

Un recuerdo psicoanalítico: el analista capacitado e incapacitado por lo que es personal

A psychoanalytic memoir: The analyst enabled and disabled by what is personal

Judy L. Kantrowitz

Boston Psychoanalytic Society and Institute

Artículo traducido y publicado con autorización: Kantrowitz, J. L. (2021) A psychoanalytic memoir: The analyst enabled and disabled by what is personal. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 68(1), 83-100. <https://doi.org/10.1177/0003065120907926>

Descargo de responsabilidad: el artículo utiliza un estilo de citación y referencias distinto al que utiliza *Aperturas Psicoanalíticas*, puesto que es una traducción y se conserva el formato original.

¿Cómo nos convertimos en analistas? En este ensayo presentaré una trayectoria de mi uso del *self* y cómo entiendo las influencias mutuas que mis pacientes y yo hemos tenido a lo largo de mi vida profesional. El uso de mi *self* y las influencias mutuas entre mis pacientes y yo, por supuesto, tienen que ver con el acoplamiento paciente-analista. Creo que nuestro compromiso refleja un proceso de elaboración para mí, así como para cada uno de mis pacientes. Los acontecimientos de nuestras vidas también afectan a quiénes somos como personas, a veces de modos sutiles y otras de forma más significativa. Los cambios en nuestro *self* tienen repercusiones en nuestro trabajo con los pacientes.

Cuando comencé mi formación psicoanalítica en 1968, nos enseñaron que los analistas debían ser "pantallas en blanco". Los pacientes podían proyectar sus dificultades en nosotros y lo harían. Quiénes éramos, nuestros conflictos y nuestro carácter, debían haber sido suavizados en nuestros análisis personales y nuestras personalidades purgadas de la tendencia a aparecer en nuestras consultas. Se suponía que los analistas eran intercambiables. Sé que esto parece una parodia del análisis. También sé ahora que muchos analistas, incluso entonces, no eran así, pero es lo que nos enseñaron. Reconozco que me sentí incrédula. ¿De verdad? ¿Quiénes éramos como personas no entraría en nuestro trabajo con los pacientes? Antes de mi formación, había trabajado principalmente con niños y había sido relativamente libre al utilizar mi *self* de forma intuitiva en el trabajo.

Mi formación analítica clásica me ofreció una disciplina útil frente a mi espontaneidad, pero la idea de que yo, o cualquiera, pudiera atenuarse lo suficiente como

para ser una “pantalla en blanco” desafiaba tanto mi imaginación como mi experiencia personal. La impresión que yo tenía como candidata era que un analista debía escuchar y comprender, pero no influir en cómo se desarrollaba el análisis, más allá de ofrecer *insight*. Esta creencia puede explicar por qué hubo un período en el que reinaba el analista “silencioso”, como si el silencio fuera un estado neutral. Lo que yo hablaba fue disminuyendo a medida que avanzaba en la formación analítica, pero me rebelaba contra la idea de que pudiéramos expulsar de nuestro trabajo quiénes somos como personas.

Pensé entonces, y sigo pensando, que podemos aprender a limitar nuestros juicios sobre cómo vivir una vida. Trabajaremos mejor con algunas personas que con otras debido a quiénes somos, especialmente cuando nuestros conflictos y nuestro carácter se engranen o choquen. Esto es lo que he llamado el acoplamiento paciente-analista, que inevitablemente afecta a la naturaleza y al resultado de nuestro trabajo analítico. Puesto que inevitablemente formamos parte del proceso, tenemos que encontrar la manera de ser conscientes de nuestra influencia sin estar limitados por reglas arbitrarias.

El mundo psicoanalítico ha cambiado desde los años 70, cuando me formé. A principios de la década de 1980, James McLaughlin (1981) escribió sobre las transferencias de los analistas a sus pacientes; Irwin Hoffman (1983) propuso que los pacientes eran intérpretes de los conflictos de sus analistas, y no al revés. Realicé un estudio piloto (Kantrowitz et al. 1989) que demostró que el acoplamiento paciente-analista -el efecto de la superposición de caracteres y/o conflictos- era la variable más relacionada con el resultado analítico. En los 90, había muchos artículos psicoanalíticos sobre lo que llamábamos la contratransferencia del analista y la inevitabilidad de que las características personales del analista contribuyeran a lo que ocurría en un análisis. El péndulo había oscilado. Pronto la persona del analista, en lugar del paciente, se convirtió en el centro de la atención psicoanalítica. Luego, el postmodernismo, en el que la verdad, la objetividad y la subjetividad son puestas en duda, condujo con frecuencia a la “desaparición” del foco en el carácter y los conflictos del paciente o del analista, a medida que ascendía el concepto de “tercero” (por ejemplo, la *reverie* como una co-construcción), oscureciendo importantes distinciones entre el *self* y el otro. La creencia de que una podía mantenerse de forma neutral fuera de la transferencia y la contratransferencia se desvaneció.

Esta clase de dialéctica parece inevitable en nuestro pensamiento. Oscilamos de un lado a otro: un foco casi exclusivo en el paciente, luego un escrutinio central del analista y, finalmente, una fusión de ambos que los hace casi indistinguibles. Aunque no podemos borrar de nuestro trabajo lo que somos como personas, debemos tener cuidado de que nuestros caracteres y conflictos no dominen nuestras interacciones. Necesitamos intentar detectarnos a nosotros mismos cuando nuestras características personales se entrometen, dando lugar a juicios personales, y mitigar su expresión cuando amenazan con oscurecer lo que nosotros y nuestros pacientes estamos tratando de entender. Nosotros, la díada analítica, somos dos personas, cada una con sus propias cuestiones intrapsíquicas, involucradas en una relación interpersonal en un mundo que nos afecta a ambos (aunque el modo en que percibimos ese mundo y nuestro compromiso con él puede ser diferente en algunos aspectos importantes). Hoy en día, muchos analistas -quizás la mayoría- consideran valioso ser más acogedores y transparentes; algunos se implican en un análisis mutuo al estilo de Ferenczi (Wolstein, 1989), lo contrario de lo que me enseñaron en los 70. ¿Cómo negociamos estos límites del *self* y del otro, manteniendo a nuestros pacientes como foco, siendo reales y humanos mientras intentamos no dejar que nuestros juicios y valores se entrometan, mientras ellos tratan de encontrar quiénes son y

quiénes quieren ser? Lo que somos influye en nuestra forma de trabajar. Así que, retomando la acertada frase de Theodore Jacobs, "uso del *self*" (1991), intentaré ilustrar lo que he entendido sobre este concepto en relación con mi trabajo con los pacientes y en relación con la complejidad de nuestro acomplamiento intersubjetivo.

