

# Las necesidades de selfobject del psicoanalista y el efecto de su frustración en el curso del tratamiento: una nueva visión de la contratransferencia <sup>1</sup>

Howard A. Bacal  
Peter G. Thomson

Somos conscientes de que en la literatura existen definiciones múltiples y conceptualizaciones complejas sobre la *contratransferencia* (véase definiciones y referencias sobre todo en **Rycroft**, 1972; **Moore** y **Fine**, 1990) y por tanto no las vamos a repasar aquí. Históricamente, los psicoanalistas han sostenido dos puntos de vista contradictorios sobre la contratransferencia. Una visión es que está formada por sentimientos por parte del analista que pueden interferir en la terapia del paciente. La otra es que puede ser un valioso recurso en el proceso del tratamiento. Ambas visiones de la contratransferencia tienen un gran paralelismo con las visiones que los analistas pueden tener de la transferencia (puede ser una interferencia o una resistencia al análisis, o puede servir como el vehículo mayor para el proceso analítico). **Freud** (1910) identificó la contratransferencia como un impedimento al tratamiento eficaz del paciente. Para la mayoría, esta visión persistió hasta 1950, cuando **Heimann** (1950) propuso una nueva definición y una nueva perspectiva a la contratransferencia. **Heimann** consideró la contratransferencia como abarcando todos los sentimientos del analista hacia el paciente, y defendió que la contestación emocional del analista a su paciente proporcionaba una de las herramientas más útiles para entender el inconsciente del paciente. **Sandler** (1976) amplió la idea de **Heimann** para incluir el proceso con que el analista se alerta de experiencias importantes dentro del paciente, dándose cuenta de ciertos roles que el paciente induce dentro del analista. En este proceso se repiten relaciones tempranas significativas para el paciente.

Debido a la diferencia entre el papel del analista y el del paciente en el proceso del tratamiento, la psicología del analista ha sido relativamente poco tenida en cuenta. Si estamos de acuerdo con **Sullivan** (1953) en que "sencillamente todos somos más humanos que otra cosa" (pág. 32), entonces como terapeutas debemos asumir ciertamente que estamos hechos del mismo material psicológico que nuestros pacientes. Es decir, nosotros terapeutas, también, aportamos una historia correlativa, una representa-

ción acumulativa de nuestra experiencia vivida que estará en interacción con la situación analítica. Esto no nos pone en una posición psicológica diferente a la de nuestros pacientes, a pesar de la diferencia en nuestros papeles.

**Kohut**, interesantemente, tomó una visión similar a la de **Freud** cuando describió las contratransferencias "narcisistas" como interfiriendo el establecimiento de las transferencias narcisistas. **Kohut** (1971) entendió cómo el analista tiende a reaccionar de manera particular a estas transferencias: "Las propias necesidades narcisistas del analista (...) pueden hacer difícil para él tolerar una situación en la que queda reducido al papel aparentemente pasivo de ser un espejo del narcisismo infantil del paciente, y por consiguiente, sutilmente o abiertamente puede interferir en el establecimiento o el mantenimiento de la transferencia especular" (pág. 272)<sup>2</sup>. Y "el rechazo de las actitudes idealizadoras del paciente normalmente es motivado por una actitud defensiva ante las tensiones narcisistas dolorosas que se generan en el analista cuando las fantasías reprimidas de su propio self grandioso se estimulan por la idealización del paciente" (pág. 262)<sup>3</sup>. **Wolf** (1979, 1980) y **Kohler** (1985) han elaborado las concepciones de **Kohut** y han usado la nueva terminología del "selfobject". Las transferencias de selfobject se refieren a la necesidad del paciente de conseguir una self-restauración y una self-sustentación en las respuestas del analista. **Wolf** (1979) acuñó el término *contratransferencias de selfobject* para denominar el complemento en el analista de las transferencias del selfobject del analizante, tanto si son o no evocadas por el analizante. Es decir, el analista también tiene necesidades del selfobject que se movilizan como resultado de participar en el proceso analítico (véase **Wolf**, 1980).

La introducción de **Kohut** del nuevo idioma fue algo más que un cambio en la terminología. Subrayó su visión de que los fenómenos del llamado narcisismo reflejan la frustración y la distorsión de una clase básica de necesidad (de hecho, una necesidad saludable del self en un contexto relacio-

nal). Como **Kindler** (1991) tiene explícitamente declarado en su fino artículo sobre este asunto, cada individuo tiene en el centro de su ser una necesidad de ser reflejado (espejado) o afirmado. Sin embargo, mientras que las necesidades de los analizantes de respuestas de selfobject por parte del analista se han ido aceptando cada vez más como psicológicamente legítimas, las necesidades de selfobject del analista respecto al analizante, aunque son entendibles, a la práctica continúan siendo consideradas como principalmente indeseables. Son reacciones desafortunadas de las que el analista debería intentar desprenderse. En otras palabras, estamos considerando todavía ciertas experiencias del analista como "enfermas". Para decirlo simplemente, el analista debería avergonzarse de ellas. Es un problema que simplemente se tiene que superar. En gran parte, el problema es que los analistas se muestran, en efecto, bastante inclinados a repudiar sus sentimientos cuando sus necesidades del selfobject no se satisfacen. Nosotros no estamos únicamente postulando que "los analistas también son personas" que tienen necesidades de selfobject. Más pretenciosamente, también decimos que ello constituye una cuestión que influirá grandemente en la práctica con nuestros pacientes. Hemos empezado a explorar las varias maneras en que el analista vive sus necesidades respecto al paciente y cómo su satisfacción, frustración, o distorsión, afectan el proceso del tratamiento.

En este capítulo, ofreceremos una nueva perspectiva de la *contratransferencia*. En esta perspectiva, en efecto, proponemos la utilidad conceptual de restringir el uso del término para designar únicamente a la interferencia con la función terapéutica del analista. (Éste, de hecho, se ha convertido en el uso más común del término). Proponemos la concepción (también véase **Bacal**, 1994) de que el self del analista ordinariamente se sostiene en su trabajo por continuadas respuestas de selfobject del analizante, y defendemos que su función analítica puede quedar interferida substancialmente (es decir, se actúa en la contratransferencia) cuando estas necesidades del selfobject son significativamente frustradas. También sugeriremos que la función terapéutica del analista se refuerza como resultado de disminuir su requisito de protegerse contra el conocimiento de estas necesidades. Queremos también sugerir algunas maneras en las que esta meta puede ser lograda (maneras que centralmente pretenden desactivar el sentimiento de vergüenza a veces incapacitante que puede acompañar el conocimiento de nuestras necesidades del selfobject respecto a nuestros pacientes).

