

DE LA CONTRATRANSFERENCIA A LAS RESONANCIAS: LAS EMOCIONES DEL PROFESIONAL EN PSICOTERAPIA

FROM COUNTERTRANSFERENCE TO RESONANCES: THE EMOTIONS OF THE PROFESSIONAL IN PSYCHOTHERAPY

Juan Miguel de Pablo Urban

Psicólogo clínico, psicoterapeuta y supervisor docente
Codirector de COOPERACION, Instituto de Formación Sistemica (Cádiz) España
Director de la revista SYSTEMICA

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

De Pablo Urban, J.M. (2017). De la Contratrtransferencia a las Resonancias: Las emociones del profesional en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 229-247.

Resumen

En el trabajo en psicoterapia, con pacientes, grupos y familias, es de especial relevancia el manejo de las emociones y afectos. Dentro de este manejo, es destacable el uso que es posible realizar de las propias emociones del terapeuta. En este sentido se acude, por su profundidad y pertinencia, a los estudios sobre la contratrtransferencia que el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica han ido desarrollando. A pesar de las diferentes concepciones sobre la misma, se defiende la visión en la necesidad de incorporar lo que el/la terapeuta siente como instrumento al servicio del proceso terapéutico, se aconseja la importancia de que, para ello, el terapeuta conozca bien su familia de origen y sus patrones relacionales más destacables. En esta misma línea se analizan las aportaciones de la terapia familiar transgeneracional y de otras corrientes del enfoque relacional sistémico en referencia a la necesidad del trabajo con la familia de origen en la figura del psicoterapeuta. Se incluyen para ello los conceptos de resonancia y ensamblaje.

Palabras clave: *Contratrtransferencia, resonancias, emociones, psicoterapia, psicoterapeuta, terapia familiar.*

Abstract

To work with patients, groups and families in Psychotherapy, the management of emotions and affections has a special relevance. Within this handling, it is remarkable how the own emotions of the psychotherapist can be us In this sense, due to its depth and importance, we refer to the studies on countertransference that psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy had been developing. Despite the different visions about the former, countertransference is defended as a necessary tool of how the psychotherapist's emotions influence the therapeutic process. Regarding this, it is advisable that the therapist knows in an intimate way, his nuclear family and their most remarkable relational patterns. In the same line, we analyze the contributions of transgenerational family therapy and other thoughts of systemic relational approach, in reference to the need of working with the family of origin in the psychotherapist figure. The concepts of resonance and assembly are included for this purpose.

Keywords: *Countertransference, resonances, emotions, psychotherapy, psychotherapist, family therapy.*

Fecha de recepción: 30 de agosto de 2017. Fecha de aceptación: 10 de octubre de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: jmdepablo@hotmail.com

Dirección postal: c/ Rosadas, nº 27, 11510-Puerto Real (Cádiz), España

© 2017 Revista de Psicoterapia



1. Los afectos, las emociones, los sentimientos

A qué nos referimos cuando hablamos de afectos, emociones o sentimientos. Otto Kernberg (1977) realiza una excelente descripción de la evolución conceptual de estos términos en su libro *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico* (págs. 70-86). Recuerda como el concepto se debatía, en sus orígenes, de acuerdo a la controversia entre los que consideraban los afectos como mera descarga energética, concepción heredada de la teoría del afecto de James Lange, y la teoría de Canon con la visión de los afectos como estados de tensión psíquica.

Interesa destacar las aportaciones de Rapaport que en 1953, en su revisión sobre las teorías del afecto, distingue diferentes periodos en la evolución del concepto en la teoría freudiana. Destaca tres momentos, a saber, el primero, entre 1894 y 1900 donde se iguala afecto a energía psíquica, más tarde denominada catexia instintiva; en este caso afecto y libido funcionan de forma casi sinónima. El segundo, entre 1900 y 1923, donde la visión que prima del afecto se desarrolla entendiéndolo como función motriz o secretoria, de descarga. Y un tercer momento, a partir de 1923, donde los afectos aparecen como funciones yoicas, siendo utilizados, entre otras cosas, como señales.

Para no detenernos en este tema, es necesario resaltar que, a la postre, existen funciones cognitivas y afectivas, desarrolladas de forma paralela e interconectadas, donde el componente afectivo es el que organiza las relaciones internalizadas de objeto. Son los afectos los que influyen en la organización de las relaciones objetales y son estos “los primeros orientadores y organizadores generales que canalizan los patrones innatos de conducta en sistemas instintivos centrados en representaciones del sí-mismo y del objeto” (Kernberg, 1977) (pág. 93).

Lo afectivo y lo cognitivo, caminan juntos pero, a través del tiempo, mantienen desarrollos diferenciados. Ciertas funciones superiores de pensamiento, crecen alejándose del componente afectivo, y ciertos afectos se entronizan con poca presencia de elementos cognitivos.

En las consideraciones que diferentes autores realizan sobre el desarrollo cognitivo y afectivo, es reseñable que ambos aspectos deben estar presentes en un crecimiento saludable. La posibilidad de acceder de forma natural a nuestro pensamiento y a nuestra emoción, son características de un proceso de individuación y desarrollo deseable. Las existencia de afectos y emociones turbadoras de difícil asimilación, producto de experiencias tempranas displacenteras o por la presencia constante en el tiempo de emociones negativas por una crianza negligente o maltratante, generan una mayor desconexión de ambos aspectos. Fenómenos como la despersonalización, la desrealización, la amnesia y la confusión de la identidad se pueden considerar esfuerzos de autorregulación cuando la regulación de las emociones falla.

Por último, interesa destacar que el componente afectivo o emocional, es el elemento energético que fija recuerdos, encapsula experiencias (cuando no son asimilables), da valor positivo o negativo a las vivencias, etc. La intensidad afectiva

vivida por experiencias difícilmente integrables fomentan los aspectos disociativos tan presentes en los trastornos graves de la personalidad. En cualquier caso lo emocional, lo afectivo, pervive en la literatura científica como símil energético, el aspecto más prolijamente utilizado en la descripción de su naturaleza.

Esta consideración de la emoción, en origen instintiva y fisiológica, con una función evidentemente adaptativa, evolucionará y mutará con el lenguaje a los sentimientos. Las emociones tienen, al menos, tres funciones a describir:

a) la función adaptativa que permite el ajuste del organismo a las condiciones ambientales que se vienen produciendo;

b) la función motivacional, que dirige y potencia conductas en una dirección dentro del eje atracción-repulsión.

c) la función comunicacional, que permite, de una parte, conocer información de nuestro estado y, de otra, como elemento de comunicación de sentimientos, intenciones, con objetivos que van desde la influencia en la conducta de los demás hasta la búsqueda y generación de relaciones.

