

24.62



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**"LA CONTRARRRESISTENCIA COMO ELEMENTO
OPERATIVO EN LA DINAMICA DE LA
CONTRATRANSFERENCIA"**

TESIS PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A :
MARGARITA R. GASQUE MORALES**

MEXICO, D. F.

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	2
CAPITULO I	
PREMISAS RELEVANTES AL CONCEPTO DE	
CONTRARRESISTENCIA	8
CAPITULO II	
LA TRANSFERENCIA	44
CAPITULO III	
LA CONTRATRANSFERENCIA	80
CAPITULO IV	
LA RESISTENCIA	100
CAPITULO V	
LA CONTRARRESISTENCIA	155
RESUMEN GENERAL	183
CONCLUSIONES	207
BIBLIOGRAFIA	210

"El psicoanálisis es en la actualidad la única psicología cuyo objetivo exclusivo y característico es el estudio de lo que el hombre tiene de humano."

G. Devereux

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación se ha desarrollado sobre los terrenos teóricos del psicoanálisis.

En las investigaciones psicoanalíticas más recientes, el papel del psicoanalista dentro de la situación analítica, ha sido el punto de atención desde diversos enfoques.

El analista ha sido integrado a la situación observacional en la medida en que participa en una relación recíproca con su paciente a lo largo del proceso psicoanalítico.

Ha dejado de estudiarse exclusivamente al paciente y sus procesos; para incluir también los procesos del analista y sus efectos consecuentes.

Es así como el estudio de las reacciones contratransferen-

ciales, establece la pauta para una mejor comprensión del analizando.

La tesis propone el concepto de contrarresistencia para de finir la situación terapéutica en la que el psicoanalista establece una relación inconsciente frente a la persona del analizado, específicamente frente a la resistencia de éste y que consiste en responder con otra resistencia, coadyuvando así a la resistencia del paciente y provocando una desviación en el curso de la terapia.

La contrarresistencia se constituye como un elemento operativo en la dinámica de la contratransferencia, al ser parte de la reacción contratransferencial del analista, pero específicamente a la resistencia del paciente.

El concepto contrarresistencia, es efecto del proceso deductivo dado a partir de la relación conceptual que existe entre transferencia y contratransferencia, prevaleciendo una relación similar entre resistencia y contrarresistencia.

El término contrarresistencia es ya mencionado por Green--son (1980), aunque únicamente en forma ilustrativa:

"Es importante además no coadyuvar a la resistencia del paciente empleando el mismo género de re

sistencia que él. Si está callado, uno debe tener cuidado de que el silencio propio no sea una contrarresistencia."

(Greenson 1980, p. 129).

Para la definición del concepto de contrarresistencia, se ha partido de la definición de Laplanche y Pontalis (1979) de contratransferencia:

"Conjunto de relaciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste."

(Laplanche y Pontalis 1979, p. 83).

De lo anterior se deriva: contrarresistencia; es la relación inconsciente que el analista establece frente a la persona del analizado, específicamente frente a la resistencia de éste y que consiste en coadyuvar a la misma.

El término contrarresistencia implica, a través del prefijo "contra", una respuesta a la resistencia del paciente.

El objetivo de la tesis es proporcionar los elementos teóricos necesarios para detectar con precisión la situación de contrarresistencia; que como elemento operativo en la dinámica de la contratransferencia, interviene inevitablemente en el --

proceso psicoanalítico. Esta afirmación se plantea como premisa a ser fundamentada.

Para la consecución de este objetivo, se presenta el desarrollo teórico de los conceptos de: transferencia, contratransferencia, resistencia y contrarresistencia, con la siguiente -- sistematización aplicada a cada uno de ellos:

- 1) Definición conceptual
- 2) Definición dinámica
- 3) Otros autores
- 4) Mecanismos de operación
- 5) Indicadores
- 6) Consecuencias

El trabajo está integrado por cinco capítulos:

El primero presenta las premisas relevantes al concepto de contrarresistencia. Se ha partido de que la contratransferencia es considerada como una herramienta terapéutica y como tal, el dato de importancia más decisiva en la ciencia del comportamiento. Se expone la existencia de las resistencias contratransferenciales y las distorsiones consecuentes a la subjetividad ineludible del analista. Se pone de manifiesto la reciprocidad que existe entre observador y observado; y se plantea la importancia del autoescrutinio del analista como el camino hacia la objetividad y la autenticidad del conocimiento.

El segundo capítulo presenta la exposición teórica del -- concepto de transferencia, analizado desde las perspectivas -- conceptual, dinámica y operativa dadas por Freud; incluye las aportaciones más importantes de otros autores, se precisan sus indicadores y se describen sus consecuencias.

El tercer capítulo expone la teoría del concepto de con-- tratransferencia; se define conceptual y dinámicamente. Los - mecanismos con que opera la contratransferencia son ilustrados con tres ejemplos clínicos. Las aportaciones teóricas de otros autores son descritas en el capítulo primero, dado que forman parte de la evolución del concepto que integra una de las pre-- misas principales. Se precisan sus indicadores y se describen sus consecuencias.

El cuarto capítulo presenta el concepto de resistencia, se define conceptual, dinámica y operativamente; se incluyen las aportaciones de otros autores. En este capítulo se exponen -- los mecanismos de defensa descritos por Fenichel, y se establece una relación funcional entre resistencia y diversas formas defensivas detalladas por Anna Freud. Se precisan sus indica-- dores y se describen sus consecuencias.

En el quinto capítulo se desarrolla el concepto de contra-- resistencia. Se define conceptual, dinámica y operativamente.

Las alusiones de otros autores con respecto a la contrarresistencia, son mencionadas a lo largo de la obra en los lugares pertinentes. Se precisan sus indicadores y se describen sus consecuencias.

Se presentan algunos ejemplos clínicos de la aparición de la contrarresistencia en la situación analítica.

Finalmente se presentan las conclusiones a las que se llegó, a través de la evolución de este trabajo.

CAPITULO I

PREMISAS RELEVANTES AL CONCEPTO DE
CONTRARRESISTENCIA

Al señalar que la contrarresistencia es un elemento operativo en la dinámica de la contratransferencia, se plantea la necesidad de estudiar cuidadosamente la evolución teórica del concepto; así como también las posturas que ostentan diversos autores con respecto al manejo de la contratransferencia en la situación analítica.

Inicialmente se pensaba que la contratransferencia constituía un obstáculo para el desarrollo de la terapia; pero posteriormente es ya considerada como un valioso instrumento del análisis.

Es esta afirmación, la primera premisa a partir de la cual se estructura este trabajo.

1.- LA CONTRATRANSFERENCIA COMO INSTRUMENTO TERAPEUTICO.

Para desarrollar el concepto de contratransferencia en la psicoterapia, se partirá de la definición de Laplanche y Pontalis.

Contratransferencia:

" Conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste."

(Laplanche y Pontalis 1979, p. 83)

Ongay (1982) realiza un estudio en el que sitúa a varios autores en dos posturas diferentes con respecto a la contratransferencia; la primera es la Posición Clásica, en la que la contratransferencia es considerada como un proceso indeseable en el curso de la psicoterapia, ya que constituye un obstáculo para el sano desarrollo de la misma y por lo tanto había que evitarla.

Mientras que los autores de la segunda postura, la Posición Interaccional, señalaban que además de ser la contratransferencia un proceso inevitable, había posibilidades de que fuera útil en el curso de la psicoterapia.

A continuación se presentará un breve resumen de los - -

principales autores que ostentan una u otra postura, así como de sus principales aportaciones teóricas al concepto en cuestión.

La Posición Clásica:

(La contratransferencia como una dificultad en el proceso psicoanalítico).

Para Freud (1910) la contratransferencia constituye un obstáculo para el buen curso del tratamiento psicoanalítico.

Ferenczi (1919) hablaba del "dominio de la contratransferencia", sugiriendo que el analista debe controlar su propia actitud hacia el analizado, y corregirlo cuando sea necesario.

Mencionaba también la resistencia a la contratransferencia como una circunstancia extrema en la que el terapeuta muestra una actitud repelente y de indiferencia hacia el paciente.

Para Ferenczi, las expresiones contratransferenciales del analista son manifestaciones de psicopatología no resuelta.

Stern (1924) señala que la contratransferencia es una respuesta a la transferencia del paciente, que la contratransferencia es una transferencia en sí misma y añade que muchas de las fallas técnicas del psicoanálisis, son ocasionadas por la contratransferencia.

Sharpe (1947) identifica las condiciones que pueden contribuir a crear dificultades contratransferenciales, tales como

no: la agresión oral, las introyecciones patológicas, las proyecciones patológicas, los problemas obsesivos, la búsqueda de satisfacciones infantiles, los deseos libidinales no resueltos hacia uno o ambos.

Sharpe hace también una distinción importante entre empatía, como base para un trabajo terapéutico satisfactorio y la sobreidentificación, que siendo ya un exceso de empatía, el analista pierde objetividad y se convierte en una de las principales causas de la contratransferencia y por lo tanto es un obstáculo para el desarrollo de la terapia.

Berman (1949) sugiere que puede haber una estrecha relación entre la contratransferencia y la reacción terapéutica negativa; es decir, que cuando algunos pacientes responden negativamente al tratamiento, es porque perciben que su analista está reaccionando en forma emotiva.

Berman trate de conciliar las ideas de que el analista debe ser un observador frío y al mismo tiempo un ser humano cálido.

Annie Reich (1951) precisa el concepto apuntando que la contratransferencia no es la respuesta total del analista hacia el paciente, de la misma manera en que sería incorrecto llamar transferencia a todo lo que emerge del paciente en relación al analista durante el tratamiento.

Señala además, que el narcisismo del terapeuta es causante directo de la contratransferencia, en la medida en que éste depende del paciente para satisfacer sus necesidades narcisistas.

La opinión de Gitelson (1952) con respecto a la figura del analista, es que debe conservarse en un plano neutral.

Distingue dos tipos de contratransferencia como factores que interfieren en el tratamiento psicoterapéutico: la primera consiste en la reacción del analista hacia el paciente como un todo; la segunda se refiere a una reacción específica hacia aspectos parciales del paciente.

Para Fliess (1953) son indeseables para el procesos terapéutico tanto la contratransferencia como la contraidentificación. Señala que la contratransferencia tiene un aspecto regresivo que la hace ser en parte una contraidentificación, cuyas características son: regresiva, reactiva y con una considerable pérdida de los límites del Yo.

La contraidentificación es según Fliess debida a las antiguas relaciones objetales del analista que quedaron asociadas a conflictos.

Grinberg (1956) completa el concepto de Fliess de Contraidentificación, llamándole "contraidentificación proyectiva" y lo define como el resultado de una identificación proyectiva en

la que el analista se ve llevado pasivamente a asumir el rol -- que su paciente le asigna.

La contraidentificación proyectiva es considerada por -- Grinberg como una manifestación de la contratransferencia.

Barchilon (1958) estudia algunos casos donde se presenta lo que él llama " curas de contratransferencia ", que ocurren -- como resultado de deseos y esfuerzos inconscientes por parte -- del analista en función de satisfacer las demandas inconscien-- tes del analizando; que si bien al principio parecían tener un resultado exitoso, éste solo era transitorio; de manera que la participación de estas reacciones contratransferenciales en la psicoterapia no aportaban resultados benéficos.

Mendelson y Meyer (1961) señalaron que en ocasiones el re-- chazo a los pacientes está implicado por el proceso de la con-- tratransferencia, que es potencialmente una fuente de dificulta-- des para el desarrollo del trabajo psicoterapéutico.

Según Shevin (1963) la contratransferencia debe ser evita-- da por el analista a través de la auto-observación y el análi-- sis, ya que de lo contrario corre el riesgo de que cuando el pa-- ciente es impulsado a retornar a la unión narcisística primaria con la madre omnipotente, esto tenga un efecto de resonancia en el inconsciente del analista y lo lleve también a una regresión

hacia las formas primitivas de identificación y fusión.

Kohut (1968) se ocupa de la contratransferencia en relación a los pacientes narcisistas que transfieren su propio narcisismo en forma de adulación al analista. Ante este problema el analista puede asumir dos posturas: una fría, de aparente objetividad y en realidad de rechazo que el analista manifestará si tiene dificultades para manejar su propio narcisismo, o la otra opción aceptando la admiración del paciente; sin embargo en ambos casos la contratransferencia implica problemas para el desarrollo de la terapia.

RESUMEN: (Autores de posición clásica)

Es claro observar como desde Freud (1910) se afirma que la contratransferencia es un obstáculo que interfiere en el óptimo desarrollo del proceso psicoanalítico.

Ferenczi (1919) Señala la importancia de dominar y corregir la contratransferencia. Para Stern (1924) la contratransferencia es una causa frecuente de las fallas técnicas del psicoanálisis.

Sharpe (1947) Se refiere a las dificultades contratransferenciales como causa de la pérdida de la objetividad del analista.

Berman (1949) opina que la reacción terapéutica negativa del paciente, es ocasionada por la respuesta emotiva y contratransferencial del analista.

A. Reich (1951) sugiere que el narcisismo no resuelto del analista es el origen de sus reacciones contratransferenciales.

Para Gitelson (1952) el analista debe conservar con respecto a su paciente, una posición neutral.

Fliess (1953) señala que la contratransferencia es indeseable para el proceso terapéutico.

Grinberg (1956) señala aquellas manifestaciones contratransferenciales en las que el analista se ve llevado a asumir pasivamente el rol que su paciente le asigna, y sus consecuencias negativas para el proceso terapéutico.

Barchilon (1958) encuentra que la participación de las reacciones de contratransferencia, no aportan resultados benéficos a la psicoterapia.

Mendelson y Meyer (1961) afirman que la contratransferencia es una fuente de dificultades para el trabajo psicoterapéutico.

Para Shevin (1963) la contratransferencia debe ser evitada.

Kohut (1968) señala que la contratransferencia implica -- problemas para el desarrollo de la terapia de una manera u otra.

La opinión de los autores arriba mencionados coincide en - que la contratransferencia es un obstáculo para el proceso psicoanalítico.

La Posición Interaccional:

(La contratransferencia como herramienta terapéutica.)

Winnicott (1949) señala que las reacciones emocionales que tiene el terapeuta con respecto a su paciente, no son necesariamente manifestaciones patológicas.

Lo que Winnicott llama contratransferencia es en realidad una actitud reactiva del terapeuta hacia la personalidad y conducta actuales del paciente, siendo ésta por lo tanto una definición totalista del concepto.

Es sin embargo de importancia fundamental su aportación, - ya que se muestra a favor de que la contratransferencia es, además de inevitable, una de las partes más importantes del tratamiento, ya que al ser estudiada, puede aportar datos objetivos acerca del paciente.

Paula Heimann (1950), al definir contratransferencia designa a la totalidad de los sentimientos que el analista vivencia hacia su paciente. Es la primera en afirmar que la contratransferencia es un instrumento de investigación dirigido hacia el inconsciente del paciente.

Con respecto a la relación terapéutica entre analista y -- analizando, Heimann anota:

"Lo que distingue esta relación de otras, no es la presencia de sentimientos en uno de los participantes, el paciente, y su ausencia en el otro, el analista, sino, sobre todo, el grado de los sentimientos que se experimentan y el uso que se hace de ellos, dependiendo estos factores uno de otro.

La finalidad del análisis personal del analista, -- desde este punto de vista, no es el de transformarlo en un cerebro mecánico que pueda producir interpretaciones sobre la base de un procedimiento puramente intelectual, sino el hacerlo capaz de soportar los sentimientos que son suscitados dentro de él, -- en vez de descargarlos, con el fin de subordinarlos a la tarea analítica, en la cual funciona como el reflejo del paciente en un espejo."(Heimann 1950,p.83)

Y en otra cita apunta:

"... el inconsciente del analista entiende el de su paciente."(Heimann 1950, p. 82)

Margaret Little (1951) apoya la idea de que los sentimientos del analista pueden ser utilizados de manera constructiva.- Afirma también que el concepto de transferencia es inseparable al de contratransferencia; por ello, cualquier afirmación acer-

ca de uno, es válida también para el otro.