Nosotros subscribimos la acepción de **Wolf** (1979) de que, por mucho que hayamos progresado en

nuestros análisis personales, ninguno de nosotros está completamente libre de las sensibilidades, vulnerabilidades y anhelos que surgen de las frustraciones o injurias personales y profesionales, tanto del pasado como del presente. Abogamos por una actitud de tolerancia ante la omnipresencia de una gama amplia de limitaciones inevitables en la personalidad de los analistas. Por supuesto, no defendemos la promulgación del analista de sus necesidades del selfobject o de cualquier otra necesidad respecto al paciente que sea éticamente inaceptable. Cuando hablamos de fracasos empáticos o fracasos en la sensibilidad óptima, lo hacemos en relación a lo que sería esperable en un terapeuta comprometido con un cierto nivel de experiencia y preparación. Habiendo dicho esto, debemos reconocer que todos nosotros intentamos defendernos ante cualquiera de la repetición de experiencias disruptivas y de sus afectos perturbadores (sobre todo el afecto de vergüenza), incluso ante nuestros pacientes.

**Gunther** (1976) enfatiza esta perspectiva en su manera de comprender las reacciones de la contratransferencia. Él las ve como realizaciones (enactments) cuyo propósito es restaurar el "equilibrio narcisista" del analista que se perturba en las interacciones con el analizante. Son síntomas que confirman la existencia de las necesidades narcisistas del analista. **Wolf** (1980) fue el primero en reconocer explícitamente la naturaleza bidireccional de la necesidad de selfobject en el proceso analítico y en reconocer su valor y sus consecuencias cuando es experimentada por el analista. **Kohler** (1985) y **Sandler**, en base al trabajo de **Beebe** y **Sloate**, han descrito las interacciones complejas entre las necesidades de selfobject del terapeuta y del paciente como análogas a las interacciones del par madre-niño. **Thomson** (1991, 1993) ha ilustrado ampliamente cómo la ruptura en el analista de su función de selfobject respecto al analizante proporciona una oportunidad particular de estudiar cómo esto puede haber contribuido a la descompensación aguda del paciente. **Bacal** (1994), recientemente ha reflexionado sobre ello: "La vivencia del terapeuta de tener una relación de selfobject con el paciente no sólo es infiltrantemente operante en toda relación terapéutica, sino que además constituye una condición previa para que el terapeuta pueda responder de una manera que le permita al paciente experimentar una relación del selfobject con él. Los analistas esperan generalmente de sus analizantes que respondan de determinadas maneras que son, de hecho, sustentadoras o restauradoras del self del terapeuta" (pág. 28).

Pensamos que la complejidad de estas experiencias requiere una conceptualización a la que el tér-

mino *contratransferencia* simplemente no le hace en absoluto justicia. Creemos que ciertos procesos que operan en el analista y que afectan al paciente es útil conceptualizarlos en términos de satisfacción de sus necesidades de selfobject o de frustración de sus necesidades de selfobject. Concurrimos con **Wolf** en que el término "resonancia empática" describe fielmente la situación en la que el analista sufre una regresión controlada eficazmente junto con el paciente en sus esfuerzos de permanecer sintonizado con él. Sin embargo, considerar esto como un aspecto de la contratransferencia (un término que normalmente designa una interferencia con el proceso terapéutico) es confuso conceptualmente. Esta regresión limitada está al servicio de la relación terapéutica. Nuestro concepto de resonancia empática es similar a la concepción de **Balint** de la experiencia arcaica armoniosamente regresiva que él denominó *amor primario* o *objeto de amor primario* (1937, 1968) cuando ocurre dentro de la diada analítica (una experiencia no disímil a la concepción de **Kohut** de la transferencia de selfobject arcaica de tipo gemelar<sup>4</sup>). Un tipo básico de relación de selfobject tipo alter-ego<sup>5</sup> se moviliza en el analista ("Yo se cómo usted se siente porque yo he tenido, o estoy teniendo, experiencias similares en mí mismo"). En esta regresión, el analista puede tener también una experiencia complementaria a la experiencia de selfobject del paciente (yo siento su necesidad, por ejemplo, de ser especial, y yo lo percibo a usted de esa manera). Así, ejerciendo su capacidad para la introspección delegada, el analista puede experimentar necesidades comparables o complementarias de él mismo como siendo satisfechas por el paciente. Nosotros agregaríamos, entre paréntesis, que la necesidad de dar que se activa en el analista (por ejemplo, la necesidad de responder a las necesidades de selfobject de su analizando) puede ser una de las más profundas y vitalizantes necesidades de su self (**Ian Suttie**, capítulo 1 en **Bacal** y **Newman** [1990] pág. 19-20).

En su reciente estudio de los determinantes subjetivos e intersubjetivos de la responsividad óptima (véase **Bacal**, 1985), **Estrella** (1993) observó que la mutualidad de experiencias subjetivas contribuye significativamente a la capacidad de sintonizar y de resonancia empática de los terapeutas. Estrella encontró que "la sintonía del psicoterapeuta con su propio dolor subjetivo y la resonancia correspondiente al dolor de su paciente particular pueden haber contribuido significativamente a ser óptimamente sensible", sobre todo en los casos de pérdida. Nosotros no creemos que experiencias como ésta se puedan incluir propiamente en el concepto de *contratransferencia*.

**Wolf** (1980) ha sugerido que puede usarse la experiencia del analista de la intensificación de sus necesidades del selfobject como signos que le alertan de un descarrilamiento inminente del proceso terapéutico. Nosotros propondríamos el término *señal de ruptura en el analista* para denominar la experiencia del analista de que sus necesidades del selfobject no están satisfaciéndose, pero sí mantienen todavía con su self estable y cohesivo. Cuando el analista tiene lo que tradicionalmente llamamos una reacción contratransferencial, es que las necesidades de selfobject del analista, que ordinariamente son satisfechas por el paciente durante su interacción, están siendo ahora frustradas, y por tanto su sentido del self está concomitantemente amenazado o agitado (en el mejor de los casos). Esta ruptura de las satisfacciones de selfobject en el analista afectará su capacidad para sintonizar y responder óptimamente al paciente. Si los analistas insisten en conservar el término *contratransferencia* (seguramente lo más probable), nosotros creemos que debería circunscribirse a estos fenómenos reactivos o disyuntivos<sup>6</sup> que afectan la función terapéutica del analista. Sería como ir en contra, si se quiere, de la *transferencia* de las necesidades de selfobject del analizante en el tratamiento.

Debe enfatizarse que las necesidades de selfobject del terapeuta sí difieren de las del paciente, en la medida en que las del terapeuta se expresan a través de sus funciones terapéuticas. La necesidad del selfobject más común del terapeuta es la de que quede reconocida su función, según la manera concreta en que él conciba esta función. Si la concibe como una actitud cuidadora, necesitará sentirse reafirmado en esto. Si concibe su función en términos de comprensión cognoscitiva, necesitará reafirmación en ello. Por ejemplo, si necesita idealizar al paciente, entonces puede sentirse maravilloso si percibe a su paciente como teniendo atributos especiales. El analista puede vivir que su función es la de proporcionar hóliding, reanimación y un ambiente confiablemente receptivo, por lo que necesitará inconscientemente sentirse reconocido en este aspecto. En el curso del análisis muchas de estas necesidades son habitualmente satisfechas por la asistencia del paciente a las sesiones, sus llegadas y salidas puntuales, permaneciendo en el diván mientras dura la sesión, manteniéndose despierto, proporcionando material asociativo, escuchando las interpretaciones, pagando los honorarios, pagando las sesiones perdidas, etcétera (es decir acomodándose, más o menos, a las rutinas de la situación analítica). En este caso, el analista normalmente no es muy consciente de que esas rutinas pueden encarnar la satisfacción de necesidades de selfobject que necesita como el aire que respira.