Las emociones nos empujan hacia aquello que se evalúa como agradable y nos apartan de lo que nos resulta aversivo (función motivacional), adquiriendo un papel fundamental en la toma de decisiones y la solución de conflictos. En el aspecto comunicacional, no debe olvidarse que existen emociones primarias que tienden a imponer sus propias leyes, entre las que destaca la capacidad para escapar al control del pensamiento o a su dominación, que requieren ser expresadas porque se configuran como tensiones que buscan su expresión y descarga, que están íntimamente relacionadas con aspectos vitales para los individuos, cuestiones consideradas de vida o muerte.

Greenberg y Johnson (1990), hablando del proceso emocional en psicoterapia diferencian:

“los afectos, respuesta biológica (reacción vascular y visceral a la estimulación) que no comprende una valoración crítica, de las emociones primarias, aspectos innatos y universales de la experiencia humana accesibles a la conciencia, como rabia, tristeza, miedo, alegría, disgusto y sorpresa” (En Canevaro, 2010)(pág. 61).

Siguen ambos autores con la siguiente reflexión:

“La integración de la emoción y la cognición surgidas en el interior de la complejidad de la relación, las transforma en sentimientos, que son síntesis cognitivo-emocionales, aprendidas individualmente en un contexto sociocultural determinado. Las emociones son innatas y universales, los sentimientos dependen del aprendizaje en una relación y son idiosincráticas. Las emociones secundarias son parte de una estrategia defensiva, como por ejemplo la rabia frente a sentirse abandonado. Las emociones instrumentales tienen una función interpersonal, como por ejemplo la expresión de tristeza y dolor que puede comunicar una necesidad de protección, o la rabia y el resentimiento ayudan a marcar las

distancias y a definir los límites interpersonales” (En Canevaro, 2010)(pág. 61-62).

La emoción fija, conecta y aísla las experiencias que la persona ha vivido. Da valor a ciertas vivencias y aspectos relacionales, en un sentido positivo (deseable, agradable, placentero) o negativo (peligroso, temor, rabia) y, por ende, a los juicios y/o conductas que se derivarán cuando uno se encuentra expuesto a experiencias análogas o evaluadas como similares. Precisan ser expresadas en el contexto relacional, en la medida en que la emoción que es expresada, sobre todo con la mediación del lenguaje, entra de hecho en la categoría vivencia que es pensada y, en consecuencia, organizada; torna la experiencia emocional en experiencia integrada que estará conectada a imágenes, recuerdos, palabras.

Gran parte del trabajo psicoterapéutico debe pivotar en la integración de esas emociones. Además, esas emociones están presentes desde el primer momento, en gran medida vacías de palabras, no nombradas, por lo que se alienta a que el profesional dedicado a la psicoterapia utilice los canales que se requiera para acceder a los afectos y emprender la tarea de su desarrollo al ámbito de la palabra. Es importante, por tanto, realizar un recorrido sobre la vivencia de las emociones y afectos en la figura del profesional de la psicoterapia y los diferentes planteamientos en torno a su utilidad y uso, desde el concepto de contratransferencia presentado por el psicoanálisis hasta las aportaciones de otras corrientes de la psicoterapia, en especial el enfoque sistémico, sobre este mismo asunto.

Canevaro (2010), señala que “debe ser muy activo (el terapeuta) en favorecer la expresión emocional, y muy neutral en aceptar lo que viene de la relación, que depende de factores emocionales de las personas que la componen y no del deseo del terapeuta” (pág. 61).

Más adelante indica que el cambio intrapersonal, ocurre cuando hay:

1. *Conciencia de las emociones de base recurriendo a esta nueva información para la resolución de los problemas;*
2. *Reestructuración de los esquemas emocionales que representan el self, los otros y las situaciones contextuales;*
3. *Modificación de las cogniciones. (pág. 62)*

2. Freud y la contratransferencia

Fue en 1910 cuando Sigmund Freud, en el discurso inaugural del II Congreso de Psicoanálisis celebrado en Núremberg, se refiere de forma expresa al fenómeno de la contratransferencia. En su desarrollo de las nuevas perspectivas en técnica psicoanalítica, la señala manifestando que “se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente” (pág. 136). A fin de cuentas estamos hablando, quizás por primera vez, de las emociones que aparecen en el terapeuta fruto del proceso relacional con sus pacientes.

En esos momentos la contratransferencia viene a ser considerada como un elemento que es preciso detectar y, en lo posible, dominar o reducir, lo que deviene

en la conclusión expresada por el propio Freud (1910):“cada psicoanalista solo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores” (pág. 136).

La solución planteada, para una gestión idónea del fenómeno, pasa por el autoanálisis de los profesionales dedicados al psicoanálisis, en este sentido manifiesta:“Quien no consiga nada con ese autoanálisis puede considerar que carece de la aptitud para analizar enfermos” (Freud, 1910)(pág. 136). El autoanálisis, por tanto, se convierte en la fórmula imprescindible con la que autoconocerse y evitar que los propios conflictos internos interfieran en la visión objetiva y neutral del mundo interno de los pacientes.

Dos años más tarde, Freud (1912) propondrá el psicoanálisis didáctico como única forma de discernir y controlar las reacciones contratransferenciales de los analistas a raíz de que Carl Gustav Jung lo incluyera como requisito de sus alumnos en formación en la Escuela de Zurich. Existe más o menos acuerdo en que los objetivos de este psicoanálisis didáctico es, al menos, doble: de una parte, que el profesional conozca y resuelva, en lo posible, sus conflictos inconscientes para que no actúen como obstáculo en el tratamiento de sus pacientes y, de otra parte, permitirle conocer en carne propia el uso de la técnica y del encuadre psicoanalítico.

3. Qué es la contratransferencia y qué fenómenos comprende

Existen diferencias y controversias en torno a cómo definir la contratransferencia y qué aspectos del proceso emocional del profesional es posible enmarcar dentro del concepto. Existen varias opciones:

a) una definición más amplia donde la contratransferencia designa todos los procesos inconscientes que genera el analizado en el analista o más aún, todo lo que desde el inconsciente del analista pueda intervenir en la cura. Por ejemplo, Racker (1959) la define como la respuesta total del terapeuta al paciente, ambos, consciente e inconsciente, la respuesta total abarca todos los pensamientos y sentimientos que el terapeuta experimenta en relación a la interacción terapéutica, reales o neuróticamente distorsionados. Sigue siendo de plena vigencia la publicación del libro:“Estudios sobre técnica psicoanalítica” de Heinrich Racker (1959), sobre las diferentes conceptualizaciones de la contratransferencia.

b) Otros autores como Daniel Lagache, proponen un concepto más restrictivo, en este caso la contratransferencia se referiría concretamente a las reacciones del analista frente a la transferencia de los pacientes.

c) El intento de definición alcanza una mayor complejidad, cuando se plantea entender que están presentes fenómenos de transferencia y de contratransferencia a ambos lados de la relación analítica, es decir tanto en el paciente como en el psicoanalista.