Cohen (1952) plantea la situación analítica como una ecuación que contiene dos variables: el terapeuta y el paciente.

Así es a través del escrutinio de las emociones del analista, que se puede llegar a comprender mejor al paciente.

Lucía Tower (1956) define como contratransferencia, aquellos fenómenos que constituyen transferencias del analista a su paciente: y se muestra a favor de que el inconsciente puede -- ser investigado tanto por el análisis de la transferencia, como a través del escrutinio de las respuestas emocionales del analista.

René Spitz (1956) admite que la contratransferencia es un requisito para el tratamiento psicoanalítico y propone que puede ser útil, siempre y cuando sea entendida y no actuada.

Señala que la contratransferencia puede comenzar con un -- proceso dinámico en el inconsciente del analista, proceso que -- se transformará en impulsos derivados, mismos que serán expresados a través de la actitud del analista.

Spitz marca tres pasos para que el analista pueda utilizar adecuadamente la contratransferencia:

- 1) Deberá tomar consciencia de los derivados inconscientes -- que han surgido en él como respuesta a la transferencia -- del paciente.
- 2) A partir de esos derivados, deberá inferir los procesos in conscientes más importantes.
- 3) Entonces podrá realizar una identificación transitoria con el paciente para detectar sus propias respuestas a determinadas actitudes del paciente y así tener acceso a un mejor conocimiento de éste.

Heinrich Racker (1957) se muestra a favor de encontrar en las emociones del analista, un arma útil para el conocimiento -- de su paciente.

Searles (1959) subraya la necesidad de elaborar las res--- puestas emocionales del analista hacia el paciente.

Para Savage (1961), la contratransferencia es una parte -- integral del tratamiento terapéutico.

Ross y Kapp (1962), de acuerdo en que la contratransferencia es una vía de comprensión hacia el paciente, proponen un mé todo específico que consiste en el auto-análisis de las imáge-- nes visuales que surgen en el terapeuta, como respuesta al rela to de los sueños de los pacientes.

La postura de Kernberg (1965) apoya la idea de que la contratransferencia es parte de un proceso interaccional entre analista y paciente.

Considera la contratransferencia como una respuesta a la transferencia del paciente, que en ocasiones refleja problemas de carácter no resueltos del analista.

La contratransferencia es para Kernberg una valiosa herramienta de diagnóstico en la medida en que proporciona información acerca del grado de regresión del paciente, de su posición emocional hacia el terapeuta y de los cambios emocionales ocurridos.

Grossmann (1965) propone que la definición de contratransferencia debe limitarse específicamente a la reacción del terapeuta ante la transferencia del paciente.

Devereux (1983) afirma que el dato más relevante en las ciencias del comportamiento, es la contratransferencia y no la transferencia.

Aberastury (1968) considera que la transferencia y la contratransferencia constituyen una unidad funcional:

"Las posibilidades de transferir del paciente están en función de la capacidad que el analista --

tiene para identificarse, en mayor o menor medida, con lo transferenciable." (Aberastury y Cols. 1968, p. 201).

Señala Kemper (1968) que la contratransferencia es función de la transferencia. Al mismo tiempo que la transferencia está en función de la respuesta emocional del terapeuta; opina que ningún paciente proyecta en el vacío, por lo que existe en el terapeuta un núcleo verdadero en donde se condensa la proyección transferencial. De esta manera si el terapeuta utiliza sus emociones y todo lo que sabe de él para comprender a su paciente, esto inevitablemente repercutirá en un tratamiento exitoso.

Para Feiner (1977) el proceso terapéutico implica el análisis de algunas partes de los conflictos infantiles no resueltos del analista; por lo que el análisis del material infantil del paciente, debe ser seguido por el análisis de los obstáculos -- provocados por la contratransferencia.

Wolstein (1977) considera al analista y al paciente como una unidad en lo que él llama "campo experiencial de la terapia".

Afirma que las manifestaciones de contratransferencia deben ser tomadas en cuenta, ya que de lo contrario, el paciente no podrá tener un completo análisis de su transferencia.

RESUMEN: (Autores de la posición interaccional)

Al ser inevitable la contratransferencia como reacción del analista, diversos autores han encaminado su trabajo hacia la integración de la misma en el proceso analítico, encontrando -- que puede utilizarse como valiosa herramienta.

Winnicott (1949) fue de los primeros en señalar que la contratanferencia es inevitable, y que al ser aprovechada, puede aportar datos objetivos acerca del paciente.

Heimann(1950) afirma que la contratransferencia es un instrumento de investigación dirigido al inconsciente del paciente.

Little (1951) señala que los sentimientos contratransferenciales pueden ser utilizados constructivamente.

Cohen (1952) opina que a través de las emociones del analista, puede llegarse a una mejor comprensión del paciente.

Tower (1956) se muestra a favor de utilizar las reacciones contratransferenciales para investigar el inconsciente.

Spitz (1956) opina que la contratransferencia es útil siempre y cuando sea entendida y no actuada.

Racker (1957) encuentra en la contratransferencia un arma útil para conocer al paciente.

Searles (1959) señala que la contratransferencia debe ser elaborada por el analista.

Savage (1961) considera a la contratransferencia como una parte integral del tratamiento psicoanalítico.

Ross y Kapp (1962) están de acuerdo en que la contratransferencia es una vía hacia la comprensión del paciente.

Kernberg (1965) sostiene la idea de que la contratransferencia forma parte del proceso interaccional entre analista y paciente.

Grossmann (1965) opina que la contratransferencia como reacción específica a la transferencia del paciente, debe utilizarse para arrojar luz sobre la transferencia.

Devereux (1963) afirma que es la contratransferencia y no la transferencia el dato de más importancia en las ciencias del comportamiento.

Aberastury (1968) señala que transferencia y contratransferencia deben ser tomadas como una unidad funcional.

Kemper (1968) apoya la idea de que la utilización de la contratransferencia, repercute en un tratamiento exitoso.

Feiner (1977) opina que la contratransferencia debe ser -
analizada en todo proceso terapéutico.

Wolstein (1977) sostiene que el análisis de la transfe--
ren-
cia quedaría incompleto si no son tomadas en cuenta las mani-
festaciones contratransferenciales.

De acuerdo con la afirmación de que la contratransferen--
cia es un valioso instrumento para el proceso analítico, George
Devereux (1983), antropólogo y psicoanalista, sitúa la importan-
cia de la contratransferencia en el contexto psicoanalítico. -
Su opinión al respecto constituye la segunda premisa de esta te-
sis.

2.- LA CONTRATRANSFERENCIA: EL DATO DE IMPORTANCIA MAS
DECISIVA EN LA CIENCIA DEL COMPORTAMIENTO.

Afirma Devereux (1983) que el dato más importante en toda la ciencia del comportamiento es la contratransferencia y no la transferencia; ya que siendo el hombre quien estudia al hombre, es científicamente más productiva en datos acerca de su propia naturaleza.

Sugiere que el científico debe cesar de destacar exclusivamente sus hallazgos en el sujeto y tratar de entenderse primordialmente a sí mismo como observador, ya que es también capaz de manifestar un comportamiento científicamente utilizable:

"... la verdadera fuente de estéril error no es la contratransferencia per se, sino la contratransferencia pasada por alto y mal tratada." (Devereux 1983, p. 251).

Al señalar Devereux que la contratransferencia es el dato de mayor importancia, se hace necesario efectuar el análisis de los elementos que intervienen en el proceso contratransferencial.

La existencia de la resistencia del analista como reacción de contratransferencia se erige como la tercera premisa.

3.- RESISTENCIAS CONTRATRANSFERENCIALES.

Menciona Devereux (1983) la existencia funcional de las -- reacciones contratrtransferenciales, como consecuencia de la inevitable ansiedad que el estudio de los datos acerca del hombre, le provoca al científico. Estas reacciones constituyen, resistencias que ocasionan distorsiones en los trabajos de investigación:

"El estudio científico del hombre:

- 1) Es impedido por la ansiedad que suscita traslape entre sujeto y observador,
- 2) que requiere un análisis de la naturaleza y el lugar donde se deslindan ambos;
- 3) debe compensar lo parcial de la comunicación entre sujeto y observador en el nivel consciente; pero
- 4) debe rehuir la tentación de compensar la integridad de la comunicación entre sujeto y observador en el nivel inconsciente,
- 5) que causa ansiedad y por ende reacciones contratrtransferenciales.

- 6) deforma la percepción e interpretación de los datos, y
- 7) produce resistencias contratransferenciales - que se disfrazan de metodología, lo que ocasiona nuevas distorsiones sui generis.
- 8) Puesto que la existencia del observador, sus actividades observacionales y sus angustias - (aún en la observación de sí mismo) producen distorsiones que son no solo técnica sino también lógicamente imposibles de eliminar,
- 9) toda metodología efectiva de la ciencia del - comportamiento ha de tratar esos trastornos - como los datos más significantes y característicos de la investigación de la ciencia del - comportamiento, y
- 10) debe usar la subjetividad propia de toda observación como camino real hacia una objetividad auténtica, no ficticia,
- 11) que debe definirse en función de lo realmente posible y no de lo que "debería ser".
- 12) Si se pasan por alto o se desvían por medio -

de resistencias contratransferenciales dis--
frazadas de metodología, esos "trastornos" -
se convierten en fuentes de error incontrola
das e incontrolables, mientras que

- 13) si se tratan como datos básicos y caracterís-
ticos de la ciencia del comportamiento, son
más válidos y productores de insight que - -
cualquier otro tipo de datos." (Devereux 1983,
p. 19-20)

Estas afirmaciones demuestran que dentro del total de las
reacciones de contratransferencia, las resistencias constitu--
yen un elemento operativo en su dinámica, que debe ser cuidado
samente analizado para evitar en lo posible que se conviertan
en fuentes de error.

La evidencia de la distorsión consecuente a la resisten--
cia del analista constituye la cuarta premisa.

4.- DISTORSIONES DE CONTRATRANSFERENCIA.

Se habla de distorsión cuando, en este caso, un proceso --
sufre una alteración o deformación.

Señala Devereux (1983) que:

"... la distorsión es especialmente marcada allí
donde el material observado moviliza la ansiedad."

(Devereux 1983, p. 72)

Así como:

"... esta ansiedad es causa de reacciones defensi
vas características, determinadas por la contextu
ra de la personalidad del científico." (Devereux

1983, p. 72).

Una de las formas de distorsión se presenta cuando se es-
cotomizan algunas partes del material; es decir no puede apre-
ciarse en su totalidad.

En los procesos de investigación, muchas de las oscuridades, -
ambigüedades y equivocaciones son producto de las distorsiones,
que operan como resistencias contra algunos significados del -
material.

Afirma Devereux que:

"Son actos fallidos que se asemejan a un lapsus - calami y cuyo análisis nos permite entender ciertos aspectos no reconocidos y egodistónicos de -- nuestros datos." (Devereux 1983, p.256).

El analista se encuentra involucrado en su tarea de analizar, ya que:

"... la condición de humano del científico del com portamiento que le hace percibir el estudio del - hombre como importante en sí, y que aún como estu dio de sí, conduce a distorsiones de contratrans- ferencia." (Devereux 1983, p.191).

Estas distorsiones no son más que la forma en que se ma- nifiesta la subjetividad del analista.

La inevitable aparición de la subjetividad en el proceso - analítico es la quinta premisa.

5.- SUBJETIVIDAD DEL OBSERVADOR.

La subjetividad depende de factores tales como la personalidad propia, la postura teórica asumida, así como de las complejidades estructurales y funcionales de la propia formación cultural.

Señala Devereux que:

"La personalidad del científico importa para la ciencia por que explica la deformación del material atribuible a su falta de objetividad, determinada intrapsíquicamente." (Devereux 1983, p. 71).

La subjetividad comienza ahí donde un evento se transforma en una percepción.

Algunos factores que determinan la subjetividad son:

- a) La autopertinencia profesional.- La elección del analista de su profesión, obedece a motivaciones inconscientes individuales.
- b) La selectividad específica.- Marca la pauta de elección de los elementos relevantes del material que se estudia.
- c) El automodelo.- La imagen que de sí tiene el analista, no solamente física, sino ética, cultural e ideológica, con

tituye la medida fundamental en base a la cual se categorizan los datos de su exterior.

Para Devereux, considerar lo subjetivo como una fuente de error sistemático, es un razonamiento infructuoso, ya que si:

"Incluso el sistema de pensamiento más lógico y científico tiene un significado subjetivo para el inconsciente de la persona que lo crea o lo adopta." (Devereux 1983, p. 44).

Entonces propone que el analista trate lo subjetivo como su principal fuente de información.

Devereux propone un sistema donde la subjetividad sea - - aprovechable en el estudio del comportamiento.

Dicho escrutinio debe empezar por el estudio de la matriz completa de significados en que todos sus datos pertinentes están incluidos, para continuar con el estudio del interés afectivo personal del científico del comportamiento por su material, seguir con el análisis de la naturaleza y el lugar del deslinde entre sujeto y observador, y por último la aceptación y aprovechamiento de la subjetividad del observador.

Cuando el analista, cuya función es la de observador, acepta su propia subjetividad, está en condiciones de participar recíprocamente en la situación analítica.

La reciprocidad en la relación del observador y el observado, constituye la sexta premisa.

6.- RECIPROCIDAD: OBSERVADOR - OBSERVADO.

Uno de los principales errores en que se incurre en un proceso donde participan un observador y un observado, es el de suponer que tal proceso se lleva a cabo en una única dirección -- asimétrica:

Observador \rightarrow Observado.

Sin embargo existe una respuesta inevitable de contraobservación, por parte del sujeto, hacia el observador.

Es característica fundamental de las ciencias del comportamiento, la reciprocidad de la observación entre el observador y el observado; constituyendo así un proceso en dos direcciones y formando una relación teóricamente simétrica:

Observador \leftrightarrow Observado.

La reciprocidad entre observador y sujeto está dada al admitir que ambos pueden manifestar un "yo percibo".

El observador debe tener conciencia de su propio valor de estímulo específico, ya que en el proceso psicoanalítico, esto le permitirá apreciar debidamente las reacciones de transferencia de su paciente.

La propuesta de Devereux consiste en la reinstalación del observador en la situación observacional.

Si la teoría de la relatividad estudia los fenómenos en el observador, así como los astrónomos relativistas no estudian -- una estrella "allá afuera" sino "aquí dentro", en sí mismos; en tonces las reacciones del observador al sujeto, deben ser trata das también como datos psicológicos utilizables para ambos.

Una de las implicaciones psicológicas más importantes de -- la reciprocidad entre observador y sujeto, es que al aceptar -- que el sujeto también observa, el observador permite el acceso al sujeto hacia territorios extensivos de su yo.

Apunta Devereux que:

"El que estudia al hombre sabe que tanto él como su sujeto son humanos y que al estudiar al segundo inevitablemente se estudia a sí mismo. del mismo modo que el analista, al tratar a sus pacientes, -- continúa también su propio análisis..."

(Devereux 1983, p. 191)

El producto de la interacción entre el observador y el -- observado, son datos diádicos, deben ser considerados como dos aspectos de un mismo problema, y son al mismo tiempo partici--

pantes de los procesos del otro; es decir, si la mera presencia del observador introduce nuevas variables en la situación que observa, y el hecho de que el sujeto se sepa observado, - - afecta radicalmente su comportamiento.

Este proceso de continuas interacciones conscientes e inconscientes entre observador y sujeto, debe ser considerado por el analista; pero no basta que reconozca la existencia de pautas duales, simétricas e intercompensadoras, sino que debe hacer un atento análisis a la acción recíproca entre ellas.