De alguna manera, la formación analítica nos hace considerar la satisfacción de estas expectativas como garantizadas. En su libro para la formación en psicoterapia para médicos generales, **Balint** (1964) se refirió a la "misión o función apostólica" del médico ("cada doctor tiene una vaga pero inquebrantable idea de cómo un paciente ha de comportarse cuando enferma como si el médico tuviera el sagrado deber de convertir a su fe todos los ignorantes y descreídos de entre sus pacientes"). **Balint** agregó: "Aunque esta idea no es demasiado explícita y concreta, es inmensamente poderosa, e influye prácticamente cada detalle del trabajo del médico" (pág. 216)<sup>7</sup>. Nosotros creemos que estas expectativas no sólo derivan de la formación del terapeuta (alguien podría decir de su adoctrinamiento), sino también de las necesidades de selfobject no satisfechas del terapeuta que él transporta al paciente en la situación de la terapia. El análisis personal puede permitirle al terapeuta que aborde algunas de esas necesidades, pero, a menos que éstas se enfoquen muy directamente (como discutiremos enseguida), pueden permanecer principalmente inconscientes y así pueden suponer una interferencia potencial a la eficacia del terapeuta. El aumento del conocimiento de los terapeutas de cómo sus necesidades y vulnerabilidades psicológicas se han organizado en su funcionamiento profesional les permitirá tener más claro sus límites en su capacidad de sensibilidad óptima ante cualquier paciente particular.

Quizá la necesidad predominante del terapeuta es la de ser reconocido en su capacidad de entender y, en muchos casos, de cuidar (la motivación humanística). Nosotros sospechamos que esta necesidad de los terapeutas de ser vistos como seres humanos correctos y motivados en su trabajo es algo muy determinante y al mismo tiempo no reconocido; es difícil para los analistas sentirse vistos por sus pacientes como cualquier cosa menos analistas. Esta necesidad puede reflejar un trabajo inadecuado a través de las partes "más oscuras" o "más desagradables" del analista en su propio análisis. Por otro lado, una experiencia analítica en la que el lado oscuro sea demasiado vigorosamente abordado, podría repetir un trauma de la niñez del terapeuta. Estas experiencias pueden dejar al terapeuta con significantes necesidades insatisfechas que este traerá al consultorio. Para algunos terapeutas, la satisfacción de tales necesidades será el centro de su 'razón de vivir'. El trabajo terapéutico con sus pacientes puede servir para reparar los defectos en la estructura de su self que se produjeron por la necesidad de satisfacer las necesidades arcaicas de selfobject de los cuidadores de su infancia<sup>8</sup>. La autoestima y self-

cohesión de estos terapeutas dependerán de su éxito, cumpliendo las necesidades de su analizantes (véase **Stolorow y Atwood**, 1992).

Cuando un paciente se fragmenta gravemente, las necesidades de selfobject del analista pueden ser frustradas significativamente; en particular, el analista puede experimentar una pérdida de su sentimiento de eficacia. También puede experimentar afectos disfóricos, como enojo, insuficiencia, desilusión en él mismo y vergüenza.

### Ilustración clínica: Tina

Una situación que ilustra varios de estos problemas se presentó con Tina, una arquitecta joven capaz y exitosa. Tina tenía una madre que se había mostrado continua y groseramente desafinada con sus necesidades de vinculación como hija, y ello había sido así, al parecer, desde la infancia temprana de Tina. En su análisis, Tina se quejó amargamente, enojosamente y desalentadamente contra la insensibilidad y crueldad de su madre, y de la casi total negación que ésta hacía de la validez de las quejas de su hija. A medida que se producía la regresión en la transferencia, que era principalmente positiva de una manera idealizadora, Tina empezó a experimentar las pausas de las fiestas como bastante intolerables. Y en más de una ocasión, experimentó roturas y fragmentaciones durante los descansos que la trastornaron profundamente. Sin embargo, nunca parecía suficiente enferma como para justificar una hospitalización, ni estuvo interesada en absoluto en tomar medicación. El analista respondía ofreciendo lo que él consideraba interpretaciones transferenciales apropiadas (esencialmente que ella lo vivía como repitiendo el abandono de su madre y que la abandonaba como su madre y otros habían hecho en el pasado). Tina no discutía estas interpretaciones, pero no le eran de ninguna ayuda en aliviarle sus dolorosos síntomas.

Con el paso del tiempo, cada descanso producía el mismo dolor horrendo, y Tina no sólo empezó a reprender al analista por hacer fiesta, sino que además daba a entender que no debería tomarse fiestas, debido al efecto que esto causaba en ella. El analista experimentó una resistencia consciente dentro de él a aceptar la validez de la demanda de su paciente, esto es, que la única manera que él tenía de poder remediar la situación era no hacer nunca fiesta. El analista, por un lado necesitaba sentirse que, a pesar del descontento de ella, estaba siendo un buen terapeuta para Tina y por otro lado también necesitaba sentirse libre para tomarse una fiesta. En otras pala-

bras, las necesidades de selfobject del analista que Tina había satisfecho fácilmente de manera continuada hasta entonces y de las que el analista había sido bastante inconsciente, estaban siendo ahora significativamente frustradas. Debe mencionarse que Tina nunca parecía haber querido ir con el analista durante las vacaciones (en cuyo caso la situación habría sido más problemática) y tampoco tenía interés en telefonarlo como manera de sustituir las sesiones.