También existen definiciones intermedias como la de Ralph Greenson (1976), quien prefiere hablar de“reacciones transferenciales” y “reacciones contratransferenciales” pudiendo ser estas últimas las causantes de los problemas en la

aplicación de la técnica cuando el analista es especialmente reactivo al paciente, como si este fuese una persona especialmente significativa en su vida sin ser capaz de detectar el deslizamiento o desenfoco que sufre. Para Greenson, la contratransferencia es una reacción transferencial del analista ante un paciente, como un espejo o contraparte de la transferencia, en analogía a esta.

Otro debate histórico respecto a la contratransferencia es el relativo a los modos en que debe acometerse el manejo de la misma. Existen autores que defienden la eliminación o la reducción a la mínima expresión de las reacciones contratransferenciales por medio del análisis personal o didáctico, entendiéndolo como la única garantía para que en el proceso psicoanalítico el analista sea un espejo fiel donde solo se proyecte la transferencia del paciente. En cambio, otros analistas han defendido el empleo reflexivo y cauteloso de los fenómenos contratransferenciales en el trabajo como psicoterapeuta. Por último hay psicoanalistas que enfatizan la necesidad de posibilitar una comunicación “de inconsciente a inconsciente”, lo que implicaría incorporar e involucrar directamente la interpretación de las reacciones contratransferenciales que el analista está experimentando.

Por ejemplo, para Carl Gustav Jung: “la contratransferencia no debe rechazarse sino aceptarse y controlarse, porque está en la base de la transformación recíproca que confiere a la relación ese aspecto dinámico que le es propio, donde no están en acción sólo el yo del analista y el yo del paciente sino también el inconsciente del analista y el inconsciente del paciente, cuya comunicación constituye el elemento analítico más auténtico” (En Galimberti, 2002) (pág. 1076-1077).

Para ver el largo recorrido de las diferentes apreciaciones realizadas y, en especial, la perspectiva que considera que hemos de integrar la experiencia contratransferencial como instrumento de la intervención clínica, basta atender a lo que Dardo Tumas nos dice al respecto:

“Es alrededor de los años 50 cuando aparecen una serie de trabajos en los que la contratransferencia se considera concretamente; y no solo como problema técnico sino también como problema teórico, es decir, replanteando su presencia en el análisis y su significado. Los autores que más aportan para repensar el tema de la contratransferencia en su dimensión de instrumento (y esto es lo original en su momento) son P. Heimann (1950) en Londres y H. Racker en Buenos Aires; además de otros trabajos que por esa época merecen ser considerados, como el excelente artículo de Winnicott “El odio en la contratransferencia” (1947), y los de A. Reich y M. Little publicados en 1951. Lo que aportan estos autores en general, es que la contratransferencia ya no se ve sólo como un peligro, como un obstáculo a superar, sino que es también un instrumento sensible, y que puede ser muy útil para el desarrollo del proceso de análisis”.

Dice P. Heimann en su artículo (1950): “Mi tesis es que la respuesta emocional del analista a su paciente dentro de la situación analítica representa una de las herramientas más importantes para su trabajo. La contratransferencia del analista es

un instrumento de investigación dirigido hacia el inconsciente del paciente” (pág. 81).

Centrándonos en las aportaciones de Donald Winnicott (1947) en el artículo referido párrafos anteriores, los fenómenos de la contratransferencia pueden clasificarse en:

1. Anormalidad en los sentimientos de contratransferencia, y relaciones e identificaciones fijas que se hallan bajo represión en el analista, es decir, aquellos aspectos que hacen especial referencia a conflictos irresueltos en el terapeuta y cómo esto afectará a la relación terapéutica con sus pacientes.
2. Las identificaciones y tendencias correspondientes a las experiencias personales del analista y a su desarrollo personal y que aportan el marco positivo para su labor analítica y que hace que la índole de su trabajo difiera del de cualquier otro analista. Aquí podemos incluir, cómo la experiencia personal del propio terapeuta otorga un bagaje enriquecedor e idiosincrático que puede ayudar y facilitar el trabajo con los pacientes.
3. De estas dos distingo la contratransferencia -verdaderamente objetiva o, si esto resulta difícil, el amor y odio que siente el analista como reacción ante la personalidad y el comportamiento del paciente, contratransferencia basada en la observación objetiva. Más relacionada con aspectos importantes que el terapeuta percibe, siente, intuye en relación con el paciente y que están interconectados íntimamente con la situación vivida en el propio consultorio y con la transmisión emocional del paciente.

La inevitabilidad de la reacción emocional del terapeuta se encuentra perfectamente descrita por Harry Stack Sullivan (1989) que, desde la Escuela Sociológica de Washington, enuncia el teorema de la emoción recíproca y apunta a tres hechos fundamentales: primero, que en una interacción, a cada emoción de una persona corresponde una respuesta emocional recíproca de los demás participantes; segundo, que esta respuesta puede ser bien coherente, bien discordante (es decir, complementaria o contraria) con la emoción inicial; tercero, que a la emoción subyace la búsqueda de una satisfacción de una necesidad (Greenberg y Paivio, 2000; Laso, 2015).

Si queda claro que no es posible evitar la reacción emocional respecto de nuestros pacientes o familias, qué precisamos desarrollar para que estas reacciones no supongan un problema en la relación terapéutica. Es importante identificar en qué medida las emociones suscitadas en el proceso de terapia en un momento concreto, con un sistema paciente específico, están actuando como un obstáculo o no, y por supuesto, cómo accedemos a lo que subyace al objeto de conocer qué nos aporta para la mejora de las personas que atendemos y para relación terapéutica. Siguiendo a García Badaracco (2006) queda claro que el concepto de neutralidad en psicoanálisis está íntimamente ligado al concepto de abstinencia al objeto de prevenir conductas inadecuadas por parte del terapeuta en su desempeño profesio-

nal; por ello sostiene que el terapeuta debe ser capaz de experimentar las emociones suscitadas en el proceso terapéutico acompañando y sosteniendo al paciente (Maruri, 2015).

4. Cuáles son las claves que señalan la aparición de las reacciones contratransferenciales como obstáculos.

Hay numerosas relaciones con indicadores para detectar la aparición de reacciones contratransferenciales en los psicoterapeutas en ejercicio. Podemos atenernos a algunas de ellas, por ejemplo, se suelen destacar elementos como:

Aspectos relacionados con conductas inadecuadas en la relación terapéutica, por ejemplo; interpretaciones innecesariamente sarcásticas por parte del psicoanalista, fruto de la reacción emocional a los patrones habituales de relación del paciente (reiteración, queja, etc.). Discutir con el paciente, entrando en relación simétrica. Maniobras de apoyo narcisista por parte del terapeuta.

Aspectos que afectan a una relación inadecuada externa entre ambos fuera de la relación terapéutica, del tipo: ayudar al paciente en forma extra-analítica, impulsos frecuentes a pedirle favores al paciente.

Aspectos relacionados con la importancia del paciente en la vida del terapeuta, por ejemplo, soñar con el paciente, interés o desinterés excesivo por el paciente, sentir que los comentarios positivos o negativos del paciente acerca del analista le son, en especial, personalmente importantes. Compulsión a hablar acerca del paciente.