Al atender el continuo de interacciones que se presentan en el proceso de observación, el analista estará llevando a cabo un constante autoescrutinio.

La importancia de realizar esta auto-observación constituye la séptima premisa.

7.- IMPORTANCIA DEL AUTOESCRUPINIO DEL ANALISTA.

Devereux hace una invitación abierta a que todos los psicoanalistas practiquen un autoescrutinio que les permita reconocer abiertamente sus limitaciones humanas; y esto no significaría que se degradasen, sino convertirse en seres útiles al desarrollo del conocimiento humano.

Para el autor:

"... el psicoanálisis es en la actualidad la única psicología cuyo objetivo exclusivo y característico es el estudio de lo que el hombre tiene de humano." (Devereux 1983, p. 267)

Afirma Devereux que el principal instrumento del analista es su propio inconsciente, así como también sus propios afectos.

En el procedimiento de la auto-observación, debe incluirse el análisis de la forma en que el analista ha transformado las impresiones sensoriales que tiene de su paciente, en información.

Cuando el analista se sirve de las pautas duales de observador y sujeto, éste emite enunciados "yo percibo" y el analista emite enunciados acerca de enunciados; su tarea consiste

entonces en transformar los enunciados acerca de enunciados simplemente en enunciados, para de esta manera poder elaborar nuevos enunciados sobre ellos.

El valor que tiene el autoescrutinio del analista, consiste en permitir que el material de su paciente llegue hasta su inconsciente, en donde provocará una perturbación ubicada en el lugar de deslinde entre él y su sujeto, que será analizada allí, dentro de sí mismo, y solo ahí podrá formularse una interpretación precisa.

El analista:

"Entiende a su paciente psicoanalíticamente sólo hasta donde entiende los trastornos que su paciente causa dentro de él." (Devereux 1983, p. 361).

De esta manera, la última premisa plantea que el auto-escrutinio del analista, es la base para la autenticidad del conocimiento, y el camino hacia la objetividad.

8.- OBJETIVIDAD.

Ante la evidencia del papel activo que el observador (analista) representa en sus procesos de investigación, Devereux -- propone:

"... en lugar de calmar nuestra conciencia científica con la ficción de la posición neutral del observador participante, debemos analizar la situación real en que nos hacen entrar ciertos manejos, para que podamos llegar a la objetividad real que solo el análisis del papel que se nos ha atribuido posibilita." (Devereux 1983, p. 303)

La situación psicoanalítica es considerada un proceso desencadenante puesto que provoca respuestas inducidas; es decir, crea un lenguaje para ser interpretado.

"... el camino hacia la objetividad es el aprovechamiento ingenioso de las distorsiones a que someten nuestros datos los métodos de desencadenamiento." (Devereux 1983, p. 320) .

Devereux señala con toda precisión el camino que ha de seguirse para llegar a la autenticidad del conocimiento:

"La objetividad nace del control creativo de -- las reacciones irracionales reconocidas conscientemente, sin pérdida de afecto, mientras que en las resistencias contratransferenciales son negadas las reacciones defensivas inconscientes e -- irracionales y el afecto inhibido a tal punto -- que se produce el aislamiento neurótico."

(Devereux 1983, p. 137)

"El presunto analista tiene que penetrar primero arduamente en sí mismo por el análisis, si quiere observar a los demás con alguna corrección de las deformaciones que las observaciones padecen dentro de él mismo, en calidad de observador."

(Devereux 1983, p. 12).

Con base en la descripción de las premisas anteriormente presentadas, puede observarse que para desarrollar el concepto de contrarresistencia, como elemento operativo en la dinámica de las contratransferencia; se ha partido de que la contratransferencia es considerada como una herramienta útil para la psicoterapia. Se ha dicho además que es la contratransferencia y no la transferencia la piedra angular del psicoanálisis.

El estudio de la dinámica de la contratransferencia ha demostrado la existencia de las resistencias contratransferenciales, que conducen a la distorsión y que consecuentemente provocan que la apreciación del analista sea enteramente subjetiva.

La contrarresistencia del analista constituye una resistencia contratransferencial como reacción específica a la resistencia del paciente, que si no es atendida, conduce a la distorsión.

La reciprocidad dada en las continuas interacciones del analista y su analizando llevará al analista a realizar un constante y profundo autoexamen de las determinantes que le llevan a contrarresistirse.

La posibilidad de que el analista tenga una visión objetiva de la problemática de su paciente, consiste en la aplicación del psicoanálisis en dos direcciones: en dirección del

analizando y en dirección de sí mismo, en un continuo proceso dialéctico.

Se ha dicho que la contrarresistencia forma parte de la -- reacción contratransferencial del analista, y que es promovida por la resistencia del paciente.

El concepto de contrarresistencia se encuentra entonces -- estrechamente vinculado al concepto de resistencia, ya que al -- ser una resistencia que se presenta en el analista, los mecanis-- mos que la estructuran son los mismos de la resistencia que se -- presenta en el paciente.

La contrarresistencia está también vinculada al concepto de contratransferencia y por lo tanto al de transferencia.

Para dar a conocer el desarrollo teórico de la contrarre-- sistencia es necesario presentar el de los conceptos con los -- que se relaciona.

En el capítulo siguiente se expone el desarrollo teórico de la transferencia.

CAPITULO II

LA TRANSFERENCIA

DEFINICION CONCEPTUAL.

Freud comprendió que Anna O. había transferido un sentimiento erótico al profesor Breuer (1893), quien al no poder -- comprender tal suceso, encontró la mejor solución suspendiendo el tratamiento.

La primera mención psicoanalítica que hace Freud del término transferencia, aparece en "Análisis Fragmentario de una -- Histeria." (Caso Dora - 1901)

Freud (1901), se refiere a las transferencias como un orden especial de productos mentales, inconscientes, que son regiones o productos facsímiles de impulsos y fantasías del pasado, que serán despertados y hechos conscientes durante el -- proceso de análisis; y cuya característica singular es la sustitución de una persona anterior por la del médico.

Freud explica la transferencia como una serie de sucesos psíquicos anteriores que cobran vida de nuevo, pero no como -- pasado, sino estableciendo una relación actual con la persona del médico.

Es posible que estas transferencias puedan hacerse conscientes cuando se apoyan en alguna singularidad real de la persona o las circunstancias del médico. En este caso las transferencias ya no serán nuevas reproducciones, sino una forma de reediciones corregidas.

Señala Freud que la transferencia es un proceso imprescindible y necesario: es ineludible su análisis, ya que únicamente podrán obtenerse resultados positivos hasta después de que el paciente haya resuelto su transferencia.

El tratamiento psicoanalítico no crea la transferencia, sino que se limita a descubrirla. En el psicoanálisis son despertados todos los impulsos, incluso los hostiles para hacerlos conscientes y ser utilizados para los fines del análisis.

La transferencia, detectada y traducida al paciente, se convierte así en el más poderoso auxiliar del psicoanálisis.

DEFINICION DINAMICA.

Freud (1912) afirma que la acción conjunta de la disposición congénita y las influencias experimentadas durante los años de la infancia, es determinante en cada individuo, de la modalidad especial de su vida erótica, de fijar los fines de la misma, de las condiciones que el sujeto habrá de elegir en ella y de los instintos que en ella habrá de satisfacer.

Sólo una parte de las tendencias que determinan la vida erótica han realizado una evolución psíquica completa, esta parte es consciente para el individuo, mientras que otra parte ha quedado en el inconsciente.

El individuo que no satisface sus necesidades eróticas en la realidad, orientará representaciones libidinosas hacia toda nueva persona, participando en este proceso las dos partes arriba mencionadas.

En el curso del análisis, la carga de libido del individuo parcialmente insatisfecho se orienta hacia la persona del médico, esta carga se atiene a los modelos del paciente.

De acuerdo a las relaciones del paciente con el médico, el modelo será correspondiente a la imagen del padre, de la madre o del hermano etc. Este fenómeno es conocido con el

nombre de Transfexencia.

Es solamente aparente que la transferencia se muestra más intensa en las personas sometidas al psicoanálisis que en las personas no analizadas, ya que las características de la transferencia no son atribuibles al psicoanálisis, sino a la neurosis misma. De manera que la transferencia llega a manifestarse en su máxima expresión, dentro y fuera del proceso psicoanalítico.

La transferencia se opone como resistencia en el tratamiento psicoanalítico.

Toda adquisición de una psiconeurosis parte del proceso de introversión de la libido, que consiste en la disminución de la parte de la libido consciente y el aumento simultáneo de la parte de libido inconsciente. De esta manera la libido sufre una regresión, reanimando las imágenes infantiles.

Aquí la terapia psicoanalítica pretende hacer consciente de nuevo la libido retraída, pero las fuerzas que han motivado dicha regresión se resisten contra la labor analítica.

El fenómeno de transferencia, se inicia cuando en el contenido del complejo patógeno hay algo que pueda ser transferido a la persona del médico, produciéndose la asociación inme-

diata para finalmente anunciarse como una resistencia.

Este proceso puede producirse innumerables veces en el --
curso del análisis.

La intensidad y duración de la transferencia son efecto y
manifestación de la resistencia.

La transferencia resulta apropiada para constituirse en --
resistencia, por ser transferencia positiva o negativa de los
impulsos eróticos reprimidos.

Es factible que las dos formas de transferencia, afectiva
ú hostil, coexistan en un mismo individuo, dada la ambivalen--
cia de los impulsos reprimidos.

Durante el proceso de búsqueda de la libido que se ha --
sustraído a la consciencia, el análisis penetra en los terre--
nos del inconsciente, provocando reacciones como la transferen--
cia, que hace manifiestos algunos caracteres de los procesos --
inconscientes.

Posteriormente Freud (1916 - 1917), amplía la dinámica de
la transferencia.

Los factores que actúan sobre la enfermedad del individuo
básicamente son: la predisposición hereditaria, la influencia

de los sucesos infantiles tempranos, así como los factores de frustración real, como la privación de amor, la pobreza, las discordias familiares, la elección enferma de la pareja conyugal, las condiciones sociales desfavorables y la presión existente de los estándares éticos.

Existe en el enfermo un conflicto entre la tendencia libidinosa y la represión sexual, mismo que no se resuelve ayudando a uno de los factores a vencer al otro.

El conflicto patógeno de los neuróticos no se desarrolla sobre un mismo terreno psicológico, sino que se desarrolla entre fuerzas en la fase preconsciente y consciente, contra fuerzas que se hallan en el inconsciente. La solución terapéutica a ello, es ubicar las fuerzas en el mismo terreno; aquí, la utilidad del psicoanálisis se deriva del hecho de reemplazar lo inconsciente por lo consciente. En esta forma se levantan las represiones, se anulan las precondiciones que presiden la formación de síntomas y se transforma el conflicto patógeno en un conflicto normal al que ya se le puede dar solución.

La forma de reemplazar lo inconsciente por lo consciente, consiste en buscar en los recuerdos del paciente el lugar en el que a consecuencia de una represión, un conocimiento se ha constituido inconsciente. Suprimida la represión, es como

puede llevarse a cabo dicho reemplazamiento; sin embargo, para levantar una represión es necesario suprimir la resistencia que mantiene la represión.

La resistencia no forma parte de lo inconsciente, sino del Yo, por lo que para suprimir una resistencia, es necesario descubrir el Yo por medio de la interpretación.

Pero el proceso psicoanalítico no termina aquí, sino que surge un nuevo elemento: la transferencia. El paciente transfiere sus sentimientos sobre la persona del médico, sin que la situación creada por el tratamiento pueda justificar este hecho.

Freud señala que esta disposición afectiva existía ya en el enfermo en estado latente y que sufre una transferencia sobre la persona del médico con ocasión del tratamiento analítico. El fenómeno de la transferencia afecta por igual a hombres y mujeres, sin embargo, los pacientes hombres presentan más formas sublimadas hacia sus analistas hombres que las mujeres, donde la solicitud sexual es aparentemente más viable. Las formas sublimadas de transferencia, pueden presentarse como un interés excesivo, de continuos elogios, ciega confianza, el deseo de íntima amistad etc.

La transferencia se manifiesta desde el principio del tra

tamiento y constituye durante algún tiempo uno de los apoyos - más firmes en la labor terapéutica; mientras es favorable al - análisis, no es necesario ocuparse de ella, pero en cuanto se convierte en resistencia, es imperativo prestarle atención.

Tanto si una transferencia es positiva, es decir que se - manifieste con emociones afectivas, o si es negativa, si se -- presenta con sentimientos hostiles; no debe, en ningún caso, - cederse a las exigencias y solicitudes del paciente, como tam- poco deberán ser rechazadas con indignación por el analista.

El medio de trabajar con una transferencia consiste en de - mostrar al paciente que sus sentimientos no son producto de la situación del momento, sino que repiten una situación anterior de su vida; y por lo tanto tampoco se refieren en realidad a - la persona del analista.

De esta manera, el paciente se remonta desde su repetición (transferencia) hasta el recuerdo de los sucesos originales.

Es así como la transferencia, ya sea positiva o negativa, proporciona un fácil acceso a los sectores de la vida psíquica, convirtiéndose en la mejor herramienta terapéutica.

El fenómeno de la transferencia, sufre una transformación durante la situación analítica, esta forma de transferencia es

pecífica recibe el nombre de "neurosis de transferencia." A continuación se presenta la descripción del proceso.

La enfermedad del paciente que se somete a análisis, no constituye algo acabado e inmutable, sino un proceso en continuo desarrollo y cambio. En el curso del análisis, los síntomas pierden su primitiva significación y adquieren un nuevo sentido dependiente de la transferencia. El analista ya no se encuentra ante la enfermedad primitiva, sino ante una nueva neurosis transformada que sustituye a la primera y que se llama "neurosis de transferencia".

Una de las consecuencias del descubrimiento de la transferencia, es que sirvió para confirmar la convicción de que los síntomas constituyen satisfacciones libidinosas substitutivas.

OTROS AUTORES.

(Otras aproximaciones teóricas).

El concepto de transferencia que proporcionan Laplanche y Pontalis (1979), es el siguiente:

Transferencia:

"Designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica.

Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad.

Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la -- transferencia en la cura.

La transferencia se reconoce clásicamente como -- el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia." (Laplanche y Pontalis 1979, p. 459)

El término de transferencia ha adquirido extensiones tan amplias, que se ha llegado a designar el conjunto total de los fenómenos que constituyen la relación del paciente con el analista.

Laplanche estudia la historia del concepto de transferencia en los trabajos psicoanalíticos de diversos autores: Freud designa con los términos de "pensamientos de transferencia" una forma de desplazamiento, que ocurre durante el sueño, y en la que el deseo inconsciente se expresa y se disfraza a través del material proporcionado por los restos preconcientes de la vigilia.

En un principio, la transferencia consistía para Freud en un caso particular de desplazamiento del afecto, de una representación a otra. La elección preferencial del analista se debe a que éste constituye una forma de resto diurno a disposición del paciente, además de que esta forma de transferencia favorece la resistencia.

Ferenczi (1919) describe cómo durante el proceso analítico, el paciente inconscientemente hace desempeñar al médico el papel de las figuras parentales amadas o temidas.

Freud descubre que el paciente revive en la transferen--

cia su relación con las figuras parentales, añadiendo además - que revive también la ambivalencia pulsional que es característica de esa relación.

Con respecto a la función de la transferencia, constata - Freud que el mecanismo de la transferencia se desencadena en el momento en el que se está a punto de develar algún contenido - reprimido especialmente importante, con la finalidad de actuar como una resistencia, que además indica la proximidad de un -- conflicto inconsciente.

La transferencia tiene el carácter de repetición, en cuan - to a que el paciente que no puede recordar lo reprimido, tien - de a repetirlo de manera experiencial durante esta fase.