Finalmente, el analista dejó de intentar explicar (es decir, de interpretar) las razones de la ruptura del self de Tina durante los descansos, porque pensó que ella había llegado demasiado lejos con este problema y ahora era el momento de centrarla en la *realidad* de la situación, es decir, que era bastante poco realista por parte de ella esperar que él no hiciera ninguna fiesta, y que, por tanto, simplemente no tomaría en serio la idea. Esto no ayudó tampoco. El analista estaba ahora atrapado entre un sentimiento de ultraje y un sentimiento de insuficiencia, vergüenza y culpa. Estaba enfadado porque la paciente lo privaba de su derecho a algo que era importante y necesario para él, y esto al mismo tiempo hacía que Tina se sintiera ultrajantemente excesiva en sus demandas. El analista también se sentía inadecuado como terapeuta (nada de lo que él podía decir era útil, y su paciente, se sentía cada vez peor por culpa del análisis y consideraba a su analista como una persona mala, cruel y poco humanitaria). Al analista Tina le caía bien, la admiraba, y generalmente se sentía bien en su trabajo continuado con ella. Él no sabía, sin embargo, qué hacer para remediar la situación tal como ella la vivía. Tina dejó el análisis después de cuatro años, pero volvió algunos meses más tarde para hacer una psicoterapia porque se sentía incapaz de poder conservar su relación de pareja. Ella decidió conscientemente evitar la experiencia regresiva del análisis que la hacía tan vulnerable al trauma de las interrupciones por fiesta, pero se siguió refiriendo, vituperinamente, al análisis *fracasado* (qué falló, según su opinión, debido a las insuficiencias del analista). De hecho, se necesitaron varios años más para que el analista “tuviera éxito”, un logro que, como **Wolf** (1980) ha comunicado, vendría de la fuerza creciente del self del analista y, por tanto, de la disminución de su vulnerabilidad y grado de necesidad. El analista tuvo que poder aceptar que sus respuestas no eran suficientemente buenas para la paciente sin experimentar un sentimiento paralizante de vergüenza. Paradójicamente, por supuesto, esta aceptación le permitió ser mejor analista para Tina.

Es útil descubrir (realmente descubrir) que la necesidad de selfobject de ser reconocido por el paciente como un terapeuta suficientemente bueno, es común a todos los terapeutas, y que esta necesidad no desaparece nunca completamente. El reconocimiento y aceptación de esta necesidad por parte del terapeuta le permitió el poder empezar a proporcionar a Tina lo que ella realmente necesitaba de él, es decir, la validación profunda y continuada de que ella había tenido razón desde el principio, que él había sido insensible a sus necesidades y por consiguiente había sido cruel con ella. Él puso su necesidad de hacer fiesta por encima del dolor de ella y la abandonó, como todos los hombres en su vida y como su madre también. Ella tenía razón: el analista no se preocupaba de ella lo suficiente. Ella era, tal como ella misma dijo, *sólo* una paciente, y él era *sólo* un analista. Tina no necesitaba experimentar los reproches de su analista o su vergüenza o su culpa. Tomando su fiesta, él había hecho la opción, en ese momento, de anteponer las necesidades de su self por encima de las de Tina. En otras palabras, cuando ella lo reprochaba, todo lo que él tenía que hacer era decir "huh hu" y hacerlo con sinceridad, y ella se habría sentido así entendida. Después de este reconocimiento, los reproches de Tina al analista por su falta de sensibilidad a su sufrimiento cuando él tomaba vacaciones, no se repitieron.

Cuando las necesidades de selfobject y las expectativas del analista son satisfechas por el analizante, una situación de mutua regulación (un tipo de armonía, tal como nosotros lo hemos descrito) prevalece en el ambiente analítico. En estas situaciones, el analista puede sentir una variedad de emociones egosintónicas, como amigabilidad, preocupación, idealización apacible, simpatía, compasión, y también a veces enojo o atracción en un grado razonable hacia el paciente. Sin embargo, cuando, por cualquier razón, las necesidades del analista no se satisfacen, él puede experimentar las dolorosas e incluso viscerales sensaciones de rotura del propio self, que pueden minar su función terapéutica. Estas rupturas incluyen distanciamiento, desinterés, hostilidad y odio, desprecio, erotismo, fastidio prolongado, somnolencia, o incluso el llegar a dormirse.

En el ejemplo siguiente, el analista vivió la frustración de su necesidad de sentir que tenía una función como terapeuta. También se sintió frustrado en su necesidad de experimentarse como abasteciendo cuidados a su paciente.

## Ejemplo clínico: Sarah

Durante muchos meses, Sarah, una joven analizando mujer, afirmaba repetidamente, a menudo vehementemente, que en el análisis no existía ninguna relación y que por lo tanto el análisis era un sinsentido. A pesar de esto, ella asistía regularmente a las sesiones. El analista reaccionaba a la aserción de Sarah interpretándolo como una resistencia a la transferencia. Le dijo repetidamente que ella estaba evitando sus sentimientos y necesidades con respecto al terapeuta. El único efecto de estas interpretaciones fue que la paciente siguió reafirmando, aun con más pasión y aflicción, que no existía ninguna relación. Ella se desilusionó con el análisis y de hecho con la vida misma. En un momento dado gritó: "El análisis es totalmente inútil. ¿Por qué me permite usted venir? Es una tomadura de pelo sádica y grande". Un día, con gran desesperación, Sarah dejó un mensaje en el contestador del analista diciendo que el análisis le resultaba desesperante y que no iba a volver. Impulsado a la acción por miedos a intento de suicidio de la paciente, tal como había probado hacer varias veces en el pasado, el analista la llamó y pudo ofrecerle una sesión doble de emergencia. El analista empezó a darse cuenta entonces que no había sintonizado con el estado aversivo de su paciente, y que debía dejar de lado su preocupación por las defensas contra la transferencia. Por primera vez, Sarah expresó su estado desesperado y desilusionado con una gran intensidad afectiva. Entonces, dándose cuenta quizá, a través de los murmullos del analista de asentimiento, que éste estaba sintonizando más, se fue tranquilizando. Habló entonces con una alta carga de dolor y de emoción de la indisponibilidad de su padre. Recordó cuando subía a su regazo cuando era pequeña, lo experimentaba como subir a "una silla de madera dura".

Cuando la sesión llegó a su fin, Sarah habló de su terapeuta anterior en los siguientes términos: "No satisfice sus necesidades. Él necesitaba hacerlo bien. Él necesitaba provocar un impacto". El terapeuta reconoció casi inmediatamente que estos comentarios también se referían a él y encajaban bien con su actitud de los meses anteriores. Reconoció entonces que su actividad interpretativa argumentativa, racionalizada como legítima a través de las teorías, había enmascarado una necesidad de selfobject frustrada (una "reacción contratransferencial", si se prefiere). Durante ese periodo había tenido que evitar el reconocimiento de su necesidad de tener una función, para ser un "alguien analítico". De esta forma no

sintonizó con la necesidad de su paciente de trabajar, a través de la transferencia, una repetición de su experiencia del rechazo de un padre frío e indisponible.

En la viñeta descrita el analista intentó satisfacer su necesidad de eficacia<sup>9</sup> a través de repetidas interpretaciones sobre la necesidad de su paciente de negar sus sentimientos transferenciales hacia él. A la interpretación se le ha otorgado un alto e incuestionado valor en la práctica analítica de manera que hemos llegado a perder de vista (o quizá nunca lo hemos llegado a ver) cómo la interpretación puede ir intrínsecamente ligada a la autoafirmación del analista en su papel de analista. Un poco de autoanálisis demostrará que la mayoría tendemos, en ciertos momentos, a aumentar nuestra actividad interpretativa cuando nos sentimos poco eficaces con nuestro analizante. Entonces puede ser que simplemente estemos interpretando para asegurarnos de que tenemos una función. Como analistas didactas, a menudo instamos a nuestros estudiantes a hacer interpretaciones, sobre todo interpretaciones de la transferencia. Nosotros creemos que no es infrecuente ofrecer interpretaciones de la transferencia cuando el analista se siente mal conectado con el paciente. En un caso, un analista se sintió a sí mismo a la deriva durante el silencio de un paciente. Entonces sintió el impulso de interpretar al paciente que estaba replegándose y estaba dificultando así al analista conectar con él. Afortunadamente, en este caso el analista pudo reconocer que sus propias necesidades de estimulación y la noción que el tenía de su función como analista, estaban reñidas con la necesidad del paciente de usarlo a través del silencio, y que por tanto, éste experimentaría la interpretación, únicamente como la necesidad del analista de que el paciente se acomodara a él.