Cómo utilizo mi *self* es algo que ha evolucionado con el tiempo. Siempre es la interacción clínica lo que estimula mi reflexión. En lugar de ofrecer un único ejemplo de caso, presentaré una serie de breves ilustraciones que reflejan diferentes partes de mí en distintos momentos de mi vida profesional. Mi objetivo es mostrar un proceso de cómo utilizo mi *self* y elaboro lo que es estimulado por mis pacientes.

Al principio de mi vida profesional, podría decirse que trabajaba intuitivamente. Intentaba seguir el afecto y el pensamiento de mi paciente y utilizaba mis propios afectos y pensamientos (no siempre tan claros o denominables) que resonaban para formular lo que estaba escuchando. Mi análisis y mi formación analítica me proporcionaron una disciplina que me ayudó a lograr una mayor asimetría, a apartarme más, en lugar de reflejar automáticamente el estado del paciente. La teoría, cuando la encontraba significativa, me ayudó a organizar mi afecto y a ampliar mi pensamiento. Seguí aprendiendo mucho sobre mí misma en el proceso de intentar comprender los conflictos y estados de mis pacientes. Presento este primer ejemplo concretamente para ilustrar el trabajo con un paciente que levantó mi propia represión así como la suya, ya que localicé conflictos similares que parecíamos compartir. Fue a principios de los 70, no mucho después de haber terminado mi análisis de formación, muy al principio de mi carrera. Soñaba repetidamente con un paciente -solo con su imagen. A mi paciente, cuando tenía solo cuatro años, lo habían dejado a cargo del cuidado de su hermano de dos años, que se había caído de una ventana de un segundo piso y había sufrido daños cerebrales permanentes. Su madre lo acusó de empujar a su hermano por la ventana. Mi paciente no creía que lo hubiera empujado, pero sin embargo sentía una intensa culpa, como si lo hubiera hecho. Intenté analizar mi sueño, pero parecía bloqueada en cuanto a su significado. Mi sueño con él -su imagen- se repitió hasta que imaginé que le hablaba del sueño a mi antiguo analista y tuve una imagen de mí misma de pie frente a una casa de verano cuando tenía cuatro años; también recordé el aborto espontáneo de mi madre. En ese momento tuve una intensa conciencia de lo mucho que no quería un hermano. Estos recuerdos del aborto espontáneo de mi madre y de la casa no eran nuevos, pero sí lo eran mi pensamiento y mi afecto asociados. Hasta entonces, había pensado que era simplemente que lamentaba ser hija única. Mi culpa estaba enterrada en esta inversión de mi deseo. Al darme cuenta de ello, pude abordar con mucha más eficacia el sentimiento de culpa de mi paciente. No volví a soñar con mi paciente. Mi sueño con el paciente -una experiencia poco común para mí- había estimulado mi autoexamen. Mis asociaciones me permitieron encontrar una semejanza con mi paciente -nuestro común sentimiento de culpa en relación con las fantasías de hacer daño a un hermano que habían ocurrido a la misma edad. Mi sentimiento de culpa no había sido consciente, mientras que el suyo sí lo era, y yo había tratado de disminuir su culpa -centrándome en su autocrítica- en lugar de analizarla, hasta que descubrí que estaba evitando enfrentarme a la culpa en mí misma. Mi paciente había estado dispuesto a explorar su culpa, pero yo había estado defendiéndome y alejándome de mi propia experiencia de culpa (ver Racker, 1957). Una vez que estuve lista para habitar la mía, compartimos un estado de angustia afectiva que pudimos explorar. Un foco diferente y ampliado en su culpa abrió el camino para explorar sus fantasías agresivas (Kantrowitz, 2009).

A lo largo de los años, aprendí más sobre mis tendencias caracterológicas - tendencias que no me gustaría reconocer- estimuladas por los descubrimientos de problemas de carácter que se solapaban con los de mis pacientes. Los encuentros que implicaban la furia de los pacientes o la percepción de que mí como contenida y mala, me llevaban a mi propia furia y a sentimientos intensos de experimentar como alguien a quien odiaba y temía. Cuando estas experiencias ocurrieron por primera vez, no pensé en términos de identificación proyectiva, aunque la experiencia podría, por supuesto, conceptualizarse así. Mi comprensión de los pacientes que despertaban estos afectos intensos en mí era que estaban exteriorizando una mitad de una relación, en la mayoría de los casos una relación sadomasoquista, la mayoría de las veces conmigo como abusadora sádica. Comprendí que tenía que tolerar estar en este papel para que ellos lo entendieran. No pensaba en ello solo como proporcionando un entorno sostenedor, porque sentía muy agudamente la intensidad del afecto con mis pacientes en nuestras interacciones. Para contener lo que yo sentía, para encontrar una resonancia, necesitaba entender lo que se despertaba en mí: una exploración de los recuerdos afectivos de estar en ambos lados del conflicto.

Por ejemplo, una paciente estaba intensamente preocupada por mí: deseaba llamarme y compartir sus experiencias cotidianas, acompañarme en vacaciones y viajes profesionales, hacerme leer lo que ella leía, ver lo que ella veía. Se había sentido abandonada por su madre, una profesional muy ocupada. El problema para mí en el tratamiento era que se volvía depresiva o paranoide en respuesta a mi interpretación de sus deseos de obtener más de mí. Ella sentía que la rechazaba cuando sus deseos literales no se cumplían. Me sentía presionada; mi reacción era una rigidez ansiosa y airada y el deseo de apartarme. Aunque manifiestamente contenía estas reacciones, estoy segura de que ella percibía mis sentimientos, y esto aumentaba su presión sobre mí. Un día pidió que se me designara en su testamento como tutora de sus hijos. Se daba cuenta de que yo podría considerar esto un conflicto en mi rol, pero como ella estaría muerta, decía, no sería así. ¿Quién mejor que yo podría conocer sus deseos? Sentí la consabida rigidez en mi interior en respuesta a su presión para obtener más de mí, pero al haber pasado mucho tiempo explorando en mi interior lo que se sentía al estar en ambos lados de esos conflictos, la invité a hacer lo mismo. Después de que una larga exploración no nos llevara a ninguna parte, le pregunté cómo respondería ella si una paciente le pidiera esto (mi paciente era también terapeuta). Se quedó muy pensativa, y luego dijo que no querría decir que no; sería hiriente. Pero sería una responsabilidad enorme; realmente no querría hacerlo. Pero sentiría que tenía que hacerlo o haría daño a su paciente. No quería que yo dijera que sí si no quería. Le dije que sabía que ella deseaba que yo quisiera hacerlo, pero que si no lo hacía y decía que no, me había puesto en una posición en la que me percibiría como alguien hiriente para ella de una manera que sabía que yo no pretendía. Tras esta interacción, empezó a reconocer su papel en lo que había experimentado como maldad de los demás. Utilicé la incomodidad que sentía por ser "la mala" para encontrar una forma empática de ayudarla a ver su papel en nuestra interacción.