En "Más Allá del Principio del Placer", Freud menciona - que la reproducción en la transferencia contiene un fragmento de la vida sexual infantil y por lo tanto del Complejo de Edi - po y de sus ramificaciones. Se destaca aquí la idea de que - en la transferencia se actualiza lo esencial del conflicto in - fantil.

Las manifestaciones transferenciales no son repeticiones literales de las relaciones efectivamente vividas, sino de la realidad psíquica (deseo inconsciente), por lo que constituyen un equivalente simbólico de lo transferido.

Balint observa la importancia de interpretar cada detalle de la transferencia del paciente en términos de su relación objetal.

Laplanche describe el concepto de neurosis de transferencia.

Neurosis de Transferencia:

"Dentro de la teoría de la cura psicoanalítica, neurosis artificial en la cual tienden a organizarse las manifestaciones de transferencia. Se constituye en torno a la relación con el analista; representa una nueva edición de la neurosis clínica; su esclarecimiento conduce al descubrimiento de la neurosis infantil."

(Laplanche y Pontalis 1979, p. 259)

La característica fundamental de la neurosis de transferencia consiste en que el comportamiento patológico del paciente se centra en la relación con su analista.

Para Freud, la instauración de la neurosis de transferencia es un elemento positivo en la cura psicoanalítica, ya que al ser sustituida la neurosis clásica por la neurosis de transferencia, y al ser ésta esclarecida, se llega al descubrimiento de la neurosis infantil.

Anna Freud (1932).

Para Anna Freud, la interpretación de la transferencia -- constituye el instrumento analítico más importante y decisivo.

Designa transferencia a todos los impulsos experimentados por el paciente en relación con el analista, que no depende de la situación analítica actual, sino tienen su origen en tempranas vinculaciones con el objeto, que se reaniman durante el -- análisis por efecto del impulso repetitivo.

Anna Freud hace una clasificación conforme a las manifestaciones de la transferencia en tres tipos:

- a) Transferencia de impulsos libidinales.- En la que el paciente experimenta amor, odio, celos, angustia, que no se justifican por ningún hecho vinculado con la situación -- analítica actual.
- b) Transferencia de la defensa.- En la que el impulso repeti- tivo del paciente se extiende, además de a los viejos im- pulsos del Ello; consecuentemente, a las viejas medidas de defensa contra el instinto.

Esta forma de transferencia se descompone en dos partes:

- 1) En un elemento libidinal o agresivo proveniente del

Ello.

2) En un mecanismo de defensa del Yo.

- c) Actuación en la transferencia.- Sucede generalmente fuera de la situación analítica, y se presenta cuando, tanto -- los impulsos instintivos como las reacciones defensivas, empiezan a actuar como hechos de la vida diaria.

Mandolini (1969), presenta las aproximaciones teóricas de otros autores:

Anna Freud, en sus estudios sobre el psicoanálisis practi- cado con niños, descubre que si bien los niños también manifiestan actitudes positivas y negativas a sus analistas, éstas no constituyen reediciones de vínculos emocionales del pasado, -- puesto que aún no han agotado la primera edición; y es por -- ello que niega que el niño pueda desarrollar una neurosis de -- transferencia.

Siendo la presencia de los padres una circunstancia real en el niño, y no fantaseada como en el adulto, la presencia -- del analista no cumple la función sustitutiva; a menos que el niño carezca de una figura parental. Es por ello que en el -- caso del análisis con niños, no puede hablarse del proceso de transferencia en los mismos términos que en el proceso psico- analítico del adulto.

Melanie Klein, contrariamente a la opinión de los psicoanalistas ortodoxos, opina que si el psicoanálisis aplicado a los niños se lleva a cabo bajo las mismas condiciones, y observancia de las mismas reglas que el adulto, evitando toda participación educativa en dicho proceso; entonces el niño será capaz de desarrollar neurosis de transferencia.

Klein afirma que la forma que tienen los niños de manifestar su transferencia negativa es por lo general a través del miedo.

Wilhelm Reich afirma que la transferencia se establece a raíz de la primera resistencia significativa que surja durante el análisis.

En el proceso de hacer surgir a la consciencia lo que está fuera de ella, se originan las resistencias, que además de ser inconscientes son un proceso emocional que busca ubicarse en una situación real. En esta forma el paciente la proyecta sobre quien ha originado el conflicto.

Wilhelm Reich habla de un desplazamiento de la defensa -- desde lo inconsciente hacia el terapeuta, que trae consigo el desplazamiento del contenido inconsciente, que se desplaza -- también hacia el analista y que lo convierte en padre estricto o madre cariñosa, etc.

Reich señala que en todo proceso de análisis se presenta la -- transferencia negativa (de sentimientos hostiles), ya sea manifiesta o latente; y presenta algunos ejemplos en los que se encuentra latente:

- El caso de los pacientes excesivamente afables, confiados y obedientes, que nunca se muestran decepcionados, cuyas características corresponden a caracteres pasivo-femeninos.
- El de los que siempre son correctos y muy convencionales, que han transformado su odio en cortesía.
- El de los inválidos de afecto que sufren de despersonalización y que manipulan al analista y son generalmente narcisistas.

Reich afirmó también que debe permitirse el desarrollo espontáneo de la transferencia y no alterarlo con interpretaciones tempranas. Señaló que el análisis deberá recorrer a la inversa el recorrido que ha seguido la evolución de la neurosis del paciente.

Constata Reich que el establecimiento de una transferencia positiva, es un requisito básico para todo análisis, especificando que ésta debe ser una relación erótica y no ambivalente.

Sostiene que al principio del análisis tal transferencia no se presenta debido a tres razones fundamentales: la represión sexual existente, la falta de impulsos libidinosos objetales y a la coraza del carácter.

Según Reich las transferencias positivas que se presentan al inicio del análisis, son sólo manifestación de alguna de -- las siguientes fases:

- a) Transferencia positiva reactiva.- Donde el paciente con-- jura su odio transferido mediante manifestaciones de amor aparente.
- b) - Sometimiento al analista.- Por sentimientos de culpa que encubren el odio reprimido.
- c) Transferencia de deseos narcisistas.- Donde el paciente - solicita amor y admiración, y que al no ser atendidas sus demandas, se transforman en decepción.

La transferencia negativa expresada en las tres fases -- anteriores, es resultado del proceso neurótico ya que la frustración del amor ha dado origen al odio, al narcisismo y a la culpa.

Para Reich es indispensable hacer conscientes lo más -- pronto posible las actitudes negativas, para que al desapa-

cer, den paso a la transferencia positiva.

Reich llamó en un principio transferencia negativa a toda forma de defensa del Yo, ya que ésta utiliza los impulsos de odio existentes en el individuo.

Posteriormente señala que es incorrecto llamar transferencia negativa a la defensa yoica en sí misma; ya que se trata en realidad de una defensa narcisista.

Reich recomienda que para analizar la transferencia es importante atender primero los fenómenos transferenciales relacionados con el Yo y no con el Ello.

Concluyen aquí los autores presentados por Mandolini.

Singer (1979) presenta su concepto de transferencia, exponiendo que es un proceso de sustitución que se presenta durante el psicoanálisis y que consiste en la reactivación de actitudes que en el pasado el paciente adoptó frente a otros y que ahora se ponen en relación con la persona del analista.

Singer, al igual que Mandolini, realiza un estudio acerca de la evolución del concepto en otros autores de diversas posturas teóricas:

Rappaport, como uno de los representantes de la psicología

del Yo, plantea la posibilidad de entender la conducta y los fenómenos transferenciales como un esfuerzo personal por mantener los sistemas del Yo independientes y no como la expresión de la pulsión regresiva.

Rogers afirma que las reacciones transferenciales aparecen cuando el paciente trata de prevenirse ante la amenaza que representa el terapeuta.

Sullivan señala que el individuo desarrolla métodos para evitar las situaciones provocadoras de angustia y que en situaciones que reactiven angustias viejas, recurrirá a los modelos de evitación que ya le han sido útiles.

Concluyen aquí los autores presentados por Singer.

Sullivan (1974) utiliza el término de "distorsiones paratácticas" para definir el fenómeno transferencial en el que el paciente distorsiona la imagen real del médico, para ser sustituida por la de una persona ficticia y dirige su comportamiento hacia esa imagen irreal.

La diferencia básica de la opinión de Sullivan con respecto al concepto freudiano de transferencia, reside en que para Sullivan, las reacciones transferenciales representan modos aprendidos y persistentes de evitar la angustia.

Frieda Fromm-Reichman (1980) define transferencia como -

el acto de transferir y repetir formas tempranas de relación interpersonal con el psiquiatra, como si éste fuera un allegado actual.

La utilidad de la transferencia en el proceso terapéutico, consiste en que mediante la indagación de las primeras experiencias en la formación de las relaciones interpersonales, se adquiere información relativa a los orígenes de la psicopatología del enfermo.

El punto de vista de Fromm-Reichman con respecto a la -- transferencia, difiere de la opinión de Freud, en cuanto a que las transferencias no son perceptibles en la conducta analítica del psicótico; para ella lo que se observa en el psicótico, son más que nada reacciones de transferencia; ya que su conducta está basada primordialmente en deformaciones paratácticas.

Para Otto Fenichel (1982), la transferencia constituye el tipo de resistencia más significativo: la resistencia de transferencia, que define como la repetición hacia el analista de actitudes previamente adquiridas.

En el proceso transferencial, el paciente odia o ama a su analista por algo que a juicio del analista no existe. El paciente evidentemente interpreta la situación real de su sesión psicoanalítica en forma equivocada; el objeto no es correcta--

mente elegido, ni la situación es adecuada.

La situación analítica estimula el desarrollo de derivados de lo reprimido y al mismo tiempo provoca la aparición de resistencias contra lo reprimido.

Los derivados de lo reprimido suelen presentarse como necesidades emocionales dirigidas al analista.

La resistencia falsea el sentido real de la situación y hace que el paciente interprete, erróneamente, el presente en términos del pasado, reviviendo en lugar de recordar y transfiriendo al presente sus actitudes del pasado.

Mientras más pugnan los impulsos reprimidos para encontrar una expresión en forma de derivados, más se dificulta la valoración correcta del presente y del pasado.

Para Fenichel la transferencia debe considerarse en el contexto psicoanalítico con un doble aspecto: como una forma de resistencia y como un proceso que ofrezca la oportunidad de observar directamente el pasado de su paciente, circunstancia ésta que permitirá comprender el desarrollo de los conflictos desde sus orígenes.

Fenichel opina que en la vida cotidiana también existen situaciones transferenciales; ya que es un rasgo común del --

carácter general, que la experiencia se interprete a la luz -- del pasado.

Sin embargo, la situación psicoanalítica favorece el establecimiento de la transferencia de dos formas:

- 1) Pronunciando el componente transferencial en las reacciones del paciente.
- 2) No reaccionando a los arranques afectivos del paciente, - sino para señalárselos.

La actitud del analista ante una transferencia, recomienda Fenichel, debe ser igual que ante cualquier otro material - que aporte el paciente: interpretar.

Si ante la transferencia el analista se comporta como se comportaron los padres del paciente, solamente se repetirá lo ocurrido en la infancia, sin que el paciente tenga oportunidad de elaborar su conflicto.

Si de lo contrario, adopta una actitud opuesta, entonces no hará más que satisfacer los deseos resistenciales de sus - pacientes.

El trabajo interpretativo en la transferencia, así como en otros momentos del análisis, trae como consecuencia que el

paciente tienda a producir derivados cada vez menos **deformados**, de manera que puedan reconocerse los conflictos **instintivos básicos**.

Esto se logra mediante un proceso de elaboración minuciosa que muestra al paciente sus conflictos y su forma de **reaccionar** a ellos, desde diversas perspectivas y en diferentes **situaciones**.

Greenson (1980) señala que una de las distinciones **más importantes** del psicoanálisis con respecto a las demás formas de terapia, es su modo peculiar de fomentar la formación de las **reacciones de transferencia**.

Greenson define la transferencia como un género especial de **relación** respecto de una persona; un tipo característico de **relación de objeto**.

La transferencia es un fenómeno **inconsciente y regresivo**, que se manifiesta como la reedición de una **relación objetal antigua**.

Es la manifestación de sentimientos que parecen **nuevos**, pero que en realidad son la reanimación de antiguas **reacciones emocionales**.

En la transferencia se reacciona ante una persona del --

presente como si fuera del pasado; se produce un desplazamiento en el que los impulsos, los sentimientos y las defensas correspondientes a una persona del pasado, se han trasladado a otra persona en el presente.

La transferencia es una manifestación del retorno de lo reprimido, en la que se vuelve a vivir el pasado arrinconado.

Las reacciones de transferencia tienen un valor de resistencia al recuerdo, sin embargo constituyen un camino hacia el recuerdo y el insight.

Greenson presenta la opinión de Ella Freeman Sharpe - - con respecto a la importancia de analizar los fantaseos en relación con el analista. Las reacciones transferenciales no -- son sólo desplazamiento, sino también proyecciones.

Para Sharpe, el análisis de la transferencia no era una tarea entre otras en el proceso psicoanalítico, sino la tarea; y debe buscarse constantemente la situación de transferencia.

Hace Greenson una mención con respecto a la opinión de - la escuela kleiniana, que considera los fenómenos de transferencia como proyecciones e introyecciones de los objetos buenos y malos más infantiles. Señala que para los kleinianos - sólo las interpretaciones de transferencia son eficaces.

De aquí la importancia que representa el fenómeno transfe-
rencial en el proceso psicoanalítico.

MECANISMOS DE OPERACION.

En la irrupción del fenómeno de transferencia en la situación analítica, están involucrados otros procesos tales como - la repetición, el desplazamiento, así como la resistencia misma.

La repetición entendida como una manifestación del repetir, es uno de los mecanismos básicos de operación de la transferencia. Dado que la frustración e inhibición de los instintos, provocan que se busquen ocasiones tardías de satisfacción, la repetición representa aparentemente una oportunidad viable para satisfacer las antiguas demandas instintuales.

Las satisfacciones de transferencia operan únicamente como sustitutos de la satisfacción verdadera, son derivados regresivos y formaciones de transacción y por lo tanto nunca son enteramente satisfactorias.

Las reacciones de transferencia están determinadas por - los sentimientos e impulsos inconscientes hacia el padre, la madre, etc.

El mecanismo de desplazamiento es un proceso esencial - en las reacciones de transferencia, ya que en el momento en - que un paciente transfiere, está desplazando las reacciones -

de una representación de objeto pasadas, a un objeto actual.

Las reacciones de transferencia pueden ser categorizadas en función de sus objetivos instintuales, de sus zonas instintuales; y de las angustias, actitudes y valores que acompañan a los componentes instintuales.

En función de la estructura, la transferencia puede adoptar la representación del Superyó, Ello o del Yo, en la persona del médico.

Las reacciones de transferencia operan como resistencias; éstas suelen presentarse en formas muy variadas:

- 1) Como la búsqueda de la gratificación transferencial. - - -
 Cuando el paciente intenta satisfacer sus apremios instintuales y emocionales con el analista, y su preocupación por la labor analítica desaparece temporalmente.
- 2) Como reacción transferencial defensiva. - - Cuando el paciente persiste en mantener un comportamiento razonable y racional con el analista. Esto parecería la ausencia de una transferencia, pero es una reacción defensiva a - que se presenten las actitudes irracionales características de la transferencia. Esta evitación es en realidad una reacción transferencial de tipo defensivo.

- 3) Como reacciones de transferencia generalizadas.- Cuando el paciente reacciona al analista como habitualmente reacciona ante las demás personas de su vida. En este caso la transferencia es característica de las relaciones de objeto del paciente en general.

- 4) Como actuación de las reacciones de transferencia.- Cuando el paciente lleva a la acción sus sentimientos en lugar de comunicarlos, actuando en lugar de recordar y defendiéndose contra el recuerdo de las situaciones conflictivas del pasado.