Todos estamos familiarizados con el paciente que va asociando, al parecer haciendo su propio análisis, pero que deja al analista fuera de sus asociaciones durante periodo largos. Semejante paciente no sólo tenderá a producir soñolencia en el analista (MacLaughlin, 1975; Dender, 1993) sino que también tenderá a generar interpretaciones de la transferencia, o interpretaciones sobre su resistencia a la transferencia. Según nuestro punto de vista, estas interpretaciones son motivadas inconscientemente por una privación específica del reconocimiento especular: existe un vaciamiento en la experiencia del analista de ser reconocido, de ser visto. La significación y utilidad de su existencia como analista simplemente no es reconocida. El analista suele dar por descontada la continuada satisfacción de sus necesidades de selfobject, de manera que cuando

esta satisfacción deja de ser proporcionada por el paciente, el analista se siente inútil y desvitalizado. El analista interpreta entonces para coger el control. Aunque algunos pacientes pueden encogerse de hombros ante tales interpretaciones y pensarlas como simplemente incorrectas, otros pueden experimentarlas como una repetición disruptiva de las intrusivas necesidades arcaicas de selfobject de algún cuidador significativo de su infancia.

## Ilustración clínica: Tom

Tom, psicólogo joven en análisis, normalmente hablaba sin hacer pausas y sin hacer ninguna referencia al analista. Tom apreciaba y admiraba claramente a su analista, y el analista valoraba realmente a Tom por su optimismo y por sus valientes y profundos esfuerzos en enfrentar sus muchos problemas en sus relaciones personales. El analista, sin embargo, normalmente se sentía tan aburrido y soñoliento que apenas podía mantenerse despierto. Raramente tenía la oportunidad de hacer una interpretación; en todo caso, no parecía necesario hacerlo, ya que el analista consideraba como pertinente todo lo que Tom explicaba. Para abreviar, el analista se sentía inútil e irrelevante en la experiencia terapéutica de Tom. Sin embargo, Tom idealizaba las habilidades del analista, y, de vez en cuando, se refería a "nuestra relación", lo que implicaba que la valoraba muchísimo.

Mientras que el analista sentía que él necesitaba dar alguna interpretación para poder ser útil, el analizante admiraba la capacidad del analista (así es como el analizante lo sentía) para apreciar su propia habilidad de entenderse a sí mismo. Lo que sin ninguna duda ayudó a que el analista evitara las interpretaciones (en realidad, confrontaciones) de que el analizante se estaba *resistiendo* a la transferencia, era que el paciente estaba mejorando firmemente, lo que proporcionó al analista un sentimiento de satisfacción y de eficacia. Cuando el analista, en raras ocasiones, había hecho tales interpretaciones, el paciente parecía encogerse de hombros: no eran útiles pero tampoco disruptivas.

Ya de mayor, **Winnicott** (1971) concluyó que a menudo había impedido o retardado un cambio profundo en sus pacientes por su necesidad de interpretar. Y **Cansement** (1985) sostiene: "A menudo tenía la tentación de interpretar simplemente para tranquilizarme de que todavía podía pensar y funcionar en la sesión, cuando las cosas parecían caóticas, pero tuve que aprender a refrenarme" (pág. 177).

Nosotros agregaríamos aquí que cuando el analista

reasegura a un paciente, a veces su necesidad subyacente es en el fondo la de reasegurarse a sí mismo.

Nos hemos referido a la importancia de la vergüenza en las vivencias del terapeuta de frustración y de ruptura de la cohesión de su self, y en particular a las dificultades para enfrentar esta vergüenza. La viñeta que sigue ilustra vivamente esta cuestión.

La Dra. S. buscó la ayuda de su analista en relación a una situación penosa que vivía con un paciente de psicoterapia que había hablado repetidamente de interrumpir el tratamiento. La Dra. S. había respondido a la petición del paciente de terminar su recién empezada terapia de una vez por semana diciéndole que, en su opinión, no sólo no debía dejar la terapia, sino que en realidad tendría que hacer cinco sesiones por semana. Inmediatamente después de decir esto, ella se sintió sofocada con un sentimiento inexplicable de intensa vergüenza. No hay ninguna duda de que su vergüenza era parcialmente una reacción al darse cuenta súbitamente de lo que había hecho. Es decir, pidiéndole a su paciente que hiciera algo que se sabía que era bastante improbable que pudiera hacer, hizo que se sintiera tonta ante ella misma y ante su paciente (también su analista sintió algo parecido cuando la Dra. S. se lo contó).

También al principio, la Dra. S. se mostró comprensiblemente renuente a permitirle a su analista el incluir esta viñeta en este artículo, porque, como la mayoría de los terapeutas, ella no creía realmente que todos, incluido su propio analista, habían pasado por experiencias similares. Sin embargo, había todavía más cosas para poder seguir entendiendo.

El paciente de la Dra. S. había estado sufriendo intensamente como resultado de haber sido abandonado recientemente por su esposa. La esposa había empezado una relación con el jefe del paciente y se había ido a vivir con él junto con los tres niños del paciente. El paciente estaba intentando entonces, con una dificultad considerable, vivir una nueva vida por su cuenta mientras continuaba ejerciendo su papel de padre a tiempo parcial. La Dra. S. había sido empática con sus intensos y fuertemente repudiados sentimientos de vergüenza en relación al abandono de su esposa. La Dra. S. había tenido sentimientos similares en circunstancias parecidas (algunos de estos sentimientos nunca había podido reconocerlos completamente). La Dra. S. no era ajena a las experiencias de abandono. Una de las más importantes fue la pérdida de su padre (a quien ella había creído que la unía un vínculo muy especial), que dejó la casa cuando ella era una niña pequeña. Además, estaba en aquel momento enfrentando la posibilidad dolorosa de perder a su novio. El comentario de su paciente de interrumpir, avivó los sentimientos repudiados de

vergüenza asociados con sus experiencias de abandono. La Dra. S. podía empatizar con su paciente y responderle óptimamente con tal de que éste no le hiciera a ella la misma cosa que otros le habían hecho (y lo que su esposa había hecho al paciente). Cuando su paciente anunció la intención de dejarla, ella perdió su resonancia empática con él porque ella lo había aprehendido, en parte inconscientemente, como el selfobject que no debía abandonarla. La vergüenza apareció cuando intentó conseguir que su paciente estuviera con ella todavía más frecuentemente. Ella estaba, en efecto, expresando su inconsciente, el amor no correspondido por el padre que la abandonó, que la dejó habiéndose sentido ella impotente para evitarlo.