Fue el concepto de Sandler de receptividad de rol (1976), más que la idea de identificación proyectiva, lo que resonó; él fue muy explícito en cuanto a que para que esto ocurriera tenía que haber algo en nosotros que se enganchara con el conflicto del paciente. Me pareció que las actuaciones (*enactments*) como formaciones de compromiso, a veces más influenciadas por los problemas del paciente y a veces más por los nuestros, tenían mucho sentido. Ofrezco este ejemplo para ilustrar el reconocimiento de mis propias luchas con sentimientos de impotencia y las dificultades para aceptar mis propios límites, un reconocimiento que surgió de mi actuación contratransferencial.

Recuerdo vívidamente un momento, a finales de los 80, en el que una paciente despotricaba contra los límites de la realidad, rechazando aceptar cualquier solución posible a una situación que le causaba un agudo daño narcisista. En una sesión, lo intenté de todas las formas que se me ocurrieron, pero no conseguí que mi paciente obtuviera ningún efecto calmante o de insight. Nuestro tiempo se había acabado, o eso creía yo. Pero en realidad había terminado la sesión diez minutos más temprano. ¡Me sentí intensamente culpable! Pero no solo me sentí culpable. Reconocí que había sido incapaz de tolerar mi propia sensación de impotencia, un sentimiento similar al de mi paciente. Mi paciente había estimulado en mí el mismo sentimiento que ella experimentaba. Mi paciente hacía frente al sentimiento de impotencia teniendo una rabieta, mientras que yo, una vez que salió por la puerta y me di cuenta de mi error, conocí la experiencia familiar de sentirme incapaz de dominar algo y querer levantar las manos. Había lidiado con mi impotencia saliendo de ella, como a menudo fantaseaba hacer sin permitírmelo. Claramente, contener mi propia sensación de impotencia y la de mi paciente había sido más de lo que podía tolerar en ese momento, y nos abandoné a ambas, un claro ejemplo de impacto recíproco.

En las últimas décadas, diría que he sido más activamente consciente de cómo ofrezco mi *self* para ser utilizado por los pacientes. Recibo y acepto las transferencias negativas, me parecen una rica vía de exploración, y no suelo caer en estados de autocrítica por ellas. He llegado a apreciar que con algunos pacientes se externaliza y expulsa no solo la mitad de un conflicto, sino también la mitad de una relación de objeto internalizada. Cuando para el paciente no hay representación de lo que se expulsa, es la capacidad del analista de contener la experiencia consciente del paciente y de empatizar con ella, así como con todo lo que el paciente niega -incluyendo el registro de la subjetividad negada del "otro"- lo que permite al paciente tanto reinternalizar las partes expulsadas y conflictivas como aceptar la propia "otredad". Esta conceptualización surgió del trabajo con pacientes traumatizados cuya desconfianza, furia y sensación de privación puede hacerlos incapaces de tener en cuenta el punto de vista de los demás. Cuando he sido capaz de encontrar un lugar en mí que puede resonar y tolerar la intensidad de sentirme no vista, privada, asustada o abandonada, y el vacío, la codicia, la furia y la necesidad reactivos, podemos encontrar un lugar de encuentro subjetivo y el trabajo puede profundizarse. Pero mi voluntad consciente de dejarme participar con tal maleabilidad a las necesidades de mi paciente no siempre es suficiente.

Una paciente gravemente traumatizada se resistía a todo trabajo en la transferencia y sentía cualquier observación que le hacía como competitiva y denigrante. Cualquier cosa que fuera más allá de la empatía evocaba su ira o su retirada. Yo sabía que estaba asustada y temía la humillación. Las observaciones producían ambas respuestas; ella temía y se resistía a esta experiencia. Finalmente le dije que estaba dispuesta a ir a lugares con sus propios pacientes a los que no estaba dispuesta a ir conmigo. Me dijo que lo entendía como una invitación; estuve de acuerdo en que lo era. No puedo decir realmente que pasó después porque durante el mes siguiente me bombardeó de tal manera que mi mente se paralizó. Intenté todo lo que sabía hacer: tomé abundantes notas después de las sesiones para tratar de obtener perspectiva, hablé con varios colegas sobre lo que estaba pasando, traté de analizar mis sueños. Nada de lo que había aprendido o de lo que le decía a mi paciente cambiaba su agresión contra mí. El contenido parecía menos relevante que la intensidad y su flujo incesante. Finalmente, le dije que solo podía pensar que me estaba comunicando lo que había sido su experiencia mientras crecía. Poco después, dijo: "Basta, estar tan enfadada no es bueno para mí", y detuvo su ataque. Aunque lo intenté, llegué a la conclusión de que no formábamos una pareja facilitadora. Creo que fui incapaz de

tolerar el alcance de su furia. Para sobrevivir, me disocié como ella había hecho en la infancia. Yo tomé su estado, y ella se convirtió en la abusadora de su infancia. Como no pude ofrecerle en mí un lugar de empatía y contención para su estado, la estaba abandonando a ser alguien que odiaba y temía y que no podía tolerar ser. La ruptura se repitió pero no se reparó. Me sentí arrepentida pero aceptando mis límites. Trabajamos juntas durante un tiempo más, hablando algo, pero no adecuadamente, sobre lo que ocurrió entre nosotras, y terminamos el tratamiento varios meses después. Ambas reconocimos que no podíamos seguir trabajando en nuestra experiencia. No he vuelto a saber de ella.