La identificación juega un papel muy importante en el análisis y la interpretación de la transferencia, ya que es necesario que el paciente pueda identificarse parcialmente con la parte observadora y racional del analista.

Los mecanismos mediante los que opera la transferencia, presentados anteriormente, han sido obtenidos del estudio que sobre la transferencia realiza Greenson(1980).

INDICADORES.

Freud (1914-1915) afirma que la transferencia se presenta como una fase ineludible del proceso psicoanalítico que requiere de una atención especial.

Una de las formas más frecuentes en que la transferencia suele presentarse, es con la manifestación de que el paciente se ha enamorado de su analista.

Freud señala algunas características de la aparición del amor de transferencia tales como la pérdida del interés en el análisis, un interés excesivo en la persona del médico, aparente desaparición de los síntomas que antes presentaba, aparente curación inmediata, demandas de correspondencia por los afectos manifestados, incapacidad para continuar con la observancia de la regla fundamental; es decir con la libre comunicación de los pensamientos y sentimientos del paciente, bloqueo de la producción del material de análisis, etc.

Todas estas características perturban el análisis, por lo que constituyen una manifestación de la resistencia.

Anterior a la aparición del amor de transferencia se presentan algunos signos de transferencia positiva, como la extrema docilidad del paciente, su aceptación incondicional a -

las explicaciones que se le dan en el curso del análisis, una excelente comprensión y aguda inteligencia.

Ante la aparición de la transferencia, el analista tendrá como primera tarea negar las satisfacciones específicas que en esta fase le son demandadas, ya que de lo contrario el paciente conseguiría repetir, realmente, en la vida, algo que só lo debía recordar, reproduciéndolo como material psíquico y -- manteniéndolo en los dominios anímicos; corriendo además el -- riesgo de que en el curso de la relación, afloren las inhibi-- ciones y las reacciones patológicas de su sexualidad.

Ante el amor de transferencia, el analista deberá evitar desviar al paciente de su transferencia y al mismo tiempo evi-- tar su correspondencia, para referir la situación a sus oríge-- nes inconscientes, y finalmente llevar al dominio consciente los elementos ocultos de su vida erótica.

El analista deberá exponer la falta de autenticidad de -- estos afectos (amor de transferencia), ya que se compone en su totalidad de repeticiones y ecos de reacciones anteriores, in-- cluso infantiles, y deberá comprometerse a demostrarlo median-- te el análisis detallado de la conducta amorosa del paciente. Una vez señalada la transferencia como una forma de resisten-- cia, la labor analítica deberá continuar enfocada hacia el --

descubrimiento de la elección infantil de objeto y de las fantasías consecuentes.

El amor de transferencia manifiesta en todo momento su dependencia del modelo infantil y se presenta poco susceptible a la modificación y al cambio. El factor que produce que estas emociones se intensifiquen, es la función de resistencia que cumple la transferencia.

A continuación se presentarán los indicadores más frecuentes de que la transferencia ha irrumpido en el proceso psicoanalítico:

- El desplazamiento.- Experimentar por una persona sentimientos que no le corresponden, cuando en realidad son aplicables a otra; es uno de los indicadores más generales de la transferencia.

La impropiedad.- Las reacciones que manifiesta el paciente no son concordantes a la situación analítica actual.

- La reacción transferencial es impropia dentro de su contexto actual, sin embargo es importante tener en cuenta que fue una reacción apropiada a una situación del pasado.

- La intensidad.- Las reacciones emocionales intensas al analista denotan la transferencia, ya que el comportamiento

to habitual del analista no es causa para suscitar reacciones intensas.

- La ausencia prolongada de sentimientos.- Es también un fenómeno de transferencia. El analista ocupa en la realidad un lugar muy importante en la vida del paciente como para estar ausente de sus sentimientos y pensamientos.
- La ambivalencia.- Coexisten en el paciente sentimientos contrapuestos, de los que solamente un aspecto es manifestado, mientras que el otro permanece inconsciente.
- La presencia de sentimientos caprichosos, inconstantes y erráticos.- Glover llama a estas manifestaciones de la transferencia: "reacciones de transferencia flotante".
- La tenacidad.- La manifestación de reacciones prolongadas y rígidas que difícilmente ceden a la interpretación, son señales de transferencia y son efecto de una combinación de defensa inconsciente y satisfacción instintual.

Los indicadores anteriores, han sido precisados y desarrollados por Greenson (1980)

CONSECUENCIAS.

La principal consecuencia de la manifestación de las reacciones de transferencia, constituyen una etapa esencial en el proceso psicoanalítico. Esta consecuencia es fundamentalmente el análisis de la transferencia.

Para llevar a cabo el análisis de la transferencia, es necesario demostrar, aclarar, interpretar y traslaborar la reacción de transferencia.

Greenson (1980) describe cada una de las fases del análisis de la transferencia.

- a) **Presentación de la transferencia.**- El primer paso en el análisis de la transferencia es hacer ver al paciente sus propias reacciones de transferencia. El silencio del analista generalmente aumenta la intensidad de los sentimientos de transferencia; circunstancia que facilitará al paciente el reconocimiento de su transferencia. Otros recursos del analista, son la confrontación y la demostración de la evidencia, para hacer accesible al paciente sus reacciones de transferencia.
- b) **Esclarecimiento de la transferencia.**- Una vez que el paciente ha reconocido su reacción de transferencia es ne-

cesario que se profundice en ella, estudiando los detalles íntimos que conducirán a los orígenes históricos que han puesto en marcha la transferencia.

- c) Interpretación de la transferencia.- La interpretación - implica descubrir la historia inconsciente, los antecedentes, los orígenes, los fines y las interconexiones de una reacción de transferencia dada, para ponerla al servicio de la parte consciente del paciente.

En la interpretación se pide al paciente que asigne significación y causalidad a un fenómeno psicológico dado.

- d) Traslaboración de las interpretaciones de la transferencia.- Para que una interpretación de la transferencia sea eficaz será necesario repetirla varias veces. El proceso de traslaboración será realizado por la repetición y la elaboración de los insights obtenidos por la interpretación.

Al ser los fenómenos de transferencia repeticiones del pasado, el paciente repite en la situación psicoanalítica lo que no puede ni quiere recordar, de manera que el comportamiento transferencial es particularmente apropiado para llevar a cabo la reconstrucción del pasado, misma que conducirá a nuevos recuerdos, a nuevos insights y éstos a cambios en la ima-

gen de sí mismo, y consecuentemente al nuevo comportamiento.

Los impulsos que experimenta el paciente en relación a su analista, que originados en las tempranas vinculaciones con el objeto y por efecto del impulso repetitivo son reanimados durante el proceso analítico, propician una respuesta específica en el analista, que recibe el nombre de contratransferencia.

El siguiente capítulo presenta el desarrollo teórico de contratransferencia.

CAPITULO III

LA CONTRATRANSFERENCIA

DEFINICION CONCEPTUAL.

La contratransferencia, no es un concepto al que Freud ha ya dedicado especial cuidado, es decir, no desarrolló trabajos especiales para estudiarlo; sin embargo en varias ocasiones -- llama la atención sobre el concepto, más que nada para prevenir al médico de sus propias reacciones.

Freud (1910) propone como norma general, que el médico conozca su contratransferencia y que logre su vencimiento mediante un autoanálisis. Es en esta ocasión, cuando hace Freud la primera mención del término contratransferencia.

En los consejos que proporciona Freud (1912) al médico en el tratamiento psicoanalítico, recomienda imponer silencio a sus afectos, ya que la actitud abierta del médico, dificulta una de las tareas más importantes del proceso analítico: la solución de la transferencia.

Freud propone aquí que el médico permanezca impenetrable para el enfermo y que únicamente muestre como un espejo, lo que le es mostrado por el paciente.

Posteriormente Freud (1914), pretende prevenir al médico de una "transferencia recíproca", que ante las manifestaciones transferenciales de alguna paciente, pueda surgir en él. Para ello, expone cómo la situación depende del proceso psicoanalítico y no de la persona del médico.

Si bien Freud no proporciona una definición precisa al -- concepto, puede inferirse que cuando trata de la contratransferencia, se refiere a la reacción específica del médico ante la transferencia del paciente.

No obstante, el concepto de contratransferencia ha recibido especial importancia por parte de los teóricos y psicoanalistas.

George Devereux, antropólogo y psicoanalista, presenta su definición:

"Es la contratransferencia la suma total de aquellas distorsiones en la percepción que el analista tiene de su paciente, y la reacción ante él -- que le hace responder como si fuera una imagen temprana y obrar en la situación analítica en función de sus necesidades inconscientes, deseos y - fantasías". (Devereux, 1983 p. 69)

Devereux señala que la transferencia y la contratransferencia tienen idéntica estructura, que es puramente convencional el hecho de que una reacción se aplique al informante y la otra al investigador.

Para Devereux, es el análisis de la contratransferencia y no el de la transferencia, el momento de importancia más decisiva en la ciencia del comportamiento.

DEFINICION DINAMICA.

Definir la perspectiva dinámica de la contratransferencia, sería repetir lo que hasta ahora se ha descrito sobre la dinámica de la transferencia, ya que ambas observan la misma estructura.

Singer (1979) opina que la aparición de la contratransferencia está regida esencialmente por los mismos procesos, impulsos y tendencias propuestos para la explicación de la transferencia:

"La contratransferencia es considerada como un fenómeno extraordinariamente semejante a la transferencia." (Singer 1979, p. 264)

En general, los teóricos consideran la dinámica de la contratransferencia en los mismos términos en que conciben la de la transferencia.

Uno de los ejemplos proporcionados por Singer, es que un autor que insiste en que la transferencia es una manifestación de francas tendencias instintivas, regresivas, no sublimadas, experimentadas por el paciente hacia el analista; propondrá que la contratransferencia es expresión de las tendencias instintivas regresivas no sublimadas del analista que se mani-

fiestan en su relación con el paciente.

La forma de concebir la contratransferencia, para Frieda Fromm-Reichman, es similar a su comprensión de la transferencia.

Afirma Ruesch:

"La contratransferencia es transferencia al revés. Los conflictos no solucionados del terapeuta le obligan a investir al paciente de ciertas propiedades que, más que ser reacciones a la conducta actual del paciente, estriban en las propias experiencias del pasado. Todo cuanto se ha dicho acerca de la transferencia puede aplicarse por consiguiente, a la contratransferencia, añadiendo que es la transferencia del paciente la que provoca la contratransferencia del terapeuta."

Con base en lo anterior, puede observarse que las proposiciones teóricas concernientes a los orígenes y funciones de la contratransferencia, se ubican de manera paralela a las formulaciones teóricas sobre la transferencia.

Si las características de la transferencia y la contratransferencia son dinámicamente correspondientes, y si la - -

transferencia positiva es entendida en ocasiones como reflejo de actitudes negativas, tendrá que considerarse que las manifestaciones de contratransferencia positivas, encubrirán a veces, actitudes negativas del terapeuta hacia el paciente.

Menciona Singer, que una postura teórica ampliamente sostenida es la que sugiere que la contratransferencia aparece como una actitud defensiva, cuando el terapeuta se angustia ante el paciente.

En estos términos, la contratransferencia es considerada como una manifestación de la renuencia del terapeuta a saber y descubrir algo de sí mismo.

Unicamente cuando el analista estudia detenidamente sus reacciones de contratransferencia en función de su paciente, obtendrá en ellas una herramienta para obtener un mejor conocimiento de sí mismo y de los procesos del paciente.

Frieda Fromm-Reichman reportó cómo la investigación de algunas de sus reacciones contratransferenciales de temor, habían esclarecido importantes facetas de la personalidad de un paciente que la infundía temor.

Singer hace una división en tres categorías para la contratransferencia:

- 1) Reacciones de amabilidad y de preocupación irracionales.
- 2) Reacciones de hostilidad irracional hacia el paciente.
- 3) Reacciones de angustia del terapeuta hacia el paciente.

Singer concluye:

"... todo lo que un terapeuta puede aprender -- acerca del paciente, procede de sus observaciones personales y de un examen de las subsiguientes reacciones que experimente hacia él."

(Singer 1979, p. 281)

OTROS AUTORES.

Este punto no se desarrollará de nuevo, puesto que ya se presentó en el capítulo I.

MECANISMOS DE OPERACION.

Con la finalidad de presentar con claridad cómo opera la contratransferencia cuando es utilizada como instrumento terapéutico, se incluirán tres ejemplos que presenta Erwin Singer (1979)

Ejemplo 1

El primero es un reporte concerniente a Tarachow, - - - pero que es presentado por Singer:

"Tuve con un paciente una experiencia que merece referirse, porque se apoya no tanto en la capacidad del paciente para tolerar una transferencia, sino en la capacidad del terapeuta para tolerar sus propios impulsos contratransferenciales.

Tenía una paciente deprimida a la cual, me parecía, le sería muy perjudicial perder cualquier sesión, fuera cual fuera la causa. Necesité anular las citas de varios días para asistir a un congreso, así que cancelé las entrevistas con todos, salvo con esta paciente. Le dije que viniera muy temprano, - por la mañana, en lugar de presentarse a la hora habitual.

Efectuaríamos la sesión y yo podría aún asistir a las sesiones del congreso. Sabía de antemano que debía levantarme

más temprano que de costumbre y desayunar también antes, con el fin de cumplir.

Aquella mañana me desperté a las nueve. Sin prisas me -- prepare para ir al congreso, con la grata sensación de tener un día libre. Pasé por mi despacho a eso de las diez para recoger el correo y entonces supe que aquella mañana, una mujer furiosa había estado esperándome a primera hora en el vestíbulo. Me había olvidado por completo de la cita.

La llamé para disculparme, lo cual no mejoró mucho las cosas. La paciente con mucha razón me rió. Entonces le dije algo que creo fue correcto...

Hice referencia a mis buenas intenciones y a que había -- querido realmente hacer algo por ella, pero luego añadí: "Pero me figuro que hay un límite para la amabilidad de una persona con otra y yo no soy una excepción." Al parecer con la promesa que le había hecho de mantener aquella cita a tan temprana hora, había prometido en realidad más de lo que era capaz de hacer. Con toda franqueza le dije que mis buenas intenciones estaban a la vista, pero que no había sido suficientemente capaz de cumplirlas; esto resultó completamente satisfactorio."

Hasta aquí la cita de Tarachow, pero continúa Singer: --
"La conducta de Tarachow puede servir ciertamente como un mo-

delo de integridad terapéutica. De su sincero y total respeto por la paciente surgió su capacidad de hablarle con honradez, sin ponerse francamente a la defensiva. Sin embargo, uno debe preguntarse en qué medida su "olvido", su falta, fue el resultado de un hondo insight en su paciente. Siendo Tarachow un cuidadoso y responsable analista, parece imposible que cuando menos hubiera notado algo en su paciente que le hiciera sentir se reacio a efectuar la sesión. Mirando este incidente desde lejos, sugiere la posibilidad de que el doctor pudiera haber percibido pautas manipulatorias, tendencias a exagerar el sufrimiento o aspectos análogos, y que hubiera decidido inconscientemente no ceder a sus demandas. La facilidad con que al parecer la paciente aceptó la confesión del terapeuta dice más sobre la energía del Yo de lo que uno puede esperar de una paciente que no podía soportar la anulación de una cita".

(Singer 1979, pp. 274-275)

Ejemplo 2

"Una mujer de veinticinco años aproximadamente inició el tratamiento analítico con síntomas de una grave depresión, cavilaciones suicidas, dificultades para concentrarse en su trabajo y sentimientos de abatimiento semejantes. Era una persona inteligente y educada en alto grado, pero, sin que se supiera por qué, echaba a perder todo y le parecía que todo cuanto emprendiera estaba destinado al fracaso. Su matrimonio in--

fecundo estaba a punto de disolverse y una terrible ~~soledad~~ -- había sobrevenido. Varias aventuras amorosas siempre con hombres que por una serie de razones no eran libres, hicieron que se abatiera más y más y que la escasa satisfacción sexual se había vuelto en gran medida mecánica y sin recompensa. Una paciente y lenta investigación había llevado cierto alivio a los aspectos más graves de su depresión; parecía capaz de trabajar un poco más adecuadamente y de estar algo más alegre.