La Dra. S. también pudo ver que su sentido repudiado de vergüenza, y el de su paciente, eran debidos a un sentimiento de insuficiencia. Ninguno de ellos se había sentido capaz de mantener su valoración ante los objetos idealizados que les habían fallado (para el paciente, su terapeuta, su esposa, y su familia; para el terapeuta, su paciente, su novio, y su padre) y, en consecuencia, eran incapaces de mantener un sentimiento de autoestima. El compromiso de su paciente con la terapia representaba (simbolizaba) inconscientemente para la terapeuta la reparación parcial pero significativa de una desilusión de toda la vida, en su necesidad idealizadora y en su necesidad especulativa de sentirse de nuevo especial. La terapeuta se había vuelto vulnerable a la vergüenza porque necesitó repudiar su necesidad de selfobject respecto a su paciente. Si hubiera podido entender y aceptar esta necesidad, entonces probablemente habría sido capaz de ofrecer una respuesta terapéutica a su paciente en lugar de reaccionar con la *señal de ruptura* que el comentario de interrupción había provocado.

La experiencia de esta terapeuta no es única. Variaciones de esta cuestión sobre la importancia y significando de la relación con el paciente son moneda corriente entre terapeutas. Podríamos afirmar que la vinculación del paciente al tratamiento satisface las universales necesidades de selfobject idealizado del terapeuta y la necesidad universal del terapeuta de recibir de sus pacientes la respuesta especular de ser alguien eficaz y especial para estos.<sup>10</sup>

Así pues, para el analista la situación es esencialmente la misma que para el analizante: si el analista no puede aceptar la legitimidad psicológica de su necesidad de selfobject respecto al paciente, quedará afectado de la misma manera que su paciente. Sus necesidades se intensificarán y acabará actuándolas muy probablemente en el objeto que las ha frustra-

do, es decir en su paciente. Si debemos protegernos del conocimiento vergonzoso de nuestras necesidades en relación a nuestros pacientes, no podremos resonar empáticamente o responder óptimamente a sus necesidades parecidas, también repudiadas. En cambio, si el analista puede aceptar la legitimidad psicológica de estas necesidades, esto reforzará su función terapéutica significativamente (vease **Bacal** y **Newman**, 1990; **Bacal**, 1994). Esto es, en efecto, lo que sucedió cuando la Dra. S. pudo trabajar en este sentido con su analista. En otras palabras, cuando su sentimiento de vergüenza por sus necesidades y expectativas respecto a su paciente disminuyó, sus defensas contra estas también cedieron; como resultado, ella pudo entonces aplicar la misma empatía y aceptación tanto a ella misma como a su paciente.<sup>11</sup>

Nos parece, que sólo recientemente, en particular debido al trabajo de **Broucek** (1991), **Morrison** (1989, 1992), y **Wurmser** (1981), se puede reconocer la ubicuidad de vergüenza en la experiencia humana. El terapeuta no está menos expuesto a las experiencias de vergüenza y a las defensas contra las mismas, tal como **Morrison** lo describe. Pero estas experiencias también nos ofrecen la oportunidad para llevar a cabo una investigación fresca del self, y una comprensión y aceptación del mismo. Hay una variedad de maneras de conseguir esto. "Más análisis" es a menudo la regla para tales problemas, y puede ser de ayuda. La supervisión es otra manera. Estas tareas también pueden ser muy eficazmente abordadas si el analista del terapeuta está dispuesto a responder directamente a la discusión del terapeuta de sus trabajos terapéuticos durante las sesiones analíticas. De esta manera, el analista puede ayudar, al entendimiento inmediato de las reacciones contra-transferenciales de su analizante, cuando éstas se relacionan con la frustración de sus necesidades de selfobject en el trabajo con su paciente. Esto, en efecto, caracterizó la manera en que el analista didáctico de la Dra. S trabajó con ella, un método de supervisión que fue ofrecido regularmente por **Ferenczi**, **Balint**, y otros, a los candidatos en el Instituto de Psicoanálisis de Budapest.<sup>12</sup>

Otro abordaje eficaz es buscar oportunidades para el intercambio abierto con colegas de confianza. El explorar y compartir, en un ambiente de compañeros de trabajo, las experiencias de los efectos de la frustración de nuestras necesidades de selfobject y los estados de disociación, puede ser enormemente útil. Nosotros hemos observado frecuentemente que, como resultado de estos intercambios, tenemos menos propensión a sentirnos avergonzados por nuestros fracasos; por lo menos, los sentimientos de vergüenza no inhiben la investigación de nuestro

self . En efecto, el descubrimiento de que estas experiencias son de hecho universales parece ser especialmente útil, permitiendo a los terapeutas el poder sentirse más libres para responder óptimamente a sus pacientes. Esas discusiones pueden ser emprendidas con especial efectividad en grupos de terapeutas (por ejemplo, en los llamados *grupos Balint*), cuyo ambiente facilita el abordaje de la problemática intersubjetiva (o de los problemas contra-transferenciales). En esta situación, la diferencia entre el terapeuta defectuoso y el supuestamente terapeuta perfecto disminuye grandemente. Además, la vinculación en evolución y de confianza entre los miembros mitiga la vergüenza de descubrir las necesidades de selfobject propias y las defensas contra las mismas. Concomitantemente a este proceso, el self del terapeuta va adquiriendo un significativo fortalecimiento.

Ahora bien, pueden presentarse situaciones difíciles o efectos adversos, como por ejemplo que puede fatigar especialmente la capacidad del analista para mantener una posición empática y una actitud benigna ante su paciente. Como uno de nosotros (**Bacal y Newman**, 1990) ha observado: "Cuando ciertas necesidades de selfobject del analista se ponen en evidencia y este percibe a su paciente como, por así decirlo, "violando" sus expectativas o actuando más allá del umbral de su tolerancia, esto puede precipitar una reacción en el terapeuta que puede activar o exacerbar una ruptura del sentimiento del paciente de estar en relación de selfobject con su terapeuta" (pág. 269).

Las situaciones en las que el paciente se rompe y eventualmente se enfurece, pueden repercutir en el analista y pueden producir una frustración amplia de sus necesidades legítimas de reforzar su self o de recibir respuestas restauradoras del self por parte de su paciente. Aquí el analista puede experimentar un espectro de sentimientos dolorosos como la rabia, odio, ansiedad, desaliento profundo, y pérdida de autoestima. También puede experimentar la presión de la exigencia de tener que librarse de tales sentimientos para permanecer en contacto empático con su paciente. Esto, sin embargo, es más fácil de decir que de hacer, ya que se puede vivir como que se exige que repudie totalmente aspectos auténticos de su experiencia afectiva. Podemos preguntarnos si la psicología del self espera demasiado del analista al exigirle que mantenga la posición empática en todo momento, lo que a veces podría traer consigo la renuncia completa de las propias necesidades de selfobject. Nosotros los analistas autorizamos, y de hecho a menudo animamos, a que los niños, padres, y pacientes se sientan con derecho a protestar cuan-

do sus necesidades no se satisfacen. El sufrido analista tiende a desaprobarse tal posición. **Moraitis** (1993) ha observado eso recientemente

Para lograr sus objetivos el analista debe dejar de lado sus necesidades personales en el grado máximo posible, para que pueda ponerse al servicio de su paciente y de su ciencia.