Las conceptualizaciones de conflictos y estados afectivos, cualquier teoría sobre cómo y por qué la gente lucha, nos ayuda a nuestros pacientes y a nosotros a sentirnos entendidos y contenidos, pero eso no es siempre suficiente. Cuando la teoría ayuda, no es solo intelectual. Las ideas llegan a integrarse como parte de nosotros mismos y se usan, entonces, de un modo más espontáneo. No pienso que pueda percibir un proceso de identificación proyectiva y contraidentificación proyectiva con pacientes, aunque creo que la mayoría de las veces reconozco cuando ocurre. Estoy segura de que todo lo que hago está influido por lo que he aprendido a lo largo de los años sobre psicología humana y perturbaciones en los otros y en mí misma. De modo que en un sentido me encuentro a mí misma menos consciente de mí; todavía opero intuitivamente, pero ahora he absorbido mucho cognitivamente y he ganado una mayor modulación afectiva. Parece perfecto hasta que hay una interrupción. Entonces vuelvo al autoescrutinio e intento desenredar lo que ha ocurrido entre mi paciente y yo misma que ha interferido con nuestro trabajo.

Otra consideración sobre cómo utilizamos nuestros *selves* tiene que ver con nuestra actitud sobre la autorrevelación. No me refiero a hablarles a nuestros pacientes de nuestra vida privada -aunque me doy cuenta de que algunos analistas consideran que esta es una forma productiva de trabajar- sino a nuestra disposición a utilizar nuestros propios sentimientos respecto a lo que ocurre entre un paciente y nosotros como un modo de ayudar a los pacientes a reconocer que tienen partes de sí mismos extrañas que les parecen inaceptables y, con ello, ayudarlos a acceder a esas partes. La intimidad de la situación terapéutica permite a los pacientes, cuando son capaces, encontrar una libertad de pensamiento y expresión. Si introduzco mi vida, mi dolor, mis miedos, creo que los distraigo de sí mismos; pueden oír o percibir mi revelación como una demanda implícita de respuesta; nuestro contrato es centrarnos en sus necesidades, no en las mías. Revelar sentimientos profundamente personales en una presentación, o incluso en un artículo publicado, es diferente de revelar directamente a mis pacientes; aunque, por supuesto, las revelaciones en estos formatos, si nuestros pacientes aprenden de ellas, probablemente provocarán muchas reacciones. Cuando era más joven, pensaba que la información real presentaba una interferencia potencial en nuestro trabajo, pero ya no lo creo. No es la información en sí la que interfiere con las transferencias de los pacientes hacia nosotros, aunque dicha información puede retrasar el desarrollo de su uso fantaseado de nosotros para sus necesidades. Pero, por supuesto, revelamos cosas personales todo el tiempo. Nuestros consultorios revelan nuestros gustos. Es evidente cuando estamos enfermos, cansados; cometemos deslices. A veces respondemos a preguntas sobre por qué nos vamos, a dónde vamos y, desde luego, siempre decimos por cuánto tiempo. Hay muchas formas de transmitir información sobre nosotros mismos de las que no somos conscientes. Todo lo que un paciente aprende sobre nosotros puede entenderse en términos de su significado para él. Necesitamos ser capaces de explorar juntos lo que la información ha estimulado en ellos, cómo ha alterado su percepción de nosotros y, si lo ha hecho, cómo creen que esto puede cambiar nuestro trabajo. Esta indagación forma parte de nuestro

trabajo. Internet también ha cambiado qué información personal se puede descubrir. Pero creo que incluso sin esta fácil fuente de búsqueda de datos personales, me sentiría igual. Podemos explorar el significado de cualquier cosa que se sepa sobre mí, pero cuando la información viene de mí, también he introducido el significado de mi narración, un significado que puede que ni siquiera me resulte consciente en ese momento.

Responder cuestiones personales cuando surgen en el proceso de nuestro trabajo juntos es un tema relacionado. Aunque hay ocasiones en que las respuestas pueden ser necesarias, o posiblemente incluso deseables, las respuestas pueden confundir a los pacientes sobre los límites. No soy una analista afectivamente distante, pero he visto demasiados pacientes, y he sabido de otros, cuyos terapeutas no han sido claros sobre su lugar en las vidas de sus pacientes. Pueden asumir múltiples roles. No importa cómo tales cambios de posición o rol sean racionalizados con el tiempo, entrar en relaciones duales, como cuando el analista se vuelve un amigo personal, o, más dramáticamente, cuando el analista entra en una relación sexual con un paciente, es probable que tenga reverberaciones adversas con el tiempo. Trato muchos pacientes que, si no fueran mis pacientes, podrían haber sido mis amigos. Pero siento muy claramente incluso cuando terminamos el tratamiento que mi rol sigue siendo el de su terapeuta o analista, alguien a quien volver si sienten la necesidad.

Aunque quién soy en el mundo puede no ser diferente de quién soy en mis roles profesionales, quién soy para cada paciente está también influido por quién cada paciente necesita que yo sea y así me percibe. Si yo elijo conscientemente presentarme, presentar mis propias necesidades y debilidades, creo que esto podría complicar y confundir lo que mis pacientes se llevan y los duelos que necesitan hacer. Mi yo cotidiano, de fuera de la consulta, puede embrollar este proceso. Quién soy como persona está inevitablemente presente en alguna medida en el trabajo, pero eso es diferente de la elección de introducir activamente estos aspectos personales. Con el tiempo, he llegado a aceptar ver cómo mi propio carácter y mis conflictos, cuando se integran con los de mis pacientes, pueden desempeñar un rol de un modo que yo no deseo que lo hagan. Lamento cuando mi ignorancia hacia algunos temas o mi ceguera ante mis conflictos complica nuestro trabajo, pero me siento menos avergonzada de que ocurran tales intrusiones. Estas interrupciones parecen inevitables de vez en cuando, y aunque no es probable que yo revele el contenido de mis propios problemas, hay veces en que siento que es importante que yo reconozca con los pacientes que he introducido tales complicaciones. A veces las interferencias que limitan nuestro trabajo no son reconocidas hasta muchos años después.

Los eventos en nuestras propias vidas pueden tener un efecto poderoso en nuestro trabajo con los pacientes. A mitad de los 90 sufrí una pérdida en mi vida personal que afectó enormemente a mí y a mis pacientes. Mi pérdida tuvo reverberaciones tanto dentro como fuera de mi trabajo analítico; me capacitó y me incapacitó al mismo tiempo. Hace 21 años, de vacaciones en el sur de Francia, mi marido y yo volvíamos a nuestro hotel imaginando muchos más días gloriosos por delante. Cuando entramos en nuestra habitación, estaba sonando el teléfono. Lo cogí yo y escuché a nuestro hijo de 26 años decir, “Mamá, tengo malas noticias. Tengo un tumor cerebral”.