Cuando hacía aproximadamente un año que la terapia se había iniciado, la paciente se vio implicada en un flirteo con uno de sus colegas, un hombre joven y casado al que ella parecía querer y él, a su vez, parecía sentir cariño hacia ella. Se entregaban a un burlón coqueteo, se hacían insinuaciones, pero permanecían físicamente distantes el uno del otro. Un día la paciente vino a su sesión y dijo con una sonrisa que parecía un tanto triste, que padecía mucho por ver a su colega, -- que el coqueteo y toda aquella "charla sexual" la habían excitado de tal modo que estaba a punto de "subirse por la paredes" y que la frustración era casi insoportable.

En un momento dado, al final de la hora de terapia, el terapeuta opinó que tenía ella una idea bastante acertada de lo que estaba sucediendo, que todo aquello parecía semejar a las bromas consabidas de una oficina y que se preguntaba --

porque su paciente estaba anhelante de exponerse a esa frustración y qué necesidad satisfacía ese tipo de conducta masoquista.

Inmediatamente después de esa sesión, la paciente pareció declinar seriamente; su depresión se hizo más grave. Con esta evolución surgió en el terapeuta un vago desasosiego por el comentario interpretativo que había hecho, aún cuando le parecía que lo había hecho llevado de su interés por la desventura de aquella mujer y con la esperanza de ayudarla a liberarse de su perjudicial conducta.

Una investigación enérgica de las reacciones de la paciente llevó a una expresión de furia y a su creciente convicción de que había salido de la sesión, colérica. Quedó a la vista que el analista se había equivocado gravemente con ella.

Había respondido a la queja por su sufrimiento, pero había pasado por alto lo que debió ser evidente para él: que la mujer estaba encantada con sentirse capaz de excitarse físicamente, aún cuando resultara frustrada. Al fin y al cabo, durante meses, se había quejado de sentirse enajenada por su incapacidad para sentir el estímulo sexual y por su desapego intelectual, emocional y físico de todas y de todo.

Al hacerse manifiesta la cólera de ella, la admisión --

del terapeuta por su falta y la investigación de la dinámica, -
dieron como resultado una reducción de los síntomas."

Singer continúa comentando el caso:

"¿Por qué había reaccionado el analista como lo hizo? --
¿Por qué había dejado de ver lo que estaba a la vista? Su preo-
cupación manifiesta había sido en realidad hostilidad encubier-
ta, expresada en su fracaso al no darse cuenta de la satisfac-
ción de la paciente, aún cuando ésta fuera mínima. Por supues-
to, la paciente había disimulado sus verdaderos sentimientos,
pero con todo debieron ser manifiestos.

Era razonable suponer que el analista había experimentado
contrariedad (un sentimiento que volvió a embargarlo una y otra
vez, posteriormente, durante los frecuentes sondeos que de su
sinceridad hizo la paciente) por la incapacidad de ella de ad-
mitir plenamente cualquier satisfacción que fuese. Aquella mu-
jer parecía rebajar y disminuir cualquier placer que tuviera
en la vida, y la referencia verbal de su excitación había sido
expresada precisamente en términos despectivos.

En tanto que el terapeuta fracasó conscientemente al no -
reconocer su propia contrariedad, debido a que la paciente di-
simulaba sus sentimientos de satisfacción, así como tampoco -
logró ver que eso era lo que ella hacía, ahora resultaba cla-

ro que el terapeuta, inconscientemente, se había percatado de la insinceridad y se había vengado tomando las afirmaciones de ella en su valor aparente. Había respondido a las reacciones transferenciales hostiles de la paciente con una contratransferencia igualmente hostil, aunque enmascarada.

La conducta transferencial de la paciente -sus intentos de negar o al menos ensombrecer toda satisfacción- se basaba en su creencia profundamente arraigada de que todo el mundo -- iba a escatimarle hasta sus menores placeres y que le envidiarían cualquier éxito, como le había ocurrido con figuras importantes de su pasado ante cualquiera de sus logros. Ella vió al analista en términos semejantes: como un ser mezquino que no podía soportar que nadie tuviera éxitos ni satisfacciones en la vida cotidiana.

Esta dinámica había sido la causa de la persistente subestimación de ella, de que se presentara a sí misma como totalmente incapaz y de que actuase con frecuencia como si fuera del todo incompetente. Fue por esta faceta del carácter de ella y por la implícita desestimación del analista, por lo que éste había respondido con aquella observación tonta y "equivocada". Solo cuando el terapeuta recordó que había aprendido en su juventud a enfrentarse incisivamente y con éxito a las lamentaciones de determinada persona significativa,

que pretendía hacerle sentir culpable por su búsqueda de placeres, tomándolos en su valor aparente sólo entonces pudo él entender plenamente cómo había reaccionado hacia su paciente. - Mediante el análisis de su reacción de contratransferencia fue capaz de entender algo significativo de su paciente. Había reaccionado a la hostilidad implícita en el aparente sufrimiento con la hostilidad de tomar las fingidas desgracias en serio y en su valor aparente. Esta investigación del fracaso de la contratransferencia del terapeuta produjo insights significativos, tanto para la paciente como para el terapeuta."

Singer concluye el caso señalando que:

"Aún reacciones de contratransferencia en apariencia totalmente insignificantes, pueden llevar a insights importantes y al consiguiente progreso de la terapia."

(Singer 1979, pp. 275-77).

Ejemplo 3

"Un terapeuta comunicó haberse percatado de su enojo irracional con una paciente. Al principio su irritación parecía vaga y sin relación con nada pero de pronto se exacerbó extraordinariamente, al notar que la paciente cometía errores gramaticales en sus verbalizaciones. El uso de adjeti--

vos donde se requerían adverbios lo exaltó especialmente. -
Al examinar su disgusto, el terapeuta notó que su reacción inmediata había sido: "Una mujer de su educación debería hablar mejor." El autoexamen le llevó a su creciente convicción de que la paciente podía hablar correctamente y que sólo trataba de ocultar su capacidad para hacerlo.

El terapeuta, que era de origen extranjero y hablaba con un acento muy marcado, tuvo de pronto la clara impresión de - que la manera de hablar de la paciente tenía un sentido protector, destinado a decirle:

"No se preocupe de sus faltas. Yo cometo más faltas que usted y esto hará que se sienta más a gusto". Examinando su - contrariedad con la paciente llegó al fin a entender las "faltas" de ella y a una fructífera exploración de las dinámicas - de la conducta defensiva protectora de la paciente."

(Singer 1979, p. 277)

Puede observarse, que los tres casos anteriores ilustran las funciones terapéuticas que tiene la detección, el escrutinio y el análisis de la contratransferencia, tanto para el paciente, como para el analista, ya que el estudio de la contratransferencia es una vía para la obtención de un mayor conocimiento de sí mismo.

INDICADORES.

Todos los indicadores de que la transferencia ha hecho -- irrupción en el proceso psicoanalítico, son válidos como indicadores de contratransferencia, cuando en la situación analítica, se presentan algunos ejemplos específicos de indicadores de contratransferencia; proporcionados por Singer:

- El olvido de las citas por parte del terapeuta.
- La incapacidad para prestar atención a las producciones del paciente.
- La falta de respuestas asociativas al material que le es presentado por el paciente.
- Las actitudes irracionales hacia el paciente, ya sea positivas o negativas.

La opinión de Thompson (1966) consiste en que en la contratransferencia, es el psicoanalista quien transfiere elementos -- de su pasado a la situación analítica, así, son indicadores -- generales de la contratransferencia, circunstancias en que el analista es susceptible al halago por parte del paciente; o -- cuando se sienta ofendido por un ataque hostil en algún punto vulnerable.

CONSECUENCIAS.

Una de las consecuencias más importantes de las reacciones de contratransferencia, es su utilidad para la investigación psicoterapéutica.

Las reacciones contratransferenciales del analista, arrojarán luz sobre las defensas y la dinámica del paciente, siempre y cuando se examinen cuidadosamente.

El examen de las reacciones del terapeuta hacia el paciente es un camino válido para llegar al conocimiento profundo del paciente.

La observancia de las impresiones sensoriales y las reacciones que en el terapeuta son suscitadas por el paciente, conducirán a una comprensión más profunda del significado de la conducta del paciente.

De esta manera, las reacciones de contratransferencia -- constituyen importantes anuncios de que el paciente ha enviado un mensaje, que ha sido recibido, registrado, y que se ha reaccionado a él.

Tauber y Green sugirieron que la exploración de las reacciones de contratransferencia por el analista y el paciente, lle

varía a nuevos insights sobre la naturaleza de los procesos -
interpersonales del paciente.

Ambos autores opinan que la contratransferencia no consti-
tuye un obstáculo en el proceso terapéutico, siempre y cuando
sea analizada cuidadosamente.

Estableciendo otro paralelismo con respecto a la transfe-
rencia, afirman que del mismo modo que si en la situación ana-
lítica la transferencia es hecha a un lado en lugar de inter-
pretarse, constituye un obstáculo en el proceso, de la misma -
forma la contratransferencia que se pasa por alto, obstruye --
también el análisis.

El planteamiento de la contrarresistencia como un elemen-
to operativo en la dinámica de la contratransferencia, pero es
pecíficamente en respuesta a la resistencia del paciente, hace
necesaria la exposición teórica del concepto de resistencia: -
misma que se desarrolla en el siguiente capítulo.

TITULO IV

LA RESISTENCIA

DEFINICION CONCEPTUAL.

Antecedentes.

Estando Freud (1892) a cargo del caso de Fräulein Elisabeth von R., decide proponerle el tratamiento psíquico, mencionando que encontró rápida comprensión y sólo muy poca resistencia. A lo largo del tratamiento, comenzaron a surgir algunos obstáculos: a Elisabeth de pronto no se le ocurría nada que decir mientras Freud presionaba su frente; ya que entonces aún éste era su procedimiento. Freud insistió en que su método era infalible e instaba a Elisabeth a comunicar cualquier pensamiento que tuviera, aunque éste resultara aparentemente inconexo a su relato.

Es en ese momento cuando Freud atribuye a la resistencia las dificultades de su paciente para la reproducción de sus recuerdos.

Freud concibe entonces la resistencia como una forma de "defensa" contra una representación intolerable.

Una de las primeras formulaciones propuestas por Freud, -

es que la resistencia que opuso Elisabeth von R. a la reproducción de escenas traumáticas correspondía a la energía con la -- que había sido expulsada la representación intolerable de las -- asociaciones de la paciente.

Freud (1895) supuso que era posible conseguir por simple -- apremio, que surgieran las representaciones patógenas del pa--- ciente, y como este apremio constituía un esfuerzo de su parte, pensó que se trataba de vencer una resistencia del sujeto.

De esta manera Freud descubre que existe una fuerza psí--- quica que se opone a que el paciente tome consciencia, a tra--- vés del recuerdo, de las representaciones patógenas.

Buscando los motivos a los que obedecía esta fuerza psi--- quica, encontró que todas las representaciones patógenas eran de naturaleza penosa, y que provocarían en el paciente emociones displicentes en cuanto le fueran conscientes. Esta es la razón por la que cuando una representación intolerable afluye al Yo, despierta una energía de repulsión con el propósito de defender al Yo de dicha representación. La defensa logra su -- objetivo expulsando de la memoria y de la consciencia a tal -- representación.

Al intentar Freud con su procedimiento terapéutico, apro

ximar la atención del paciente hacia la representación, se encuentra con la resistencia, que consiste de la misma energía de repulsión arriba mencionaba.

Así, Freud llama "resistencia a la asociación", a la fuerza psíquica que se opone a que una representación patógena excluida de la asociación, regrese a la memoria y a la conciencia del paciente.

La tarea del terapeuta en este caso, consiste en vencer la resistencia a la asociación.

La presión que Freud ejercía sobre la frente del enfermo, era una actitud que sorprendía al Yo del paciente, eludiendo momentáneamente su defensa, sin embargo, enseguida volvía a irrumpir la resistencia por lo que se hizo necesario buscar y encontrar los motivos de resistencia, para desvalorizarlos y en ocasiones sustituirlos por otros de mayor importancia.

DEFINICION DINAMICA.

Freud (1917) describe la resistencia como una forma de -- oponerse a la labor terapéutica que presenta el enfermo a través de toda la duración del tratamiento.

Menciona también que la resistencia del enfermo adopta -- formas diversas y continuamente cambia de apariencia, siendo -- en ocasiones muy difícil reconocerla.

Uno de los primeros resultados que se logra al proponer la observancia de la regla fundamental, es el despertar la resistencia del enfermo.

La regla fundamental del análisis, invita al paciente a -- situarse en un estado de auto-observación y a comunicar todas las percepciones internas, tales como sentimientos, ideas, recuerdos, en el orden en que vayan presentándose.

Se pide además al paciente, que no realice ninguna selección o exclusión de alguna percepción aunque parezca desagradable, indiscreta, poco importante o incluso absurda. Finalmente se pide que ignore toda posible crítica de él mismo hacia los resultados de su observación.

Una de las primeras manifestaciones de la resistencia, -

se observa en las dificultades del paciente para aplicar la regla fundamental a su labor analítica. La resistencia se vence en este punto, insistiendo e imponiendo la obediencia a la regla básica. Suele entonces la resistencia tomar otra forma, - siendo frecuente la resistencia intelectual, con la que el paciente intenta defenderse de su propio análisis, con todo tipo de argumentos en contra del método y hasta del médico.

El procedimiento de resistencia contra el médico y el tratamiento más frecuente, consiste en que por medio de la transferencia, el paciente repite en lugar de recordar, sentimientos y actitudes de su vida pasada, convirtiendo en resistencia determinados caracteres de su antigua relación filial.

Las resistencias de transferencia contienen siempre importantísimos datos de la vida pasada del paciente, que al ser -- revelados de manera tan evidente y convincente, se convierten en uno de los elementos auxiliares más importantes en la labor analítica.

La resistencia presenta también caracteres o cualidades peculiares al Yo del paciente, que se han formado por reacción contra las exigencias de la neurosis misma.

Es la supresión de las resistencias, la función más im--

portante del análisis.

El conocimiento de la resistencia sirvió de base a Freud para concebir la dinámica de las neurosis.

Para explicar el hecho de que el paciente se defiende con tanta energía a la supresión de sus síntomas y a su restablecimiento, afirma Freud que las fuerzas que ahora se oponen a la modificación de la patología, son las mismas que en el pasado la provocaron.

La resistencia se encuentra funcionalmente relacionada al proceso de represión. La existencia de un síntoma parte de - que un proceso psíquico no haya llegado a su fin normal, ni - haya podido hacerse consciente, sustituyendo la parte del proceso que quedó obstruida. Contra la irrupción del proceso psíquico a la consciencia, se ha generado una violenta oposición que le ha obligado a permanecer inconsciente, adquiriendo por lo tanto la capacidad para engendrar síntomas. Este proceso patógeno constituye la "represión".

Una oposición similar se manifiesta cuando en el curso - del tratamiento se pretende transformar lo inconsciente en -- consciente; esta oposición constituye la resistencia.

La resistencia se hace presente, cuando por medio del --

análisis, se intenta poner fin a la represión.