Aspectos relacionados con descuidos en el mantenimiento del encuadre. Este aspecto es de especial relevancia, sobre todo en lo que a la atención de pacientes con estructura de personalidad límite se refiere ya que es muy habitual que muchas de las acciones de los pacientes van directamente contra el encuadre establecido (horario, coste, formato, etc).

Reacciones emocionales intensas.

Incapacidad de comprender material que toca en problemas personales del analista.

Fomentar la dependencia del paciente a través del apoyo excesivo.

Según Menninger y Holzman (1973) pueden considerarse claves de la contratransferencia negativa aquellas que hacen referencia a aspectos como sentir somnolencia durante la atención al paciente, tratar de impresionar al paciente o a colegas, con el caso; demasiado interés en el caso, fomentar la resistencia del paciente. Estos autores también coinciden con la relación inicialmente señalada en aspectos como el descuido del encuadre, tratar de ayudar al paciente extraterapéuticamente, discutir con el paciente, tendencia a pedirle favores al paciente y cultivar la dependencia del paciente.

La necesidad de permitirse sentir en terapia y de no ser abducido por esta emoción en la relación con los pacientes, nos requiere de la puesta en marcha de mecanismos como el que José Bleger (1966) denomina “disociación instrumental”:

“La primera condición del encuadre se refiere al psicólogo mismo, quien debe cumplir con lo que llamaremos la actitud clínica, que consiste en el manejo de un cierto grado de disociación instrumental que le permita, por un lado, identificarse con los sucesos o personas, pero que, por otro lado, le posibilite mantener con ellos una cierta distancia que haga que no se vea personalmente implicado en los sucesos que deben ser estudiados y que su rol específico no sea abandonado. La actitud clínica forma parte del rol del psicólogo, y el mantenerlo permanentemente en su tarea es una de las exigencias fundamentales del encuadre” (pág. 68).

Marcelo Ceberio (1970) añade: “la disociación instrumental consiste en una especie de danza en la que el terapeuta vive las emociones, pensamientos, acciones, que le produce la relación terapéutica, por una parte, mientras que por otra, puede observar este interjuego. Esto es lo que posibilitaría la reflexión y el registro de la contratransferencia. El concepto que intenta transmitir el autor, transita por un nivel pragmático-clínico y no epistemológico (aunque ambos niveles son indisolubles)” (pág. 2).

Enrique Pichon Riviere (1995), no solamente adscribe los procesos de transferencia y contratransferencia a la diada terapeuta paciente sino que lo hace extensivo al campo de los grupos. En este caso, manifiesta que nos encontraríamos ante transferencias múltiples.

“Las fantasías transferenciales emergen tanto en relación con los integrantes del grupo como en relación con la tarea y el contexto en el que se desarrolla la operación grupal. Se entiende, entonces, que tal intercambio de adjudicaciones no debe resumirse únicamente a las personas, sino al contexto donde se desarrolla la psicoterapia. Espacio de consulta, persona del paciente y del terapeuta, tipo de problema, historias contadas, gestualidades, acciones e interacciones, ciclos evolutivos, son algunos de los elementos que componen el todo transferencial” (En Chouhy, 2007).

Enrique Pichon Riviere (1995), prefiere usar el término *transferencia recíproca* en lugar del de contratransferencia. Podría entenderse transferencia recíproca como al conjunto de reacciones inconscientes del operador frente al grupo, la tarea y los procesos transferenciales que en él se cumplen. Indica además que esta le permitirá establecer hipótesis acerca de lo que ocurre.

Es importante destacar las aportaciones de Otto Kernberg (1975, 1977 y 2004) en las que señala que el terapeuta podrá reaccionar contratransferencialmente de forma más o menos moderada, con pacientes cuyo nivel de regresión sea reducido. En cambio, en trastornos graves de personalidad donde el estado de regresión del paciente es alto, lo que suele ocurrir en el terapeuta son reacciones emocionales intensas que pueden obstaculizar la comprensión e intervención en el proceso. Esto introduce un elemento de especial valor, el reconocimiento de la intensidad en las reacciones del terapeuta, también puede ser utilizado como indicativo diagnóstico. Respecto a los pacientes con trastorno fronterizo manifiesta: “Desde el punto de

vista del tratamiento de los pacientes fronterizos, es conveniente considerar la totalidad de la reacción emocional del terapeuta como un continuo de respuestas afectivas que van desde los afectos de tipo señal, moderados y realistas, hasta las reacciones emocionales intensas que temporariamente pueden obstaculizar su neutralidad...” (Kernberg, 1977) (pág. 149-150).

Finalmente, en este punto, quiero destacar las aportaciones de Alberto Eiguer (1987), que nos dice que la contratransferencia en la terapia familiar psicoanalítica:

“...no es algo movido de forma deliberada por la familia. Un grupo viviente (la familia) que utiliza muy en particular mecanismos proyectivos y los *dispara* con una fuerza expulsiva que sobrepasa las posibilidades de contención de la familia misma. Esta forma proyectiva logra movilizar en los terapeutas –o en el equipo– cierto número de mecanismos, tanto de consonancia y de resonancia en un proceso de analogía como de disonancia y de disimetría en un proceso de alternativa”. (Pág. 65)

5. Enfoque sistémico y emociones del terapeuta

Es Murray Bowen (1978) el primero en enviar a los alumnos en formación, a visitar a sus familias de origen para facilitar dos procesos que considera de especial importancia: la destriangulación y la diferenciación del self.

Conocer y comprender el funcionamiento de los triángulos entrelazados de la propia familia de origen, proporciona las herramientas necesarias para modificarlos. La modificación de los triángulos implica inevitablemente cambiar la función o el rol que uno desempeña en ellos. Se precisa, en primer lugar, conseguir visualizar qué triángulos, de los que participamos, están activados y qué consecuencias devienen de nuestra participación en los mismos.

La neutralidad es importante porque la triangulación siempre implica un compromiso implícito para participar en una danza ejecutada durante años con miembros importantes de nuestra familia. Estar involucrado en estos triángulos alimenta cierta congelación en el rol desempeñado y una tendencia incontenible de replicarlos en otros contextos relacionales. Fomentar y fortalecer relaciones diádicas con estos miembros significativos, evitando la compulsión al rol designado, terminará reduciendo los niveles de ansiedad existentes.

Bowen (1988 y 1989), considera que comprender los triángulos podrá facilitar la resolución de asuntos del pasado afectivamente investidos que afectan a nuestras relaciones actuales. La elaboración emocional no es el resultado de la supresión o negación de los sentimientos, sino que se vincula en un proceso que aúna la no culpabilización a *un* individuo respecto de lo que ocurre en el sistema emocional *total*, es decir, definir y delimitar el grado de responsabilidad que corresponde a cada persona en el proceso relacional como un todo (Kerr, M. y Bowen, M., 1988; Bowen, M., 1989).