Volamos a casa al día siguiente. Nuestro hijo mayor estaba ya a su lado. Nuestra hija, que estaba de safari en África, no estaría disponible durante algunos días. Nuestro hijo fue operado dos días después. El diagnóstico fue un astrocitoma. El tumor fue reducido, pero no pudo ser completamente eliminado; se solapaba con sus funciones motoras. Cuando se reunió con nosotros esa noche en Francia, mi marido, que es médico

y muy inteligente, dijo: “Va a morir”. Supe que debía ser verdad, pero no podía, no aceptaría vivir emocionalmente con esa realidad. Él era demasiado joven. Nosotros éramos demasiado jóvenes. Tenía que tener esperanza, por nuestro hijo, por mí, para seguir viviendo y encontrando placer en el tiempo que él tuviera. Me aferré claramente al pensamiento: “Tiene que haber un momento en que alguien encuentre una cura para este tumor cerebral. Quizá sea ahora. ¿Cómo puedes saber que no lo es?” Esta es la duplicidad de saber y no aceptar lo que sabes. ¿Cómo sostienes la esperanza, el optimismo sobre un futuro, cuando las razones te dicen que no existe?

Era primeros de agosto. No tenía programado ver a mis pacientes de nuevo hasta dentro de más de un mes. Así podría atender a las visitas a sus doctores y estar al lado de nuestro hijo cuando él empezara las sesiones de radiación, todo sin cancelar citas con pacientes o considerar lo que les diría o no a ellos. Seguramente, intenté decirme a mí misma, los doctores no planificarían todo esto si no hubiera esperanza, incluso aunque sabía que siempre se hace todo lo posible, que los doctores estaban procediendo como si fuera verdad aquello a lo que yo me aferraba: que aún podía existir una posibilidad de que él pudiera curarse.

En las semanas que siguieron, empecé a pensar en mis pacientes y las interrupciones en mi agenda. ¿Qué podría decirles a mis pacientes, si es que les iba a decir algo? Sabía, y todavía creo, que en el caso de que yo estuviera enferma, les hablaría de mi enfermedad. He sido testigo de demasiados colegas que no informaron a sus pacientes sobre enfermedades serias, con frecuencia amenazantes para su vida. Algunos de esos analistas -muchos eran mayores, pero no todos- murieron sin una oportunidad de decir adiós, dejando a sus pacientes sorprendidos y despojados. Incluso cuando la muerte no es el resultado, los pacientes luchan con lo que ellos piensan que perciben como cambios en sus analistas, preocupándose por si podrían o deberían hablar de ello, con el peso no solo de sus propias preocupaciones y ansiedades por su analista, sino también ansiosos sobre poder ser intrusivos, exacerbando las preocupaciones por sus analistas, especialmente a medida que estos envejecen. Pensé que si yo fuera la analista que estuviera seriamente enferma, querría tratar con el efecto de mi enfermedad y posible muerte sobre mis pacientes. ¿Pero sería lo mismo para ellos y para mí afrontar la enfermedad que amenazaba la vida de mi hijo? ¿Qué percibirían mis pacientes en mí? ¿Cómo cambiaría nuestro trabajo juntos?

Pensé en cada uno de mis pacientes: sus historias, sus vulnerabilidades, sus relaciones y transferencias hacia mí. Tenía la suerte de que en esa época la mayoría de mis pacientes eran personas con las que yo había trabajado un periodo de tiempo considerable y estaban implicadas en un trabajo intensivo. Los conocía bien. Cuando pensé en cada uno de ellos, decidí que habría tiempo en el futuro para tratar con el significado que la enfermedad de mi hijo tendría para ellos -de nuevo un reflejo de mi “saber” el resultado de su enfermedad mientras que simultáneamente rehusaba aceptarlo. Pero una paciente me hizo hacer una pausa. Su visión de mí era con frecuencia la de verme retirada y distante, tal como ella había experimentado a su madre. ¿Sería peor para ella saberlo por otros en lugar de saberlo por mí? Pero cuando consideré su respuesta, reconocí que mi idea de contárselo era un modo de protegerme de su rabia, la cual era probable que ella intentara ocultar. Pero yo la conocía bien y pensaba que sería capaz de ayudarla a traerla a la superficie. Mientras más pensaba sobre ello, sin embargo, más pensaba que debería intentar proteger todos los tratamientos de mis pacientes el tiempo que pudiera. Sabía que necesitaría estar vigilante y atender a aquello de lo que pudieran no ser conscientes, o a lo que no estuvieran dispuestos a arriesgarse a ver o decir si

sospechaban que algo iba mal, o de hecho lo supieran. Intentar proteger a mis pacientes de la realidad que yo estaba afrontando, hacerlo fácil para ellos, para mí, todo, me daba cuenta, era tan imposible como salvar a un hijo. En algún nivel, ellos irremediabilmente registrarían mi estado cambiado y alterado.

Y entonces empecé a reconocer que quería y sentía la necesidad de preservar mi espacio de trabajo para mí misma. Quería que fuera un respiro de la ansiedad y el dolor de los que yo me estaba defendiendo con una ilusión de esperanza. Yo podía estar ahí para nuestro hijo, sosteniéndolo y amándolo, pero no podía ser realmente eficaz ayudándolo, cambiando la realidad angustiada de que era probable que él muriera. Reconocí mi trabajo como un lugar en el que yo no estaba desamparada y donde podía ser eficaz ayudando a otros. No podía saber si podría evitar que mis pacientes conocieran la realidad de la enfermedad de nuestro hijo. No planeaba mantenerlo en secreto para mis amigos y colegas. Las relaciones me traen confort. Muchas de las vidas de mis colegas y amigos se solapan con las de mis pacientes; yo no quería imponerles una sensación de secreto sobre nuestra vida, pero ¿podrían ellos preservar mi privacidad? ¿Y si no lo hicieran? Ya me las arreglaría más adelante. Con estas consideraciones, decidí que no se lo contaría a mis pacientes. A lo largo de mi carrera como psicoanalista he convertido a un colega-amigo en un oído para mí, para que procese conmigo lo que ocurre en mis sesiones con mis pacientes, para que escuche lo que yo podría estar perdiéndome. Ahora sentía una aguda necesidad de que me dijera si yo estaba ocultándome a mí misma la angustia que mis pacientes podrían estar percibiendo en mí o expresando ellos mismos. Tener una escucha externa me dio un modo de sentir que podía confiar y podía autoengañarme menos. Estaba afligida por nuestro hijo, pero me sentía más decidida sobre cómo abordaría mi trabajo.