Freud (1925) señala que a la labor terapéutica, se oponen cinco clases de resistencia:

Procedentes del Yo:

- 1) **Resistencia de Represión.**- Siendo la represión un proceso que exige un gasto permanente de energía, el Yo, necesita asegurar su defensa de manera continua. La actividad encaminada a proteger la represión, se llama resistencia de represión.
- 2) **Resistencia de Transferencia.**- Esta forma de resistencia ha establecido una relación con la situación analítica, o con la persona del analista, y actúa reanimando una represión en lugar de permitir al Yo recordarla.
- 3) **Resistencia de Ventaja de la Enfermedad.**- Se basa en la incorporación del síntoma al Yo. Esta forma de resistencia corresponde a la rebelión contra la renuncia a una satisfacción o un alivio.

Procedente del Ello:

- 4) **Resistencia del Ello.**- Llamada también resistencia de -

lo inconsciente. Esta forma de resistencia requiere de la elaboración de aspectos tales como la compulsión a la repetición y la atracción de los prototipos inconscientes sobre el proceso instintivo reprimido.

Procedente del Superyó:

- 5) Resistencia del Superyó.- Proviene del sentimiento de culpa y de la necesidad del castigo. Esta forma de resistencia obstaculiza todo movimiento hacia el éxito y obstruye la labor terapéutica.

OTROS AUTORES.

Laplanche y Pontalis definen el concepto de resistencia:

"Durante la cura psicoanalítica, se denomina resistencia todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente. Por extensión, Freud habló de resistencia al psicoanálisis para designar una actitud de oposición a sus descubrimientos, por cuanto éstos revelaban los deseos inconscientes e infligían al hombre una "vejación psicológica."

(Laplanche y Pontalis, 1979 p. 399)

Señalan que el concepto de resistencia ejerció un papel decisivo en el psicoanálisis; se descubre como un obstáculo al esclarecimiento de los síntomas y a la progresión de la cura.

La interpretación de la resistencia es la característica específica de la técnica psicoanalítica.

En el proceso psicoanalítico es posible evidenciar progresivamente las resistencias, que en ocasiones son detectadas por las diferentes formas en que el paciente infringe la regla básica.

Freud señaló que la resistencia constituye una obstrucción al trabajo terapéutico.

En un principio, Freud intenta vencer a la resistencia, -- mediante una fuerza opuesta: la insistencia y la persuasión; -- pero posteriormente descubre que la resistencia es un medio de acceso a lo reprimido.

En la resistencia y la represión se ven actuar las mismas fuerzas.

La transferencia debe considerarse como una resistencia, ya que se vale de la repetición actuada, para reemplazar al recuerdo verbalizado.

Freud señala como hipótesis, que los recuerdos pueden considerarse agrupados según su grado de resistencia, a la manera de capas concéntricas al rededor del núcleo patógeno; durante el tratamiento, mientras más se aproximen al núcleo, se aumenta proporcionalmente la resistencia.

A partir de ese momento, Freud considera la resistencia una manifestación inherente al tratamiento, de la misma fuerza que el Yo ejerce contra las manifestaciones penosas.

Al parecer el origen último de la resistencia consiste en

la repulsión de lo reprimido para volverse consciente y ser -- aceptado por el sujeto.

La resistencia es una defensa ejercida por el Yo.

La resistencia proviene de los mismos estratos y sistemas que en su tiempo produjeron la represión.

Señala Freud (1937) en uno de sus últimos escritos (Análisis terminable e interminable), que los mecanismos de defensa que actuaron en otro tiempo, regresan durante la cura psicoanalítica en forma de resistencias; ya que la curación misma representa aparentemente una nueva amenaza.

GREENSON

La resistencia tiene un valor especial dentro de la metodología psicoanalítica, ya que gracias al descubrimiento de la importancia del análisis de las resistencias, se estructuró el psicoanálisis como técnica terapéutica.

El psicoanálisis se distingue de otras formas terapéuticas, por su forma particular de tratar las resistencias, analizando, interpretando sus causas, historia y fines.

El concepto de resistencia guarda una estrecha relación con los procesos defensivos que ponen al individuo a salvo -- del peligro y del dolor. Durante el proceso psicoanalítico,

las defensas se manifiestan en forma de resistencias que se oponen al procedimiento analítico, al psicoanalista y al Yo razonable del paciente.

Greenson (1980) describe la resistencia como un concepto operativo que se sirve de todos los mecanismos defensivos que el Yo ha empleado a lo largo de la vida del paciente.

La resistencia opera esencialmente en el Yo inconsciente del paciente, aunque algunos aspectos de su resistencia sean accesibles en ocasiones a su Yo razonable.

Greenson establece otra relación entre defensa y resistencia, señalando que hay jerarquías de resistencia del mismo modo que hay jerarquías de defensa:

"La concepción de la defensa se refiere a diversas actividades inconscientes del Yo, pero podemos distinguir entre los mecanismos de defensa profundos, inconscientes y automáticos y los que están más cerca del Yo consciente. Cuanto más primitivo es el lugar de esta jerarquía ocupado por determinada defensa, y más íntimamente está relacionada con el material reprimido, menos probable es que se haga consciente. Las defensas

situadas más arriba en la escala operan más de -- acuerdo con el proceso secundario y regulan descargas más neutralizadas. Este razonamiento puede transportarse a nuestro entendimiento de las resistencias, que comprenden también una amplia gama de procesos tanto en términos de si se sirven en su funcionamiento de procesos primarios o secundarios como de si tratan de regular una descarga instintual o neutralizada."(Greenson, 1980, p. 88)

Señala Greenson que el Yo se sirve de la regresión para fines de defensa y resistencia; aún siendo más pasivo en la regresión, que en otras operaciones defensivas.

Greenson clasifica las resistencias desde diversas perspectivas:

- 1) Según el origen de la resistencia.- Repitiendo la clasificación de Freud: Resistencias del Yo, del Ello y del Superyó.
- 2) Según los puntos de fijación.- Es posible ubicar las resistencias, dependiendo de la etapa del desarrollo a la que correspondan: Resistencias orales, anales, fálicas, de latencia y de la adolescencia.

3) Según los tipos de defensa:

1.- Defensas simples.- En base a los tipos de mecanismo de defensa específico; es posible identificar el tipo de defensa del cual se sirve la resistencia.

Ejemplos:

a) Resistencia de represión.- La resistencia se opone al proceso analítico cuando por represión, el paciente olvida sus sueños, los pasajes importantes de su infancia, o incluso su sesión de análisis.

b) Resistencia de aislamiento.- Dada por la separación de los afectos del contenido ideacional. Se manifiesta cuando el paciente no integra a su vida cotidiana los insights producidos durante la sesión psicoanalítica.

2.- Defensas complejas.- En las que incluye formas de resistencia que se sirven de fenómenos más complejos:

- Resistencia transferencial.- Es el fenómeno más importante de la situación analítica. La resistencia transferencial tiene dos aspectos: la re

sistencia que presenta el paciente que tiene reacciones transferenciales y la resistencia que presenta el paciente para evitar las reacciones transferenciales.

Es aquí donde se manifiesta la íntima relación - que guarda la resistencia con la transferencia.

- Resistencia de actuación.- El acting out siempre desempeña una función de resistencia, cuando en la situación analítica, el paciente descarga sus impulsos en acción.
- Resistencias caracterológicas.- Se derivan de -- las resistencias de carácter. Son habituales al organismo en su trato con el mundo externo, son rígidamente fijas y generalmente egosintónicas. - Glover se refiere a este tipo como resistencias - aillantes.
- Resistencias encubridoras.- Es frecuente que se - presenten durante el análisis recuerdos, afectos e identidades encubridoras de recuerdos, afectos e identidades más dolorosas.

4) Según su propia perspectiva práctica, Greenson clasifica:

- A) Resistencias Egodistónicas.- O ajenas al Yo, son las resistencias que el Yo razonable del paciente puede observar y distinguir fácilmente.
- B) Resistencias Egosintónicas.- Son las resistencias que el paciente no puede observar, ya que forman parte de su propia forma de ser. Caben dentro de esta categoría, las formaciones reactivas, las resistencias caracterológicas, las actitudes contrafóbicas y las defensas de pantalla.

FENICHEL

Existe una estrecha relación funcional y operativa entre los motivos y mecanismos de defensa, y los motivos y mecanismos de resistencia.

El motivo principal tanto de la resistencia como de la defensa, es la evitación de los afectos dolorosos.

Para precisar los motivos de la defensa, Fenichel (1982) comienza por descubrir las características del conflicto neurótico.

Señala que además de ser la base de las psiconeurosis, el conflicto neurótico ocasiona el bloqueo de las descargas necesarias y consecuentemente crea un estado de estancamiento que

da origen a la insuficiencia del Yo para controlar la excitación.

El conflicto neurótico se origina por la lucha entre una tendencia que pugna por hallar descarga y otra tendencia que intenta evitar esa descarga.

Las tendencias que pugnan por la descarga, se equiparan con los impulsos instintivos o pulsiones; y la tamización de las pulsiones, o el proceso de permitir o evitar su descarga, se considera una función del Yo. Es por lo anterior que el conflicto neurótico se ubica entre el Ello y el Yo.

Los motivos de la defensa tienen su origen en el mundo externo que obliga al Yo a crear fuerzas represoras.

El conflicto neurótico se produce cuando un conflicto entre el Ello y el mundo externo se transforma en un conflicto entre el Ello y el Yo.

La angustia es un factor de esencial importancia en los conflictos neuróticos y constituye un motivo de defensa.

La angustia primaria es la manifestación de una tensión no dominada. Es un fenómeno automático que se produce cada vez que el organismo es invadido por la excitación, se presen-

ta en forma de pánico y el Yo la experimenta en forma pasiva.

Posteriormente el Yo aprende a usar para sus propios fines lo que antes fue una reacción automática y arcaica.

El juicio del Yo ante un peligro, crea una forma de angustia moderada, que como señal de alarma, indica la necesidad de iniciar una actitud defensiva.

Si el Yo, a causa de represiones anteriores, se encuentra en un estado de estancamiento, es posible que fracase en su función moderadora y padezca la angustia en su forma primaria.

La descripción anterior, corresponde a lo que Fenichel define como la triple estratificación de la angustia. Añade que la señal de angustia ilustra claramente la naturaleza de las contracatexis, en cuanto a que:

"Las fuerzas que el Yo utiliza contra los instintos, son derivados de los instintos mismos."

(Fenichel, 1982 p. 259)

Los sentimientos de culpa son también motivos de defensa; representan la angustia del Yo frente al Superyó.

Fenichel distingue los sentimientos de culpa, como un juicio doloroso acerca de un suceso pasado, de los sentimientos

tos de consciencia, cuya función es admonitoria; gobierna por anticipación los actos futuros. Mediante la función de admonición de la consciencia, el Yo expresa su tendencia defensiva a evitar el dolor que ocasionarían los sentimientos de culpa.

En los sentimientos de consciencia, el temor se ha internalizado y amenaza desde dentro, su función consiste en evitar los actos que pudieron ocasionar sensaciones de aniquilamiento.

Estas sensaciones de aniquilamiento consisten en una cesación de los suministros narcisísticos, derivados inicialmente del cariño de alguna persona significativa en el exterior, y posteriormente del Superyó.

El asco constituye también un motivo de defensa, dirigido contra exigencias orales.

El precursor del asco es el síndrome fisiológico de defensa que se activa cuando es repulsivo al aparato digestivo y que consiste en expulsarlo.

Análogamente el Yo se defiende mediante el asco, de las pulsiones sexuales, especialmente orales y anales.

La vergüenza también es utilizada como motivo de defensa,

principalmente contra el exhibicionismo y la escotofilia.

Tanto el asco, como la vergüenza, se encuentran vinculados a los sentimientos de culpa en expresiones tales como: sentir asco de sí mismo o tener vergüenza de sí mismo.

Fenichel subdivide a los mecanismos de defensa en dos grupos:

- 1) Defensas exitosas.- Defensas que logran la cesación de los impulsos rechazados.
- 2) Defensas ineficaces.- Las que al no lograr su objetivo, producen la repetición constante del proceso de rechazo, con la finalidad de evitar la irrupción de los impulsos rechazados.

Fenichel distingue la sublimación, de las demás formas de defensa básicamente porque en ella no se designa un mecanismo específico, sino todas las defensas eficaces. La diferencia radica en que la sublimación no hace uso de contraccatexis para inhibir la descarga instintiva, sino que a través de mecanismos tales como el cambio de actitud pasiva en activa, la vuelta contra el sujeto o la transformación de un fin en su opuesto, los impulsos sublimados logran su descarga.

Las sublimaciones pueden presentarse únicamente cuando ha desaparecido la represión, ya que para sus fines requieren de toda su carga libidinal.

Las formas de defensa ineficaces utilizan contracatexis para contener los instintos. Al no hallar los instintos rechazados una posibilidad de descarga directa, se disocian del resto de la personalidad y ejercen constantemente una presión hacia la motilidad, buscando la posibilidad de una descarga indirecta. La energía es desplazada hacia algún impulso que por asociación se encuentre vinculado al original, aumentando su intensidad.

El impulso sustitutivo recibe el nombre de derivado.

Señala Fenichel que en su mayoría, los síntomas neuróticos son derivados de este tipo.

Es por lo anterior que toda forma de defensa ineficaz, constituye una defensa patógena.

Se describen a continuación los mecanismos de defensa que según la división de Fenichel, corresponden al grupo de las defensas ineficaces o patógenas:

NEGACION.

Consiste en la tendencia a negar las sensaciones y los hechos dolorosos. Mediante la negación, en la primera infancia se niegan las partes displicentes de la realidad, como contraparte de la realización alucinatoria de deseos y como manifestación de la vigencia del principio del placer.

La negación se impone allí donde las percepciones son de carácter doloroso.

En etapas posteriores la negación es confrontada por las funciones psíquicas de percepción y memoria, debido al desarrollo del Yo y al avance del principio de realidad sobre el principio de placer.

El proceso patológico se presenta cuando el Yo adulto, incapaz de negar una verdad objetable, se disocia en una parte superficial que conoce la verdad y otra parte profunda que la niega.

Los recuerdos encubridores se presentan como ideas o experiencias substitutivas e inofensivas, asociadas a la idea o experiencia negada o reprimida.

La mentira se integra también como una forma de negación.

La persona que miente, intenta negar la realidad no solamente a su interlocutor, sino también a sí mismo.

PROYECCION.

El juicio primario del Yo distingue entre las cosas comibles, aceptables que puedan tragarse, y las no comibles, rechazables, que deben escupirse.

La proyección es un derivado de que lo que no es aceptable, debe ser expulsado.

Durante las tempranas etapas del desarrollo, el Yo de placer puro experimenta lo placentero como perteneciente al Yo y lo displicente como "no-yo".

El adulto que se proyecta, experimenta las emociones que el Yo intenta rechazar, como si estuvieran fuera del Yo; por lo que la censura a tales emociones es hecha afuera, en otra persona.

Para que la proyección pueda constituirse como mecanismo de defensa, es necesario que la función de prueba y juicio de realidad que el Yo realiza, se encuentre debilitada por efecto de una regresión narcisista.

La función excretora puede ser considerada como modelo análogo a la proyección; los impulsos de carácter censurable son eliminados del cuerpo tal como lo son las heces fecales.

El animismo es uno de los ejemplos de proyección más claros, en el que se observa cómo los sentimientos rechazados son proyectados animando los objetos de la naturaleza.

INTROYECCION.

Las actitudes incorporativas son expresiones de afirmación. En la etapa del Yo del placer puro, lo que es placentero es introyectado, pero tal incorporación destruye al objeto incorporado. En etapas posteriores del desarrollo, el Yo - - aprende a usar la introyección para fines hostiles, como medio de ejecución de los impulsos destructores.

La forma más primitiva de relación objetal, es la identificación mediante la introyección.

"Todo tipo ulterior de relación objetal, por eso, en el momento de tropezar con dificultades, puede regresar a la identificación, y todo ulterior fin instintivo puede regresar a la introyección."

(Fenichel 1982, p. 175)

REPRESION.

Afirma Fenichel que la represión es un derivado de la negación.