Existen, para Bowen, dos impedimentos que estorban y complican la posibilidad de contemplar los triángulos en los que participamos:

- 1) la inactividad de los mismos cuando el sistema se encuentra con bajos niveles de ansiedad.
- 2) la intensidad que presenta la reactividad emocional de los participantes en el triángulo y, por ende, de la dificultad que ésta impone a la percepción de las relaciones en las que estamos inscritos (Kerr, M. y Bowen, M., 1988; Bowen, M., 1989).

Podemos emplear como ejemplo el tema sobre las elecciones vocacionales de las personas que se dedican a la psicoterapia. Canevaro (2016), manifiesta que: “Quizás una fantasía salvadora de querer resolver los problemas relacionales en sus familias de origen”, es la base que está presente en las elecciones vocacionales realizadas por muchos terapeutas. Insiste además en que este rol ha sido probablemente apoyado secretamente en las familias de origen, *especialmente por las madres*, que tomaron al futuro terapeuta como confidente de problemas familiares y conyugales. Aquí está la *gestalt* inconclusa: “el terapeuta fracasado” de la propia familia que sostiene el rol y la función designada en el desempeño profesional. En esa misma dirección los terapeutas en formación se encuentran sometidos, frecuentemente, al doble mensaje de su familia: “Infórmate bien para poder resolver nuestras dificultades psicológicas aún cuando con nosotros no podrás”, en perfecta consonancia a lo que plantean las familias que atendemos “Alivianos nuestro sufrimiento pero sin cambiarnos”.

Luna y otros (2003), en un estudio realizado en la Universidad de Chile (*Exploración y Reflexiones acerca de los Procesos Emocionales-Relacionales de la Propia Familia de Origen, Vinculadas a la Formación del Terapeuta, desde la Teoría de los Sistemas Naturales de Murray Bowen*), indican que análogamente (a los psicoanalistas), los terapeutas familiares transgeneracionales deben trabajar en el entendimiento, exploración, y modificación de su posición en el interior de su familia de origen (Meyer, P., 1987; Titelman, P., 1987).

No existen diferencias (estructuras, triangulaciones, conflictos) entre las familias que son atendidas y las propias familias de los terapeutas, lo que comporta la aparición de importantes emociones al volver a encontrarnos insertos en un campo emocional similar al experimentado en la propia familia de origen. También pueden, por tanto, replicarse los aspectos más reactivos con la correspondiente pérdida de perspectiva.

Estas concordancias aconsejan la realización de un trabajo de diferenciación de las propias familias de origen (Bowen, M., 1989; Andolfi, M. en Castaldi, L., 2002; Canevaro, A., 2003). “La amenaza de perder nuestra perspectiva profesional se hace mayor cuando la familia que atendemos revela una pauta vincular semejante a la que primó en la nuestra”. Kaslow (citado en Aponte, 1992; pág. 80) plantea que “para evitar la proyección de los problemas propios en las familias pacientes, creemos que es importante, incluso imperativo, que los terapeutas familiares hayan explorado sus propios genogramas y que hayan realizado viajes a casa para resolver relaciones problemáticas desde la infancia, o que hayan participado en las sesiones

multigeneracionales de terapia familiar, dirigidas por un terapeuta, para alcanzar la resolución deseada...”.

En relación a lo anteriormente planteado, James Framo (1996) expone la idea de que es imprescindible que los terapeutas transgeneracionales intenten resolver los aspectos conflictivos con su familia de origen, lo cual puede consistir en sí misma una experiencia terapéutica significativa.

Por último Alfredo Canevaro (2003) en sus trabajos sobre “*Interacción entre el self personal y profesional del terapeuta*”, destaca la importancia del trabajo con las familias de origen de los terapeutas, realizando las aportaciones realizadas por autores como Murray Bowen, Harry Aponte y James Framo.

Todo esto proporciona un marco de trabajo para modificar el sí mismo (del terapeuta) hacia el establecimiento de una posición definida desde dentro, de relaciones persona a persona con otros miembros del sistema, abordando paulatinamente asuntos familiares emocionalmente significativos (Meyer, P., 1987). Este complejo proceso permite diferenciarse de los mitos, las imágenes, las distorsiones y los triángulos que se hacen evidentes mediante el trabajo de investigación en la propia familia y el sí mismo (Bowen, 1989; Bowen, 1991).

Titelman (1998) señala este proceso con la descripción de una serie de fases que están interconectadas entre sí:

a) Inicialmente la necesidad de comprender la participación del sí mismo del terapeuta en el sistema emocional de la propia familia (nuclear y familia de origen). Esta fase conlleva una reducción de la ansiedad en la persona.

b) Fruto de este entendimiento, aparecen los esfuerzos para modificar la posición del sí mismo en la propia familia de origen. Una vez conocida la forma en que se participa en los triángulos, los modos en que fomentamos y mantenemos estas danzas relacionales, se realizan intentos para cambiar la situación.

c) Ante estos movimientos, la familia reacciona invitando o forzando a los miembros a que retornen a la posición inicial. Ante esto, se precisa que el miembro que está intentando diferenciarse se enfrente a la reacción de la familia. Los modos en que se produce este enfrentamiento son importantes.

d) Por último, se produce un efecto de diseminación o generalización, de forma que los esfuerzos para diferenciar el sí mismo en relación a la familia de origen, se extienden hacia otros familiares y relaciones.

Los principios que propone Murray Bowen (1980) (Titelman, 1998), y que son de aplicación para facilitar la destriangulación en la familia de origen son, a destacar entre otros:

1. Trabajar con cada miembro de la familia extensa hacia una relación persona a persona, lo que implica excluir en la relación a la tercera pata de cada uno de los triángulos en los que se actúa. Es especialmente importante deshacer las coaliciones existentes organizadas en torno a la inclusión crítica o preocupada del tercero.

2. Controlar la propia reactividad emocional en cada encuentro con la familia de origen. La reactividad emocional está directamente ligada al grado de diferen-

ciación, de forma que a mayor diferenciación menor reactividad. Cuando la reactividad es alta, además, se producen serias dificultades para contemplar de forma sensata las propias relaciones (Luna y otros, 2003) (págs. 73-74).

Es la persona del terapeuta la mejor herramienta de trabajo (Bozsormenyi-Nagy, I. y Spark, G., 1983; Whitaker, C., 1991b; Elkaïm, M., 1995), por lo que en la formación de terapeutas se ha de incidir no sólo en el aspecto intelectual sino que es imprescindible introducir aspectos de tipo experiencial y emocional, visibilizar el propio tejido relacional y cómo esto influye en el proceso terapéutico de los pacientes y familias (Andolfi, M. y Angelo, C., 1989; Celis, 1992). Es fundamental que el terapeuta sea consciente que “no es de su habilidad profesional sino de su propia persona de donde procede fundamentalmente el aporte del terapeuta”.