En la primera sesión de mi primer día de vuelta, una paciente me dijo que le habían hablado sobre la enfermedad de mi hijo a principios de agosto. Tanto planificación cuidadosa para esto. La persona que se lo contó no tenía idea de que estaba hablando con una paciente mía; era simplemente compartir la trágica realidad de la vida de alguien que formaba parte de la comunidad del paciente. Mi paciente me dijo: "Siento mucho haberme entrometido en tu vida". Yo le respondí: "Al contrario, mi vida se ha entrometido en tu análisis". Pero, por supuesto, no era al contrario. Me di cuenta de que ambas cosas eran ciertas y en realidad inseparables. No me importaba que ella conociera la información de mi vida, pero sabía que era probable que fuera una carga que requiriera una mayor vigilancia por mi parte en nuestro trabajo. Rápidamente perdí la ilusión de que podría preservar mi trabajo como un lugar para escapar de mis preocupaciones sobre mi hijo. Sabía que mi paciente tenía una relación bastante estrecha con otra paciente y preveía que ella también conocería pronto mi situación. Así que se lo conté impetuosamente a esta otra paciente, pensando -pero sin pensarlo realmente- que sería preferible que la información viniera de mi parte. Resultó que la primera paciente nunca se lo contó a la segunda, por lo que había agravado mi propia necesidad de escrutinio extra: ahora dos pacientes, no solo una, sabían que mi hijo tenía un tumor cerebral y que tenían una analista que estaba en estado de ansiedad y dolor, aunque pudiera intentar dejarlo de lado en el contexto del trabajo analítico. Intentar trabajar, dejar mi angustia a un lado, era mi forma de gestionar mi dolor.

Yo tenía hijos analíticos adultos que estaban físicamente sanos, a quienes yo esperaba poder ayudar a que crecieran y desarrollaran lo mejor de sí mismos. Yo quería, necesitaba, traer mi mejor y más efectivo *self* a nuestro trabajo analítico, no estar pensando y sintiendo el temor de la pérdida inminente de nuestro hijo. Yo sabía que tenía

que estar alerta a señales de que mis pacientes intentaran evitar sus preocupaciones por mí y mis preocupaciones por mi hijo, pero que también debía evitar leer lo que dijeran o no dijeran como pensamientos sobre mí o sobre él cuando no estuvieran presentes. Yo había complicado sus transferencias y sus tratamientos. Cuando la segunda paciente terminó el análisis, me disculpé por haber añadido este peso a nuestro trabajo.

Después de un periodo de remisión, el tumor de nuestro hijo recurrió. Yo continué intentando mantener mi trabajo como un respiro. Hablé con dos amigos-colegas sobre lo que estaba pasando con mis pacientes y conmigo. Yo estaba intentando examinarme a mí misma, pero no confiaba en no estar engañándome. No solo quería continuar creyendo, contra todo pronóstico, que nuestro hijo podría sobrevivir; también quería, necesitaba, creer que aun podría ser eficaz en mi trabajo. Analicé mis sueños en los que el miedo y el dolor se entrometían, trastocando mi necesidad de dominio. Mi marido respetaba mis defensas y no continuó imponiéndome su realismo; a veces, de hecho, creo que se sentía reconfortado al unirse a mí en pensar y esperar que el siguiente tratamiento funcionase. Mis amigos íntimos -algunos de ellos colegas, otros no- aportaron apoyo de muchas formas, empatizando con mis estados de ánimo, con aquello de lo que yo quería hablar, y con aquello de lo que no. Pero por supuesto, alguno no mantuvo esta sensibilidad y así, unas pocas amistades no sobrevivieron al estrés de la enfermedad de mi hijo. Esas fueron otras pérdidas. Pero la mayoría de mis amigos me proveyó de una fuente de apoyo, ayudándome a estar disponible para nuestro hijo y para mi trabajo con mis pacientes.

Nuestro hijo murió algo menos de cuatro años después del momento de su diagnóstico. Una semana después de que cumpliera treinta y uno. Cuando tienes un tumor cerebral, al contrario que en otros tipos de cáncer, no hay dolor. Él se volvió cada vez más disminuido y pasó los últimos meses de su vida en una residencia cerca de nosotros donde lo visitábamos varias veces el día. Nuestro hijo era periodista, así que cuando él murió, mis pacientes fueron informados no solo por gente de la comunidad analítica, sino también por un amplio obituario en el *Boston Globe*, el periódico más prominente de la prensa local, narrando los hechos de su vida, demasiado breve pero aventurera. Su funeral fue una celebración de esa vida, con personas contando historias de sus travesuras -como hacer diez viajes de ida y vuelta en el transbordador aéreo de Nueva York en un único fin de semana para ganar un viaje gratis a Europa. Era un personaje, y nuestros recuerdos de él todavía nos hacen reír y nos brindan disfrute. Aparte de las dos pacientes que sabían de su enfermedad, resultó que ninguno de los demás lo había sabido. Mis colegas habían protegido mi privacidad -los pacientes, yo y nuestro trabajo- y sin embargo... no sé lo que ellos pueden haber sabido sin saberlo conscientemente.

Cuando volví a trabajar algunas semanas después, todos mis pacientes sabían la razón de mi ausencia; habían sido informados de ello por un colega. Expresaron su tristeza por mí. Pero la muerte de un hijo desafía todas las expectativas; las respuestas eran diferentes a las de la muerte por un padre anciano, una secuencia más esperable emocionalmente. Con cada paciente, yo sentí que continuaba necesitando permanecer vigilante a lo que él o ella podría estar evitando. Al mismo tiempo, también estaba intentando no poner el foco en la enfermedad de mi hijo y mi angustia cuando eso no estaba allí. Creo que para algunos de mis pacientes la muerte de mi hijo les hizo más difícil terminar. Quizá sentían una necesidad de estar conmigo, posiblemente, como reemplazo de mi hijo. Y yo intentaba estar alerta a monitorizar mi deseo de mantenerlos.