Yo creo que las tales demandas son poco realistas e injustificadas. Estas ponen al analista en la posición defensiva de proclamar motivos altruistas que el normalmente cuestiona en los otros, y de negar en él las mismas necesidades que ayuda a sus pacientes a reconocer y satisfacer (pág. 343).

¿No es natural y perfectamente humano que el analista necesite protestar contra el ataque a su propio sentimiento de sí? Sin ninguna duda en la inmensa mayoría de casos esta protesta no se debería expresar abiertamente. Pero el derecho a dar cabida (y a veces abiertamente) a la expresión de su propia actitud de rechazo puede ayudar a proteger al analista de posibles daños, y el reconocer sus necesidades legítimas, puede permitirle continuar trabajando con su paciente.

Durante un periodo largo en el análisis de una mujer joven, cada interpretación del analista generaba en ella una fragmentación. Ella desechaba casi todas sus intervenciones enojada y desdeñosamente. Entonces fue el mismo analista quien se rompió. Empezó a experimentar grados crecientes de mortificación, vergüenza, y desilusión de sí mismo. Se esforzó valientemente en restaurar a ambos, al paciente y a su propia autoestima, buscando la "buena" interpretación. Esto no conllevó ningún progreso. Finalmente el analista cayó en un silencio descorazonado. Como que su propia vitalidad y su cohesión quedó minada, entonces esto reverberó en el paciente en un círculo vicioso. Este analista era incapaz de otorgarse el derecho de protestar, aunque fuera interiormente, ante las fallas del paciente en proporcionarle reconocimiento. Sólo con la ayuda de un supervisor pudo empezar a tolerar su desilusión. El problema de este analista con este paciente es uno de los que se podría prestar al tipo de grupo de discusión y apoyo que hemos sugerido.

**Winnicott** (1947) reconoce que el analista, en algunos momentos, odiará al paciente, sobre todo al paciente en regresión (pág. 195)<sup>13</sup>. Considera importante que el analista reconozca este odio en él mismo y tolere el odio del paciente y su ingratitud. **Winnicott** está, en efecto, postulando implícitamente la existencia de necesidades de selfobject en el analista que están siendo profundamente frustradas por el paciente. En nuestra experiencia, si el analista se acomoda al analizante de una forma continuada

para evitar que el paciente experimente un trauma intolerable en la transferencia<sup>14</sup>, el odio engendrado en el analista por la frustración prolongada de sus necesidades de selfobject inevitablemente interferirá en ciertos momentos con la función terapéutica del analista.

Reconocemos que no todos los analistas viven las situaciones adversas como difíciles o descalificadoras. De hecho, algunos analistas se sienten reconocidos o estimulados por el desafío de un encuentro rechazante, tal como les sucede también a algunos pacientes. Las distintas personalidades de los analistas y los distintos abordajes teóricos que estos utilizan, indican la gran variación que existe en sus necesidades de selfobject y en sus expectativas. En la situación psicoanalítica, el número de permutaciones y combinaciones posibles de las necesidades mutuas de selfobject, y de las frustraciones de tales necesidades, puede ser infinito.

**Stolorow y Atwood** (1992) enfatizan en que la investigación empática sostenida debe incluir la reflexión continuada del terapeuta a lo largo de sus procesos subjetivos (como parte del campo intersubjetivo). Nosotros creemos que es conveniente que el analista esté predispuesto a ir “escuchando” los estados de su propio self cuando estos quedan afectados por aquéllos del paciente y por los efectos de los factores externos de su vida.

Sostenemos que los estados del self del analista quedan afectados significativamente por su experiencia de selfobject respecto al paciente. En otras palabras, lo que le permite al analista el llevar a cabo su trabajo terapéutico (es decir, por así decirlo, lo que le permite al analista funcionar) incluye de una manera muy principal, el poder obtener respuestas por parte del analizante que le proporcionen al analista una experiencia de selfobject<sup>15</sup>. El reconocimiento de que es psicológicamente legítimo para el terapeuta tener estas necesidades, y de que su frustración contribuirá a las actuaciones contratransferenciales no sólo alterará nuestras conceptualizaciones del proceso terapéutico sino que también reforzará nuestra capacidad de responder óptimamente a nuestros pacientes.

## Notas

1. Traducción por Ramon Riera.
2. Página 245 de la versión castellana *Análisis del Self*, Amorrotu Editores, Buenos Aires, 1977.
3. Página 238 de la versión castellana *Análisis del Self*, Amorrotu Editores, Buenos Aires, 1977.
4. El concepto de Balint de *amor primario* es similar pero no idéntico a la *transferencia fusional arcaica* de Kohut. En la

transferencia fusional arcaica, el otro es vivido como parte del self. El amor primario no implica necesariamente una pérdida de límites; más bien el objeto es vivido como teniendo necesidades similares o complementarias a las del sujeto (por ejemplo, el bebé vive su necesidad de alimentarse y de ser sostenido como idéntica o complementaria a la necesidad de la madre de alimentar y de sostener al bebé).

5. Basch (1992) considera que la relación de selfobject de tipo alter-ego o gemelar, es básica para las relaciones humanas.

6. Las reacciones contratransferenciales que están en relación con las necesidades del analista pueden ser también colusivas. Esto puede ocurrir cuando el analista tácitamente (o incluso explícitamente) anima al paciente a esperar el cumplimiento (o realización) de las necesidades insatisfechas del mismo analista que se corresponden también con las del paciente. En estas situaciones (que a menudo tienen una motivación inconsciente), el analista se puede vivir a sí mismo ofreciendo más de lo que puede dar. Estas reacciones pueden también ir contra las necesidades terapéuticas del paciente.

7. Página 274 de la traducción castellana: *El médico, el paciente y la enfermedad*, Editorial Libros Básicos, Buenos Aires, 1961.

8. Esta necesidad corresponde a la escisión vertical descrita por Kohut (1977) y al falso self descrito por Winnicott (1960); véase también Bacal y Newman, (1990).

9. De acuerdo con Wolf (1988), “la necesidad de eficacia es la necesidad de una persona de vivir el self como un agente efectivo, es decir, capaz de producir en el objeto una respuesta de selfobject” (pág. 181).

10. El compromiso del paciente con el tratamiento también satisface la necesidad de vinculación a un otro significativo. Una necesidad que es parecida a la necesidad de selfobjects (véase Bacal y Newman, 1990).