6. Resonancias y ensamblajes

Es Mony Elkaïm (1995) quien desarrolla los conceptos de resonancia y ensamblaje, ambos términos nacidos fruto de la conformación y coconstrucción del sistema terapéutico (familia-terapeuta). Se pueden considerar ambos como herramientas de conexión para el análisis y la intervención con las pacientes, pues generan puentes específicos entre los miembros de la familia y el terapeuta (Canevaro et al, 2016).

Para Elkaïm, la resonancia hace referencia a que una regla que opera en el sistema consultante también opera en la familia nuclear o familia de origen del terapeuta. Del desarrollo personal y continuo del terapeuta depende el estar atento a ello, el poder distinguirla y el poder usarla al servicio de la terapia. La resonancia se entiende en la medida que una misma regla se aplica, a la vez, a la familia del paciente, a la familia de origen del terapeuta, a la institución en la que el paciente es recibido, al grupo de supervisión, etc. “Las resonancias son ecos, los reflejos, lo que resulta en nosotros (ideas, ocurrencias, sentimientos, emociones). Nacen en la construcción mutua de lo real que se opera entre aquel que la nombra y el contexto en el cual él se descubre a pronto de nombrarla” (En Szmulewicz, 2013).

En el caso de los ensamblajes, Elkaïm indica que se producen cuando las resonancias están compuestas por elementos disímiles que pueden llegar a ser complementarios a las dificultades de los pacientes y producir encajes complementarios entre ambos. Es importante que el terapeuta tenga la capacidad para ver, comprender y emplear estos fenómenos en pro del proceso terapéutico (en Szmulewicz, 2013).

Szmulewicz (2013) incide en que ambos fenómenos, resonancia y ensamblaje, hacen referencia a intersecciones que se producen entre el mapa del mundo del sistema paciente y el mapa del mundo del sistema terapeuta. Para ello es preciso recordar que el mapa de mundo remite a aquellas creencias que se han desarrollado a partir de experiencias primordiales del sujeto y que emergen en la actualidad, aunque el territorio en que se encuentren los sujetos sea distinto. Dichas intersecciones también producen determinados sentimientos que no pueden aparecer sino

en esas circunstancias y en la medida en que algún elemento toca la fibra sensible del terapeuta (Elkaïm, 1995). Es importante reseñar que el mapa del mundo del terapeuta es el que va a actuar como elemento mediador en la interpretación y selección de los hechos, es decir, que la visión y la intervención sobre lo que acontece nace de la propia resonancia del terapeuta.

Puede ampliarse este aspecto en el afamado artículo de Carlos Sluzki (1992) *Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia*, cuando detalla (a pesar de las diferencias que el enfoque socioconstruccionista implica), cómo la elección de un tema, de un enfoque o de una intervención en terapia está completamente influida por el mapa del mundo del terapeuta:

“¿Cómo es posible? ¿Cómo es que familias y terapeutas son capaces de hablar con emoción, intensidad, pertinencia y convicción sobre tal variedad de temas? ¿Cómo es que cada una de las sesiones hipotéticas con esta familia han generado historias igualmente plausibles que explican de manera tan diversa la causa del problema y/o sus raíces? Y, lo que es más sorprendente, ¿cómo es posible que se ha generado cambio a través de caminos tan distintos?” (Sluzki, 1992) (pág. 54).

Evidentemente solo desde la resonancia, del cómo algo que ocurre en sesión resuena en el terapeuta, se puede pensar, entender y abordar. Eso no quiere decir que no deba existir un proceso de filtrado que permita aprovechar la conexión establecida, excluyendo aspectos no útiles al proceso terapéutico. Las dificultades del terapeuta, en su propia historia, pueden actuar como un control remoto, triangulándose en la familia paciente, evitando temas o aspectos importantes para la familia o provocando movimientos que parten más de la necesidad de la persona del terapeuta que de las necesidades de los miembros de la familia que se atiende.

Aunque la elaboración conceptual no es tan extensa ni minuciosa como la derivada de los estudios sobre la contratransferencia, se presentan elementos comunes que permite considerar a las resonancias y los ensamblajes como fenómenos herederos de las reacciones contratransferenciales detalladas en los estudios de técnica psicoanalítica. En especial desde la perspectiva que destaca la importancia e influencia de las creencias, emociones y visión del mundo del terapeuta en la intervención psicoterapéutica.

Como destaca Szmulewicz (2013), la resonancia puede jugar en contra o a favor de nuestro buen desempeño profesional pudiendo implicar la aparición de obstáculos particulares que nos impidan pensar y actuar con libertad, debido a resonancias perturbadoras. Por lo tanto se precisa de un proceso mediador entre resonancia y respuesta del terapeuta que requiere de: el registro de lo que le pasa a uno mismo (terapeuta), la reflexión acerca de lo sentido y pensado, así como, por último, de la decisión de qué se hace con aquello que a uno le pasa.

La necesidad de supervisión para los psicoterapeutas en ejercicio es evidente, de hecho se entiende la supervisión como el mejor sistema para trabajar los aspectos emocionales del profesional. La supervisión no debe ser una simple revisión de las

hipótesis de lo que acontece en el sistema paciente, de las técnicas o intervenciones realizadas o deseables, del análisis del encuadre de trabajo en el contexto profesional, sino que debe incorporar en todos los casos la propia construcción de la realidad del terapeuta a través de sus resonancias, del proceso de reconocimiento de su rol en la familia de origen, de la participación en los sistemas en los que se ha desarrollado. La supervisión debe buscar esas resonancias, permitir al terapeuta situarse y disociarse instrumentalmente (Bleger, 1966) para aprender de su emoción, de su historia y, de esta forma, permitir una coparticipación más adecuada con la familia o paciente.

Este reconocimiento emocional es una excelente información para el terapeuta. Las emociones sentidas en el proceso no solo hablan de las emociones sentidas en su propia historia sino que también funciona como barómetro de las emociones que están presentes en la familia con la que se interviene. Es decir, terapeuta y supervisor toman aquellos elementos de las resonancias que han sido obstáculo y las reconvierten en herramientas para pensar el camino terapéutico a implementar.

7. La autodevelación, la asimetría y el poder en la relación psicoterapéutica

Señala el diccionario de la RAE el significado del término develar: “descubrir, levantar el velo” (en muchos aspectos similar a las acepciones de desvelar). Szmulewicz (2013) en su excelente trabajo “*La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico*” habla de la develación como un elemento muy importante del proceso terapéutico. En este texto se reflejan diferentes aportaciones sobre este concepto. Por ejemplo, Aron (1996) resalta la importancia de la bidireccionalidad y la mutualidad en la relación terapéutica, en el sentido de la importancia que tiene el reconocimiento por parte del paciente de los estados afectivos y emociones del terapeuta. Importante al extremo de que el vínculo terapéutico se crea y refuerza por la propia visión del paciente de la subjetividad del terapeuta.