Cuando estoy afligida, infeliz o confusa -cualquier estado emocional perturbador- escribo. Escribir me ayuda a clarificar lo que me pasa. Los sueños traen a mi atención

facetas inconscientes de mí misma, escribir me ayuda a ordenarlas. Pero no escribí sobre mi hijo entonces, no hasta ahora. Me dije a mí misma que no quería usarlo de ese modo: es cierto que podía haber escrito solo para mí misma. Pero no lo hice. En lugar de eso continué volcándome en mi trabajo, y mi marido hizo lo mismo. Hablamos mucho juntos sobre nuestro hijo, recordamos historias sobre él que nos hacían reír; lo echábamos de menos terriblemente, y eso fue un modo de mantenerlo presente. Hablé sobre él con otros, de modo que no era que me distanciara de pensamientos o sentimientos sobre él. Pero no volví a escribir.

El duelo, el dolor, toman formas muy diferentes. Empecé un proyecto de exploración de cómo los analistas piensan sobre sus pacientes y eligen escribir sobre ellos. Entrevisté a 140 analistas y me llevó varios años reunir el material. Entonces un colega-amigo me preguntó, “¿Por qué haces este proyecto? No es algo sobre lo que tú normalmente pienses o escribas”. Yo no me había hecho esta pregunta; simplemente lo estaba haciendo. Instantáneamente, supe la respuesta. Mi hijo era periodista, preferentemente periodista de investigación. Yo estaba inconscientemente continuando su vida, viviendo su rol en mi investigación. Había encontrado otro modo de mantenerlo vivo. La conciencia de esto trajo lágrimas a mis ojos.

Aproximadamente unos 8 años después de la muerte de mi hijo, una antigua paciente mía volvió. Había estado en análisis conmigo cuando era una joven adulta a finales de la década de sus 20 y principio de sus 30, la etapa de la enfermedad y muerte de mi hijo. Había habido entrevistas ocasionales en esos años, pero ahora ella volvía porque estaba asustada por la emergencia de una hostilidad que no sabía como contener. A la vez estaba sorprendida y no entendía su rabia desregulada. Trabajamos durante algunos años conectando partes de sí misma, sus relaciones, de afectos que ella había disociado y conocía que describió como “rayas separadas”. Nuestro trabajo fue intenso y demandante, gratificante para ambas. Habíamos empezado a hablar sobre terminar cuando repentinamente se le diagnosticó un cáncer de páncreas, una enfermedad que estadísticamente le daba de dos años más vida, si acaso. Yo estaba desconsolada. Mi hija analítica, a quien yo había conocido en sus treinta años - ¿cómo podía morir? Ella había trabajado tan duramente, era tan vital, tan viva, ¡tanto más joven que yo! ¿Cómo podía suceder esto? Y aunque yo sabía que el tiempo esperado de supervivencia era simplemente una estadística, ahora me resultaba difícil volver a confiar de todo corazón en la esperanza de una cura médica. Pero había trabajo que hacer para nosotras -y pienso que quería mantenerla cerca, ayudarla como pudiera. Habíamos explorado las vicisitudes de su agresión y su miedo de ser destructiva, y ahora ella estaba aterrorizada de haberse traído esta enfermedad a sí misma. Mantuve nuestra tarea de desenredar sus fantasías sobre su poder y su impotencia, intentar ayudarla a que viviera tan plenamente como pudiera mientras pudiera. Aunque mi paciente no había estado en tratamiento durante la época de la enfermedad de mi hijo, ella sabía que había muerto y ahora su muerte estaba reviviéndose en su tratamiento. Tenía miedo de que me hiciera alejarme, de que me hiciera pensar en la muerte de él y en mi propia muerte, de que yo no quisiera estar con ella, trabajar con ella. Temía que todo lo que ella me traería serían recuerdos de dolor y, por mucho que lo deseara, no creía realmente que yo pudiera protegerla de la muerte. Si yo tuviera esos poderes, habría salvado a mi hijo. Entonces, ¿de qué se trataba? Sin embargo, ella sabía que quería estar conmigo, para expresar su miedo, su ira, sus remordimientos. Ella tenía un buen matrimonio y sus hijos vinieron para estar con ella, mostrando su preocupación y su amor. Lloró con una nueva sensación de intimidad. Se había sentido no vista por su madre y era intensamente autocrítica por no atender

suficientemente a sus propios hijos. Solamente en sus horas conmigo se sentía libre para decir todo esto.

Sus miedos y pensamientos sobre la muerte reavivaron en mí la esperanza y la desesperación de aquellos años de acompañamiento a nuestro hijo en su tratamiento. Yo luchaba por mantener mi foco en ella, pero por supuesto estaba inevitablemente también en él, mi hijo perdido. Mi duelo revivió y se intensificó. La pérdida se compone de pérdida. Y ahora, por supuesto, yo era también mayor. Aunque tenía salud y energía, yo también pensaba en mi propia muerte.

Antes de cada escáner trimestral, a mi paciente la superaba la ansiedad; ella no podía aliviarlo anticipando una recurrencia. Su cáncer había sido diagnosticado temprano y se esperaba que la quimioterapia y la radiación redujeran su tumor, pero la probabilidad estadística de su supervivencia era muy pequeña. Yo me sentía como si estuviera reviviendo el proceso de tratamiento de mi hijo; sabía que tenía que contener mi ansiedad para ayudarla a contener la suya propia. A ella le fue bien, retomó la docencia a tiempo parcial, y empezó un ambicioso estudio de investigación. La frecuencia del escáner disminuyó a cada seis meses. Estábamos trabajando juntas duramente en el análisis. Fuera lo que fuera que ocurriera, ambas sabíamos que estábamos viviendo este trabajo tan plenamente como podíamos. En el fondo para mí, sin embargo, había tristeza a la vez que placer, porque no podía permitirme a mí misma creer plenamente que su caso podría terminar de modo diferente, que ella no moriría mientras que yo seguía viva.

