad de pensar de manera lúdica, creativa, es decir reduciendo en vez de ampliar y sumar conceptos de manera crítica. Sería negar la angustia que en ocasiones sorprende al analista. Sería no enfrentarlo a sus propias resistencias. En el analista se activan fantasías y vínculos primarios a partir de la comunicación del analizado, pero no toda resonancia emocional en el analista a partir de lo que trae el analizado es CT. La afectación emocional sorpresiva en el analista puede llevar a la ruptura del encuadre, por eso es necesario tomarlas con valor indicial, y no actuarlas. El analista se ve sacudido, deja resonar, contiene, no actúa. Se leen como indicios, sólo de manera indirecta. Si bien entendemos la CT como inherente al análisis, también es necesario que el analista la contenga para evitar la actuación simetrizando el vínculo y rompiendo el encuadre. “Considerar a la CT como una complicación fecunda, no supone invertir el sentido del proceso”. Tampoco supone simetrizar el vínculo. Su instrumentación, por lo tanto sólo es posible en una segunda instancia. De esta manera se evita el “siento luego actúo.” La movilización de los vínculos y fantasías primarias en el analista siempre es sorpresiva, intrusiva, perturbadora, descolocándolo de su función. Por ello se hace necesario una recuperación, una espera para luego en una segunda instancia y a partir de los indicios de su presentación, instrumentarla en el análisis. Dice Paz, que no se trata de agregar nada, sino de permitir que lo que inherente al campo, aquello que le sucede al analista tenga cabida elaborativamente. Evitar la perentoriedad, no tratar de sacarse rápidamente contractuando lo que ocurre en el interior del analista. Contenerlo, dejar decantar eso que aparece para, luego, en una segunda instancia resonar con el material del paciente

-Korman en “el oficio del analista” menciona las “transferencias cruzadas”.

Dice que la transferencia involucra a ambos. No va sólo del paciente al analista, sino también del analista al analizado. Se supone que el campo analítico está impregnado por el discurso del paciente, discurso que le permite desplegar sus síntomas, deseos, fantasmas, sueños. Dice Korman que el analista también está allí formando parte del campo. Cada analista opera sobre la transferencia del paciente con la propia historia que ha ido acumulando y delineando la propia función como analista. Si bien es necesario -el propio análisis-la supervisión-la formación teórica-; en la conducción de la cura, cada uno analiza con lo que es en tanto sujeto. Es imposible

borrarse como sujeto, si bien es una aspiración metodológica, es al mismo tiempo un ideal imposible de alcanzar. Siempre hay implicancia subjetiva del analista en la conducción del análisis. “Cada analista está metido de cabo a rabo con el análisis de su paciente” y lo está con su propia subjetividad. Sostener la idea de “transferencias cruzadas” implica aceptar que ambos están comprometidos en el campo transferencial. Esto no implica dar rienda suelta a lo que siente el analista, ni simetrizar el vínculo, ni perder de vista que el tratamiento es del paciente. Existe una función del analista, lo que no existe es una función en el vacío. La función se encarna en un sujeto de carne y hueso. Si el analista puede saber acerca de su incidencia en el tratamiento con un paciente, podrá controlarla para no actuarla. De lo contrario lo que uno echa por la puerta, se cuela por la ventana. Negar incrementaría el efecto pernicioso de la influencia del analista sobre el paciente.

Cómo pensar la CT en los distintos cuadros? Es igual en neurosis, psicosis, perversión, border? Y con niños?

-Winnicott en “El odio en la contratransferencia” alude al odio que produce contratransferencialmente el trabajo con niños psicóticos. Es importante entonces situar que Winnicott trabaja el odio en la CT con niños y en casos de psicosis. Refiere a la ambivalencia que se suscita en éstos casos en el analista. Sostiene que la tarea del analista sólo es sostenible si éste es conciente y puede delimitar el odio que le despierta trabajar con éstos pacientes.