La asimetría que está implícita en la relación terapéutica deviene en un investimento de poder en la figura del terapeuta. Lo que propone la autodevelación es que este ser inalcanzable se muestre disponible a través de su espontaneidad y de su participación emocional en el proceso. Cualquier cosa que haga o diga el terapeuta tiene una influencia inevitable sobre el paciente y este, a su vez, influye sobre el terapeuta.

Además como señala Aron (1996) es imposible no autodevelarse frente al paciente así como de no afectarle emocionalmente, no sugerir reacciones transferenciales. La fantasía del terapeuta neutro, inerte, es de imposible ejecución. Watzlawick y otros (1965), en el primer axioma de la teoría de la comunicación humana, señalan: “es imposible no comunicar”, lo que conlleva la inaplicabilidad de la tarea propuesta al terapeuta como personaje neutro ya que todo comportamiento es una forma de comunicación. Al igual que no existe la forma contraria al comportamiento (“no comportamiento” o “anticomportamiento”), tampoco existe

la “no comunicación”. Riera (2001) plantea la necesidad de entender que la relación terapéutica es una relación humana y, como tal, el intento de parecer neutro es un atentado violento contra la naturaleza de la propia relación. La relación terapéutica está en continuo movimiento, terapeuta y paciente en influencia recíproca. La autodevelación del terapeuta conduce, según Baldwin (2008), a una menor aparición de fenómenos transferenciales disruptivos.

En otros textos se utiliza se utiliza el término transparencia, término que navega en idéntica dirección al de “develación”. Albiñana (2007) señala:

“El sutil equilibrio entre la necesidad de idealización del paciente y la transparencia del terapeuta es un juego, un arte que se va perfeccionando con la práctica. Memo Borja afirmaba que “la neurosis del terapeuta es la tabla de salvación del paciente”. Quería decir con ello que, para el paciente, la posibilidad de percibir los defectos de su terapeuta, su humanidad, le permite con el tiempo llegar a aceptar los propios y por ende liberarse también del terapeuta como un ideal que es preciso soltar. Es en este sentido que la transparencia terapéutica, utilizada adecuadamente, es una herramienta útil para que el otro se vea a sí mismo reflejado en las virtudes pero también en los defectos y carencias de su terapeuta” (pág. 3).

En síntesis, la autodevelación del terapeuta es una forma útil de mostrar al paciente que la terapia es una “relación mutua con otro ser humano que tiene sentimientos, opiniones, experiencia de vida, que no es renuente a hablar acerca de esto cuando las circunstancias lo ameritan, pero que tampoco lleva sobre sí las respuestas acerca de la vida del otro” (Szmulewicz, 2013).

Sigue manifestando la autora que estos *momentos de encuentro*, donde hay una conexión auténtica entre el paciente y el terapeuta, promueven el cambio en el sentido de las resignificaciones del sí mismo del paciente y un cambio en el espacio intersubjetivo de la terapia. El efecto terapéutico del vínculo entre paciente y terapeuta está en los procesos intersubjetivos que Stern (2000) llama “conocimiento relacional implícito” (pág. 209).

Por el poder que los pacientes confieren a sus terapeutas pueden no sentirse capaces, en muchas ocasiones, de manifestar la sensación de fragilidad y riesgo en que se sienten, y se generan movimientos de autoprotección. Si la intervención del terapeuta hace referencia a la resistencia del paciente, el mismo se podrá sentir deslegitimado y aún más vulnerable. Si la terapia es una experiencia íntima, el sentirse seguros y cuidados dentro de este espacio, resulta esencial para el crecimiento y la apertura (Baldwin, 2008).

En otro sentido, pero en perfecta consonancia con lo anteriormente expuesto, White (1997) enfatiza la importancia de disminuir la relación de poder instalada en el contexto terapéutico, lo que “contribuye a que se desarrollen relaciones que ponen en tela de juicio la marginación de las identidades de los consultantes y más bien instan a construir la otredad”. Se reconoce y se revelan los conocimientos y habilidades que el paciente posee, permitiéndole expresar nociones más densas

sobre sí mismo y sobre los demás. También este ejercicio enriquece la propia identidad del terapeuta, en tanto persona y profesional.

Los trabajos de Harlene Anderson y Harry Goolishian sobre la posición de “ignorancia deliberada” (Not-Knowing) son distintivos de estos cuestionamientos desde el construccionismo social y el postmodernismo, sobre la importancia de trabajar el poder presente en la relación dentro del proceso terapéutico. Bebiendo de las aportaciones de Michel Foucault (1964) sobre el poder, en especial el ejercicio del poder-saber, que establece, entre otros, el paradigma de lo considerado normal y lo considerado patológico. Los individuos, sometidos a los profesionales de la salud, se ven relegados a un rol pasivo y de aceptación ciega de los criterios preestablecidos.

Lynn Hoffman (1992) describe esta posición, desde el ámbito de la terapia familiar, según lo manifestaban Harlene Anderson y Harry Goolishian del Galveston Family Institute:

“El rasgo distintivo del grupo Galveston es una suerte de ignorancia deliberada. Cuando describen lo que hacen o explican cómo enseñan, afirman que vienen de una posición de “no saber”. Esto irrita con frecuencia a la gente que los ve trabajar, porque es evidentemente falso que “no sepan”. La importancia de una postura de “ignorancia” tiene que ver con la posibilidad de que, como ocurre en todo sistema que necesita respuestas, estas aparezcan desde otros participantes distintos al operador que está con el grupo. Estas posibles respuestas que aparecen generan en los participantes: 1. la posibilidad de resituarse para buscar futuras respuestas y, por tanto, apoyar una atribución interna y positiva de las soluciones, 2. un incremento validante del autoconcepto personal, “yo sé”, 3. la generación de expectativas nacidas sobre las soluciones planteadas, 4. el establecimiento de metas hacia donde dirigir la acción, como fruto de las expectativas producidas, 5. y la realización de conductas orientadas a las soluciones y a las metas” (En De Pablo, 1998).

8. Orientaciones para un mejor desempeño del profesional de la psicoterapia

Por todo lo expuesto en el presente artículo, tanto desde las aportaciones del psicoanálisis como desde la terapia relacional sistémica, se pueden establecer las siguientes conclusiones:

1. La inevitable aparición de emociones en la figura del profesional en el proceso terapéutico y la trascendencia en el hecho de valorar esta experiencia como un recurso que es posible utilizar para la mejora en el desempeño en la psicoterapia.
2. La importancia de analizar las diferentes vías de comunicación que se pueden detectar en el proceso terapéutico y la forma de utilizarlas para una más adecuada intervención psicoterapéutica.
3. La necesidad de establecer elementos metodológicos para mostrar fórmu-

las que incidan en la mejor forma de afrontar esta emergencia emocional y convertirla en motor de activación y cambio.

4. La importancia de implementar, en los procesos de formación de psicoterapeutas, contenidos y espacios para el trabajo personal que incluya profundizar en la historia emocional de los futuros terapeutas así como sobre su familia de origen.
5. En la misma línea de lo señalado con anterioridad, dar prioridad en los procesos de supervisión clínica a los aspectos emocionales del terapeuta, su emergencia y su utilización en la atención de pacientes (individuos, grupos y familias).