11. Gunther (1976) recomienda que el analista utilice una empatía selectiva con él mismo como una manera de controlar sus defensas y sus trastornos. Gunther insiste en que es previsible que el analista se tropiece con dificultades “narcisistas” en la realización de su trabajo. Nosotros estamos de acuerdo con este enfoque. Añadiríamos, sin embargo, que el analizante suministra al analista de forma continuada, funciones de selfobject, y que por tanto si este suministro es frustrado, causará sus efectos en este último.

12. En Hungría, en el Instituto Psicoanalítico de Budapest, ésta era una forma frecuente de supervisión. Cuando Balint emigró de Hungría a Inglaterra, en 1930, ofrecía esta forma de supervisión a los candidatos que tenía en análisis en el Instituto Británico de Psicoanálisis. Supervisaba el primer caso de análisis de los candidatos en las horas de su propio análisis. De esta forma los problemas contratransferenciales del candidato podían ser abordados con una mayor inmediatez, riqueza, y efectividad, que en la forma habitual de supervisión, en la que la contratransferencia del estudiante sólo puede ser mencionada por el supervisor. La Dra S., en efecto, fue ayudada de esta forma.

13. Página 268 de la versión castellana *El odio de la contratransferencia*, en Escritos de Pediatría y Psicoanálisis, Editorial Laia, Barcelona, 1981.

14. Nos estamos refiriendo aquí al trauma que suele ocurrir cuando el analizante regresa a lo patogénico, genéticamente relacionado con las disrupciones actuales de la transferencia; lo que Balint denominó la “falta básica” (Balint, 1968; Bacal y Newman, 1990).

15. Lessem y Orange (1992) sugieren que la mutualidad de experiencias de selfobject va asociada con un creciente y sólido



vínculo de investigación y cura. Es decir, el proceso terapéutico gana en profundidad si el paciente y analista se viven suministrándose mutuamente funciones de selfobject.

## Bibliografía

**Bacal, H. A.** (1985), *Optimal responsiveness and the therapeutic process*. In: Progress in self Psychology, Vol, 1, ed. A. Goldberg. New York: Guilford, pp. 202-226.

-(1994), *The selfobject relationship in psychoanalytic treatment*. In: A Decade of Progress, Progress in self Psychology, Vol. 10, ed.A. Goldberg. Hillsdale, NJ: The Analytic Pres, pp. 21-30.

-and **Newman, K. M.** (1990), *Theories of Object Relations: Bridges to self Psychology*. New York: Columbia University Press.

**Balint, M.** (1937), *Early developmental estates of the ego: Primary object-love*. In: Primary Love and Psycho-Analytic Technique, new and enlarged ed. London: Tavistock, 1965.

-(1964), *The Doctor, His Patient & The Illness*, 2nd ed. London: Pitman.

-(1968), *The Basic Fault*. London: Tavistock.

**Basch, M.** (1992), *Practicing Psychotherapy*. New York: Basic Books.

**Broucek, F. J.** (1991), *Shame and the Self*. New York: Guilford.

**Casement, P.** (1985), *Learning from the Patient*. New York: Guilford.

**Dender, J. M.** (1993), *The phenomena of sleepiness in the analyst*. Presented at the 16th Annual Conference on the Psychology of the self, Toronto, Oct. 31.

**Estrella, C.** (1993), *Optimal responsiveness: An exploration of the subjective and intersubjective experiences of psychotherapists*. Unpublished. Ph.D. dissertation, California Institute for Clinical Social Work.

**Freud, S.** (1910), *The future prospects of psychoanalytic therapy*. Standard Edition, 11:139-151. London: Hogarth Press, 1957.

**Gunther, M. S.** (1976), *The endangered self: A contribution to the understanding of narcissistic determinants of countertransference*. The Annual of Psychoanalysis, 4:201-224. New York: International Universities Press.

**Heimann, P.** (1950), *On countertransference*. Internat. J. Psycho-Anal., 31:81-84.

**Kndler, A.** (1991), *Mirror transference and the need for confirmation*. Presented to the Toronto Psychoanalytic Society, Oct. 9.

**Kohler, L.** (1985), *On selfobject countertransference*. The Annual of Psychoanalysis, 12/13:39-56.

Madison, CT: International Universities Press.

**Kohut, H.** (1971), *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.

-(1977), *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.

**Lessem, P. y Orange, D.** *Emotional bonds: The therapeutic action of psychoanalysis revisited*. Unpublished.

**Lichtenberg, J. D.** (1989), *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

**McLaughlin, J. T.** (1975), *The sleepy analyst: Some observations on states of consciousness in the analyst at work*. J. Amer. Psychoanal. Assn., 23:363-382.

**Moore, B. y Fine, B.** (1990), *Psychoanalytic Terms and Concepts*. Binghamton, NY: The American Psychoanalytic Association & Yale University Press.

**Moraitis, G.** (1993), *The analyst's quest for self-consciousness*. Psychoanal. Inq., 13:333-347.

**Morrison, A.** (1989), *Shame: The Underside of Narcissism*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

-(1994), *The breadth and boundaries of a self psychological immersion in shame: A one-and-a-half person perspective*. Psychoanal. Dial., 4:19-35.

**Rycroft, C.** (1972), *A Critical Dictionary of Psychoanalysis*. New York: Penguin.

**Sandler, J.** (1976), *Countertransference and role-responsiveness*. Internat. Rev. Psycho-Anal., 3:43-47.

**Stolorow, R. D. y Atwood, G. E.** (1992), *Contexts of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Hillsdale, The Analytic Press.

**Sullivan, H. S.** (1953), *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, New York: Norton Library. William Alanson White Psychiatric Foundation.

**Thomson, P. G.** (1991), *Countertransference in an intersubjective perspective: An experiment*. In: *The Evolution of Self Psychology: Progress in Self Psychology*, vol. 7, ed A. Goldberg. Hillsdale, NJ: The Analytic Press

-(1993), *The influence of the analyst's narcissistic vulnerability on his work*. Psychoanal. Inq., 13:348-364.

**Winnicott, D. W.** (1947), *Hate in the countertransference*. In: *Collected Papers of D. W. Winnicott*. London: Tavistock, 1958, pp. 194-203.

-(1960), *Ego distortion in terms of true and false self*. In: *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. London: Hogarth Press, 1965, pp. 140-152.

-(1971), *Playing and Reality*. London: Tavistock, pp. 101-102.





**Wolf, E. S.** (1979), *Transferences and counter-transferences in the analysis of disorders of the self*. *Contemp. Psychoanal.*, 15:577-594.

-(1980), *Empathy and countertransference*. In: *The Future of Psychoanalysis*, ed. A. Goldberg. New York: International Universities Press, pp. 309-326.

-(1988), *Treating the self*. New York: Guilford.

Wurmser, L. (1981), *The Mask of Shame*. Baltimore: Johns Hopkins Press.