“El muro no está delante de nosotros, está dentro de nosotros, ahí es donde debemos golpear”
Edmond Jabes

Conclusiones:

A partir de lo expuesto diferenciamos:

1) Por un lado los efectos contratransferenciales del decir del paciente que conmueven y perturban la escucha del analista. El riesgo que se juega permanentemente es que detrás de la contratransferencia se esconda la resistencia del analista. Incluiríamos en esta categoría algunas “confesiones contratransferenciales” del analista a su paciente. Para capitalizar éstas “complicaciones fecundas”, el analista deberá procesar y discernir qué de ese material tiene que ver con el paciente, para, en una segunda instancia, incluirlo (o no) en el campo analítico.

2) Por otro lado lo que le acontece al analista más allá de de su paciente, y que pone en cuestión su posición abstinentemente o la función deseo del analista, impidiendo u obstaculizando el trabajo analítico. Se trataría de la propia resistencia a la cura.

Si el análisis es interminable, lo es también para el analista ¿Cómo opera entonces ese resto? ¿Cómo juega lo inanalizable del analista que, seguramente, va dejando sus marcas? ¿De qué modo el analista interfiere en el desarrollo de la cura? ¿Qué ocurre cuando el analista, atravesado por sus propias cuestiones, ve afectada su disponibilidad en la escucha?

¿Dónde ubicar la angustia del analista cuando se encuentra muy tomado por sus preocupaciones o sus deseos?

¿Por qué no pensar en una sexta forma de resistencia?, (agregando a las cinco que Freud plantea en Inhibición, Síntoma y Angustia),

ubicando “la resistencia del analista” con un estatuto equivalente, teniendo en cuenta que es, como aquellas, inevitable y estructural.

¿Cuáles serían los límites de un análisis, desde esta perspectiva ?

¿Sería el tope del análisis, efecto de un real en juego?

El analista no puede despojarse de eso, no puede -más o menos ocasionalmente- no ser sujeto.

La noción “de semblante de a” funcionaría como un ideal. Estaríamos ante una resistencia estructural que operaría trascendiendo los límites de propio análisis y las supervisiones del analista. Podrá “purificarse” en esos espacios, pero también será insuficiente.

Notas

1. Freud,S. Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica.(1910) Obras Completas. Tomo XI.Amorrrortu
- 2 Freud,S. Puntualizaciones sobre el amor de Transferencia(1915/1914) Obras Completas. Tomo XII. Amorrrortu
- 3 Freud,S y L Binswanger,correspondence 1908-1938- Paris. Calvey-Levy
- 4 Freud,S. Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico(1912). Obras Completas. TomoXII.Amorrrortu
- 5Freud,S. Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico(1912) Obras Completas.Tomo XII.Amorrrortu
- 6Freud,s. Sobre la iniciación del tratamiento(1913) Obras Completas. TomoXII. Amorrrortu
- 7 Freud,S. Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico(1912) Obras Completas.Tomo XII.Amorrrortu
- 8 Heimann, P.1949 A cerca dela Contratransferencia . internacional Juornal of Phychoanalysis. Volumen XXXI. (1960)
- 9 Lacan. Seminario I.Clase Ilpag 43. Paidós
- 10 Paz,R. Para Pensar la Contratransferencia. Preliminares sobre la Contratransferencia.
- 11 Korman, El oficio del analista.
- 12 Winnicott El odio en la Contratransferencia (1947)

Bibliografía

- Freud, S. Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico(1912). Obras Completas. TomoXII. Amorrrortu
- Freud, S. Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico(1912) Obras Completas.Tomo XII.Amorrrortu
- Freud, S. Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica.(1910)Obras Completas. Tomo XI.Amorrrortu
- Freud, S. Puntualizaciones sobre el amor de Transferencia(1915/1914) Obras Completas. Tomo XII. Amorrrortu
- Freud, S. Sobre la iniciación del tratamiento (1913) Obras Completas. TomoXII. Amorrrortu
- Gorostiza, L. Las tentaciones de la transferencia. Notas sobre la transferencia y la posición del analista en la dirección de la cura.
- Korman, El oficio del analista. Ed Paidós.
- Lacan, J. Seminario I. Clase 3.
- Levin, R. Malestar en la Contratransferencia. Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes. Año 2009. N 5
- Paz ,R. Para Pensar la Contratransferencia. Preliminares sobre la Contratransferencia.
- Volnovich, J.C. Contratransferencia a lo largo de la historia 2003.Publicado en Topia. Noviembre 2003