Para profundizar en estos cinco puntos se ha elaborado un segundo artículo: “Las emociones en el psicoterapeuta: su uso en psicoterapia y en la formación de profesionales”. En el mismo se pretende dar algunas respuestas y realizar propuestas que puedan ser de utilidad, tanto en el consultorio como en los institutos y centros de formación de psicoterapeutas.

Referencias bibliográficas

- Albiñana Serain, M. (2007). El otro en la relación terapéutica. *Interpsiquis*.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1992). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico, En McNamee, S. y Gergen, K.J. (1992). *La terapia como construcción social*. Barcelona, España: Paidós, 1996.
- Andolfi, M. y Angelo, C. (1989). *Tiempo y Mito en la psicoterapia familiar*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Aron, L.A. (1996). *Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ. The Analytic Press.
- Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Paidós, 1999.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Spark, G. (1973). *Lealtades invisibles*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 1983.
- Bowen, M. (1978). *De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Paidós, 1991.
- Canevaro, A. (2003). Interacción entre el self personal y profesional del terapeuta. *Revista Mosaico*, 26, 8-11.
- Canevaro, A. (2010). *Terapia individual sistémica con la participación de familiares significativos*. Madrid: Morata.
- Canevaro, A.; Abeliuk, Y.; Condeza, M.; Escala, M.A.; Garcia, G. y Montes, J. (2016). El nacimiento del terapeuta sistémico. El trabajo directo con las familias de origen de los terapeutas en formación. *Revista Redes*, 34, Dic. 2016.
- Ceberio, M.R. (1970). Resonancias de un terapeuta familiar. *Interpsiquis*.
- Ceberio, M.R. y Linares J.L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica. La construcción del estilo terapéutico*. Barcelona, España: Paidós.
- Chouhy, A. (2007). Parámetros de desarrollo en la formación del terapeuta familiar: el proceso de apropiación de la historia familiar del terapeuta. *Revista Redes*, 18.
- De Pablo Urban, J.M. (1998a). La aplicación de los enfoques narrativos y de terapia centrada en soluciones a los programas de intervención psicosocial. *Revista Sistemica*, 4-5.
- De Pablo Urban, J.M. (1998b). Técnicas y herramientas para la intervención psicosocial con grupos desde un enfoque centrado en soluciones. *Boletín SEPTG*, 14.
- De Pablo Urban, J.M. (2017, en prensa). Las emociones del psicoterapeuta: Su uso en psicoterapia y en la formación de profesionales.
- Eiguer, A. (1987). *El Parentesco Fantasmático. Transferencia y contratransferencia en terapia familiar psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Elkaïm, M. (1995). *Si me amas no me ames*. Barcelona, España: Gedisa, 2008.
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica*. México, Fondo de Cultura Económica.

- Framo, J. (1992). *Familia de Origen y Psicoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1996.
- Freud, S. (1910): Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica, en *Obras Completas*. Vol. XI. Buenos Aires, Amorrortu (págs. 128-142).
- Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico, en *Obras Completas*, Vol. XII, Buenos Aires, Amorrortu, 9ª edc., 1996, (pág. 116).
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de psicología*. México: Siglo XXI.
- García Badaracco, J. (2006). El Psicoanálisis Multifamiliar: cómo curar desde la ‘virtualidad sana’. Manuscrito Inédito.
- Greenberg, L. y JOHNSON, S.M. (1990). «Emocional change processes in couples therapy». En E.A. Blechman (Ed). *Emotions in the family*. (Págs. 137-154). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Greenberg, L. y Paivio, S. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.
- Greenson, R.R. (1976). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México: Siglo XXI, 2004.
- Heimann, P. (1950). Acerca de la contratransferencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 4(1).
- Kernberg, O. (1975). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona, España: Paidós, 1979.
- Kernberg, O. (1977). *Teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Barcelona, España: Paidós Ibérica, 2005.
- Kernberg, O. (2004). *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica. Nuevos desarrollos en psicopatología y psicoterapia de los trastornos graves de la personalidad*. México: Manual Moderno, 2005.
- Laso Ortiz, E.L. (2014). El trabajo con emociones en terapia familiar: teoría y aplicaciones. En Medina, R.; Laso, E.L. y Hernández, E. (eds), *Pensamiento sistémico: Nuevas perspectivas y contextos de aplicación*. Guadalajara: Litteris.
- Laso Ortiz, E.L. (2015). Terapia familiar en clave emocional. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(2).
- Luna, I.; Portela, S. y Rojas, C. (2003). *Exploración y Reflexiones acerca de los Procesos Emocionales-Relacionales de la Propia Familia de Origen, Vinculadas a la Formación del Terapeuta, desde la Teoría de los Sistemas Naturales de Murray Bowen: un Estudio de Casos mediante la Utilización de Diagramas Familiares o Genogramas* (Memoria para Título). Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Carrera de Psicología.
- Maruri D'Espaux, G.A. (2015). El psicoanálisis multifamiliar y la especificidad del rol terapéutica. Trabajo final de Grado. Instituto Psicología Clínica. Uruguay.
- Menninger, K. y Holzman, P. (1973). *Teoría de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Psiqué.
- Pichon Riviere, E. (1995). *Diccionario de términos y conceptos de Psicología y Psicología social*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Racker, H. (1959). *Estudios sobre Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1990.
- Rapaport, D. (1953). "On the psychoanalytic theory of affects". En *The Collected Papers of David Rapaport*, comp. M. M. Gill. Nueva York: Basic Books, 1967 (pp. 476–512).
- Sluzki, C. (1992). Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 22-23(6). Recuperado de: <http://revistadepsicoterapia.com/transformaciones-una-propuesta-para-cambios-narrativos-en-psicoterapia.html>
- Sullivan, H.S. (1947). *Concepciones de la psiquiatría moderna*. Buenos Aires, Argentina: Psique, 1972.
- Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista Chilena de Psiquiatría*, 51, 61-69.
- Titelman P. (1998) Overview of the Theoretical-Therapeutic System. En *Clinical Applications of Bowen Family Theory*. Nueva York: Thehaworth Press.
- Tumas D. (s,f). *Introducción a la temática de la contratransferencia*. Extraído el 11 de Junio de 2014 desde el sitio web de la Univ. de Buenos Aires: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/776_cuestiones_clinicas/material/introduccion_contratransferencia.pdf. (pp.5)
- Watzlawick, P.; Beavin, J. y Jackson, D. (1965). *Teoría de La Comunicación Humana*. Barcelona, España: Editorial Herder.
- Whitaker, C. (1992). *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*. Barcelona, España: Paidós.
- Winnicott, D.W. (1947). El odio en la contratransferencia. En Winnicott, D. (1947). *Escritos de pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona, España: Paidós, 1999.