Pero con el tiempo, puesto que sus escáneres estaban limpios, su energía se recuperó; tres años después del fin de su tratamiento, parecía que estaba curada. Sentí que era un milagro para nosotras dos. Nos preguntamos si ella estaba lista para pensar en terminar el análisis. Primero dijo que no, pero después lo reconsideró; quizá era el momento. Habíamos hecho esto antes, pero esta vez fue diferente. Ambas éramos mucho mayores ahora. Ella no podía estar segura de que yo estaría ahí si ella quería volver. Yo soy más de diez años mayor que ella. Ella realmente sabía ahora que cualquier cosa podía ocurrir. Y si ella no estaba ahí conmigo, ¿cómo podía estar segura de que yo estaba bien? Y por supuesto, algún día yo no estaría, y ¿cómo podría ella saberlo? ¿Cómo podría ella dejarme? ¿Y cómo podría yo no soportar no saber cómo seguían su salud y su vida? Ella es mi hija analítica, pero no es mía para mantenerla. ¿Cómo terminamos con pacientes nuestros que han crecido en nuestra presencia? Con nuestros hijos en la vida real, cuando somos afortunados, conocemos y podemos compartir sus vidas adultas, pero a nuestros pacientes tenemos que dejarlos ir y puede que nunca sepamos de su futuro. Pero ella me había hecho una pregunta: si ella no estaba aquí conmigo, ¿cómo podía estar segura de que yo estaba bien? Le dije que tenía una lista de mis pacientes y su información de contacto que yo dejaría a un colega, y ella está en esa lista. Si -cuando- algo malo me pasara, mi colega se lo haría saber. “¿Pero y si estás enferma?”, preguntó ella, “Me gustaría saberlo. ¿Me llamarías?”. Las lágrimas están ahora asomando a mis ojos. Yo digo “Si puedo”. Ella llora. El realismo nos conmociona a las dos.

Cuando nosotros, cuando nuestros pacientes, terminan un tratamiento significativo, hacemos el duelo por la pérdida del contacto continuado, pero no perdemos lo que hemos encontrado en nosotros mismos y en el otro: cómo la relación nos ha cambiado a cada uno de nosotros. Cuando muere una persona amada en nuestra vida, las ondas de lo que perdemos son de más largo alcance. Para mí y para mi marido, nuestro trabajo, nuestra capacidad de ser útiles para otros, el foco en ellos más que en nosotros mismos, nos parecieron modos de afrontarlo. Pero me doy cuenta de que siendo analista,

yo estaba también manteniendo a mi hijo conmigo, inicialmente trabajando contracorriente de mi propia tristeza preocupante a través de la inmersión en las luchas de los otros, intentando monitorear cómo y cuándo mi dolor limitaba mi participación, reconocer cuándo mis pacientes estaban intentando protegerme y limitándose a sí mismos; después, me reintroduje más plenamente en mi experiencia de ansiedad, dolor y miedo ante la muerte inminente con la enfermedad potencialmente mortal de mi paciente.

Cuando presenté este artículo en el coloquio de la William Alanson White Society, Ruth Imber, en su discusión, preguntó si mi libro de 2014 *Myths of Termination: What Patients Can Teach Analysts about Endings* (Mitos de terminación: lo que los pacientes pueden enseñar a los analistas sobre los finales) fue también parte de mi proceso de duelo. Similarmente, cuando la pregunta que mi colega había hecho consciente del vínculo entre mi libro *Writing about Patients* (Escribir sobre pacientes) (2006) con mi duelo por la muerte de mi hijo, fui inmediatamente consciente de que por supuesto eso era así. Entrevistar a antiguos pacientes sobre el fin del análisis y las ramificaciones en el tiempo me hizo capaz de entrar vicariamente en sus experiencias de dolor y asimilación del significado que esta importante relación tuvo para ellos, lo que mantenían vivo en sí mismos cuando su analista ya no eran parte de sus vidas diarias; lo que conservan y a lo que han renunciado y perdido. La experiencia de pérdida de alguien amado es simultáneamente una experiencia única y universal. Podemos encontrar confort en unir nuestra soledad existencial. Tanto mi trabajo con pacientes como mi escritura me proveyeron de ese confort. Me sentí afortunada y agradecida de haber encontrado una profesión que satisface tanto.

En el trabajo analítico, el *self* personal y profesional no siempre pueden diferenciarse claramente del modo en que me enseñaron hace cincuenta años. Pero creo que mantener nuestra atención en las necesidades, ansiedades y conflictos centrales de nuestros pacientes, e intentar mantener una neutralidad cuando nuestros propios conflictos, actitudes y valores se ven desafiados, para atender a otro sin imponernos a él, es una responsabilidad analítica. Que ganemos personalmente -creciendo emocionalmente a través de nuestro trabajo con pacientes- es un beneficio añadido, pero necesitamos ser cuidadosos con no dejar que este autobeneficio domine nuestro trabajo.

En este ensayo he intentado transmitir mi comprensión del rol del analista en el proceso del trabajo analítico: decisiones conscientes sobre qué revelar y qué no, conciencia de la inevitabilidad de intrusiones preconscientes e inconscientes, y compromiso en mantener el foco en las necesidades y conflictos del paciente. Pero, incluso cuando intentemos encontrar modos de modular y hacer uso de nuestras intrusiones cuando estas ocurran, sabemos que es inevitable que lo personal invada. Tener un observador externo como un par supervisor, suma a lo que nosotros podemos ver. Esto es lo mejor que una puede hacer, pero no impide nuestra potencial ceguera. Así el placer y el dolor de nuestro trabajo inevitablemente continúa, como nuestra responsabilidad de mantenernos a la vez dentro y fuera del proceso.

Referencias

- Hoffman, I. Z. (1983). The patient as interpreter of the analyst's experience. *Contemporary Psychoanalysis* 19:389–422.
- Jacobs, T. J. (1991). *The Use of the Self: Countertransference and Communication in the Analytic Situation*. New York: International Universities Press.

- Kantrowitz, J. L. (2006). *Writing about Patients: Responsibilities, Risks, and Ramifications*. New York: Other Press.
- Kantrowitz, J. L. (2009). Privacy and disclosure in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 57:787–806.
- Kantrowitz, J. L. (2014). *Myths of Termination: What Patients Can Teach Psychoanalysts about Endings*. New York: Routledge.
- Kantrowitz, J.L., Katz, A.L., Greenman, D.A., Morris, H., Paolitto, F., Sashin, J., & Solomon, L. (1989). The patient-analyst match and the outcome of psychoanalysis: A pilot study. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 37:893–920.
- Mclaughlin, J. T. (1981). Transference, psychic reality, and countertransference. *Psychoanalytic Quarterly* 50:639–664.
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly* 26:303–357.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *International Review of Psychoanalysis* 3:43–47.
- Wolstein, B. (1989). Ferenczi, Freud, and the origins of American interpersonal relations. *Contemporary Psychoanalysis* 25:672–685.