"Consiste en el olvido intencional (inconsciente) de impulsos internos o de hechos externos, o en no darse cuenta de los mismos, los que, por regla general, representan posibles tentaciones o castigos por causa de exigencias instintivas - censurables, o meras alusiones a tales exigencias." (Fenichel 1962, p. 173)

La represión tiene como finalidad evitar el dolor que el conocimiento de dichos impulsos y sucesos provocaría en la persona que los hace conscientes.

La represión se logra por la acción de continuas contraccatis; sin embargo lo reprimido pugna desde el inconsciente - para hacer irrupción en la consciencia.

Uno de los ejemplos más claros de represión es el olvido de nombres e intenciones. Esta forma de defensa está muy relacionada a la resistencia, ya que el análisis demuestra que el olvido se produce allí donde el nombre o la intención encuentran la resistencia de un motivo que ha sido coartado por

estar vinculado a una exigencia instintiva censurable.

En ocasiones los hechos logran ser recordados, pero su valor emocional es reprimido.

El conflicto neurótico se presenta cuando surgen experiencias nuevas que de alguna manera se asocian con lo que ha sido reprimido.

Ante estas situaciones, lo reprimido puede hacer uso de las nuevas experiencias para lograr su descarga, desplazando su energía hacia ellas y convirtiéndolas en derivados.

En ocasiones la represión tiene éxito en su descarga a través de derivados, pero en ocasiones fracasa y su actividad se intensifica reprimiendo también las experiencias que puedan estar vinculadas a lo reprimido. A este proceso se le llama represión secundaria.

La represión está relacionada a la proyección, cuando las ideas reprimidas son experimentadas inconscientemente como afuera del Yo. También se relaciona con la introyección cuando las ideas reprimidas son experimentadas inconscientemente como si hubieran sido tragadas, y continuaran actuando desde dentro.

El motivo de la regresión es la tendencia a evitar la movilidad de ideas y sentimientos censurables.

El mantenimiento de la regresión implica un fuerte gasto de energía que el Yo, ocupado en reprimir, no puede disponer - para otras funciones. Esta es la causa de algunos tipos de fatiga neurótica.

FORMACION REACTIVA.

Las formaciones reactivas representan una consecuencia y una forma de reasegurar una represión previamente establecida.

Consisten en actitudes constreñidas y rígidas que evitan la expresión de los impulsos opuestos.

La formación reactiva es un tipo especial de represión en la que la contracatexis es manifiesta y evita por lo tanto la actividad repetitiva de la represión secundaria.

Las formaciones reactivas no constituyen un mecanismo de defensa para usarse en situaciones críticas, sino son elaboraciones que han modificado la estructura de la personalidad para integrarse a ella, como si el peligro siempre estuviera -- presente.

Los rasgos de carácter patológicos, son en su mayoría -- formaciones reactivas.

ANULACION.

La anulaci3n es un mecanismo que se encuentra vinculado a la formaci3n reactiva.

Mientras que la formaci3n reactiva se manifiesta a trav3s de actitudes que evitan la expresi3n de actitudes opuestas, en la anulaci3n se realiza una actividad de car3cter positivo que es contraria y por lo tanto anulatoria de una actividad que fue realizada anteriormente. Estas actividades pueden ser real o m3gicamente contrarias a las que realmente o en la imaginaci3n fueron realizadas antes.

La anulaci3n se manifiesta claramente en los s3ntomas compulsivos compuestos de dos fases, como por ejemplo abrir y cerrar una llave.

Los s3ntomas que representan una expiaci3n son manifestaciones del mecanismo de anulaci3n.

La idea de expiaci3n es en s3 la expresi3n de la creencia en una anulaci3n de car3cter m3gico.

En ocasiones la anulaci3n consiste en la repetic3n compulsiva de un solo acto. Esto sucede cuando la realizaci3n

del primer acto se asocia a alguna actitud instintiva inconsciente, entonces, el acto es anulado si es repetido en otras condiciones internas.

"La finalidad de la compulsión de repetición es - repetir el mismo acto, pero despojado de su secreto significado inconsciente, o con un significado inconsciente opuesto al primero.

Cuando, a causa de la persistencia de lo reprimido, alguna parte del impulso primitivo se insinúa nuevamente en la repetición destinada a ser una expiación, puede resultar necesaria una tercera, cuarta o quinta repetición del acto. "

(Fenichel 1982, p. 182)

AISLAMIENTO.

El mecanismo defensivo de aislamiento, logra disolver la conexión que existe entre un recuerdo traumático y su significado emocional.

La contracatexis aquí actúa para mantener separado lo que en realidad debe estar unido: experiencias con su correspondiente carga afectiva.

En la dinámica del aislamiento, la idea es aislada de la catexis emocional originalmente vinculada a ella, misma que en ocasiones se desplaza hacia otra idea no significativa y por la cual la persona puede presentar un despliegue de intensa emoción que en realidad corresponde al contenido ideacional aislado.

Un tipo de aislamiento es el que se efectúa en el desdoblamiento del Yo, en el que un conocimiento displicente, se mantiene aislado del resto de la personalidad.

El proceso del pensamiento lógico puede considerarse un tipo normal de aislamiento, ya que en busca de la objetividad, se realiza una constante eliminación de asociaciones afectivas.

La asociación libre cumple una función importante durante el proceso psicoanalítico, ya que interrumpe la función de las contracatexis aisladoras normales.

El mecanismo del aislamiento tiene sus orígenes en el tabú del contacto, ya que funciona dirigiendo este tabú, contra los impulsos instintivos censurables.

REGRESION.

La regresión es más bien un recurso de defensa que un mecanismo de defensa. Al parecer no es una actividad del Yo, si no que es llevada a cabo por los instintos; desde esta perspectiva la regresión le ocurre al Yo, que la experimenta en forma pasiva.

Un requisito necesario para que pueda presentarse la regresión, es un debilitamiento en la organización del Yo.

La regresión consiste en la tendencia a regresar a etapas anteriores de la vida, en las que las experiencias fueron más placenteras y los tipos de satisfacción más completos.

La intensidad de la regresión depende de dos factores relacionados entre sí: el grado de aceptación ante formas nuevas de satisfacción y el grado de fijación a las formas anteriores.

Existe una relación complementaria entre fijación y regresión.

Mientras más intensa sea una fijación pregenital, más débil será en el futuro la organización fálica. La persona fijada en una etapa anterior tendrá muchas dificultades y presentará intensas resistencias para avanzar a una etapa posterior; -

por lo tanto, ante la menor amenaza de peligro, renunciará a su posición actual y regresará al estadio en que inconscientemente se halla fijada.

La regresión se presenta también en personas en las que no existen fijaciones intensas; y amenazas graves del exterior, el individuo regresa a una etapa de seguridad y satisfacción.

Señala Fenichel que toda defensa es una defensa contra los afectos. La defensa contra los afectos tiene varias formas de manifestación.

- Como bloqueo o represión de los afectos.- El Yo que se encuentra abrumado por afectos, suele contar con las contratasxis necesarias para bloquear y reprimir nuevos despliegues de afecto.

Al ser bloqueadas las tendencias afectivas, crean derivados que se hacen presentes en sueños, síntomas y diversas formas sustitutivas.

La despersonalización y la "frigidez emocional" son efectos del bloqueo de las emociones.

- Como postergación de los afectos.- Es una forma de dife-

rir los afectos; emociones como la rabia, el miedo, la --
aflicción, la vergüenza y el asco, son desplazados en el
tiempo. La reacción afectiva aparece postergada a la si-
tuación que dió motivo a la aparición de los afectos.

- Como desplazamiento con respecto al objeto.- Los afectos
son desplazados de un objeto a otro. El caso típico de -
esta forma de desplazamiento, son las fobias.

- Como equivalente de los afectos.- Se produce cuando el -
significado psíquico de una emoción se mantiene incons---
ciente.

Los afectos son reemplazados por equivalentes de sensa---
ciones somáticas.

- Como formaciones reactivas contra los afectos.- La ten-
dencia a negar el verdadero significado de un afecto, pue-
de traer como consecuencia la intensificación del mismo,
hasta convertirse en la actitud emocional opuesta.

ANNA FREUD

Anna Freud (1982), realizó la primera sistematización de los mecanismos de defensa en relación con los problemas de resistencia en el proceso psicoanalítico.

Intervención de la resistencia en la situación analítica:

Mientras el paciente realiza la asociación libre, el Yo - permanece silencioso y por lo tanto los derivados del Ello - - irrumpen libremente en la consciencia. Posteriormente el Yo - se rebela contra la actitud pasiva que le ha sido impuesta e - interrumpe las asociaciones mediante alguna forma defensiva. - Es en este momento del análisis cuando el paciente se resiste. La resistencia consiste en un contra-ataque que realiza el Yo, para impedir el avance del Ello hacia el Yo; de manera que la atención del observador es desplazada del contenido del Ello a la actividad del Yo.

La resistencia y los sueños:

Afirma Anna Freud, que el estado psíquico del soñante se asemeja en mucho al estado anímico del paciente en la situación analítica.

Durante el análisis, el paciente que observa la regla -- fundamental, realiza una restricción de sus funciones yóicas para facilitar la irrupción de los contenidos inconscientes.-

Durante el sueño, la restricción de las funciones del Yo es automática.

En la actividad onírica participa la censura, que provoca la transposición de los contenidos latentes del sueño en contenidos manifiestos, deformaciones, condensaciones, desplazamientos, inversiones y omisiones.

Los efectos de la censura en el sueño, equivalen a las deformaciones que provoca la resistencia en las asociaciones del paciente durante la situación analítica.

Resistencia y análisis del Yo:

Gran parte de las instancias del Yo son inconscientes, -- por lo que se requiere del análisis para hacerlas conscientes. El material que se origina en el Yo, es tan importante para -- analizar, como lo es el material que surge del Ello.

Todo cuanto proviene del Yo, es una resistencia que se -- dirige contra el surgimiento del inconsciente y por lo tanto -- contra el trabajo del analista.

El análisis del Yo reviste una importancia fundamental para el proceso psicoanalítico; ya que únicamente el análisis de las operaciones defensivas inconscientes del Yo, permite re-

construir el conjunto de las transferencias sufridas por el --
instinto.

Resistencia y defensa contra el instinto:

El material que sirve para la investigación del análisis del Yo, surge durante el proceso analítico bajo la forma de -- una resistencia que se dirige contra el análisis del Ello.

La situación analítica fomenta los avances del Ello, mientras que el Yo se previene de dichos avances mediante un contra-ataque es por ello que la acción defensiva del Yo se convierte en una actividad resistente contra la labor analítica.

El análisis de la resistencia del Yo, permite observar y hacer consciente la actividad defensiva inconsciente del Yo.

Resistencia y formación de síntomas:

La formación de síntomas neuróticos está vinculada a la medida de defensa que el Yo efectúa.

La actividad del Yo en la formación de síntomas, consiste en utilizar invariablemente un modo de defensa; de manera que el síntoma neurótico aparece como un modo de fijación de un mecanismo de defensa específico.

Existe un vínculo similar entre los tipos de defensa que el paciente utiliza contra sus afectos y la forma de resistencia que adopta su Yo.

El estudio de la formación de síntomas permite deducir a posteriori la estructura de las resistencias; por ejemplo: --- El Yo del neurótico obsesivo, utiliza como mecanismo de defensa en la formación de síntomas, el aislamiento; de acuerdo a este mecanismo, el paciente neurótico obsesivo se resiste, al aislar las ideas de los afectos correspondientes durante la situación analítica.

Señala Anna Freud, que existe un paralelismo entre la defensa que usa el paciente contra sus instintos y afectos, la formación de los síntomas y la resistencia.

Resistencia y mecanismos de defensa:

El Yo, ante sus conflictos con los representantes del - - instinto y del afecto, dispone de los mecanismos de: represión, regresión, formación reactiva, aislamiento, anulación, proyección, introyección, vuelta contra sí mismo, transformación en lo contrario y sublimación o desplazamiento del objeto instintivo.

Las operaciones defensivas del Yo, se manifiestan como -

resistencias contra las asociaciones libres durante la sesión analítica.

Al fluir las asociaciones libres, los sucede una resistencia mediante la cual es posible dilucidar los mecanismos de defensa del Yo.

La tarea del analista consiste en investigar y descubrir, en qué medida intervienen los métodos defensivos, en los procesos de resistencia del Yo. Por ejemplo: Por la fuerza que toma la resistencia, para evitar la resolución de una represión, puede evaluarse la cantidad de energía invertida en el establecimiento de dicha represión.

Una de las conclusiones más importantes de Anna Freud, - señala que el análisis de las resistencias no se diferencia - del análisis de las defensas permanentes del Yo.

MECANISMOS DE OPERACION.

Cuando Freud (1937) se refiere a las alteraciones del Yo, describe la forma en que son adquiridas desde los primeros años de la vida.

Cuando el Yo realiza sus funciones consistentes en mediar entre el Ello y el mundo externo, aprende también a adoptar -- una actitud defensiva hacia su propio Ello y comienza a tratar sus demandas instintivas (internas) como si fueran peligros externos. Esto sucede cuando el Yo comprende que la satisfacción de los instintos del Ello, le ocasionaría conflictos con el mundo externo.

Así el Yo aprende a dominar el peligro interno antes de que se convierta en peligro externo.

Para efectuar la batalla contra los instintos del Ello, el Yo utiliza varios procedimientos llamados Mecanismos de Defensa, con la finalidad de evitar el peligro, la ansiedad y el displacer.

De esta manera, los mecanismos defensivos del Yo, falsifican la percepción interna del individuo dándole una imagen desfigurada de su Ello.

El problema que presentan los mecanismos de defensa, es - que si bien fueron útiles durante los primeros años de desarrollo, quedan fijados en el Yo, que continúa defendiéndose contra peligros que ya no existen en la realidad, ocasionando un gasto dinámico en la economía psíquica y debilitando considerablemente las funciones yóicas.

Los mecanismos de defensa se convierten en modos regulares de reacción en el carácter del individuo, que repite durante el trabajo analítico.

Los mecanismos de defensa dirigidos contra el peligro de los años infantiles, reaparecen durante el proceso psicoanalítico como resistencias contra la curación.

Es por eso que el Yo considera la curación como un nuevo peligro.

Una de las principales formas defensivas es la represión y mientras la tarea psicoanalítica busca precisamente hacer consciente lo que se halla reprimido, tendrá que tropezar constantemente con las resistencias que tratan de mantener lo reprimido fuera de los alcances de la consciencia del individuo.

Estas resistencias, aunque pertenecen al Yo, son incus-

cientes y en cierta forma se encuentran aisladas dentro del Yo.

Es por eso que es el Yo quien deja de participar con los esfuerzos del analista por descubrir el Ello, y además se opone a los mismos.

En este punto se hace manifiesto lo que Freud llamó Resistencia a la resistencia, que consiste en la evitación por parte del individuo al descubrimiento de sus propias resistencias.

Esta forma de resistencia no solamente evita que los contenidos del Ello se hagan conscientes, sino además se muestra en contra del proceso analítico y en contra de la curación.

Otra forma en la que opera la resistencia, es lo que - - Freud llamó "viscosidad de la libido" o "adhesividad de la libido", que consiste en que el individuo sometido al análisis, vive sus procesos muy lentamente; esto es debido a la dificultad que experimenta en retirar las catexias libidinales de un objeto, para transferirlas a otro.

Freud señaló la inercia psíquica que se presenta en ocasiones cuando el trabajo analítico ha abierto nuevos caminos a un impulso instintivo; se manifiesta como una intensa vacilación antes de que el impulso tome los nuevos caminos.

Esta forma de resistencia había sido señalada por Freud (1925 - 1926) como resistencia del Ello.

El punto decisivo en cuanto a la aparición de la resistencia durante el proceso psicoanalítico, es que evita la transformación y el cambio; por lo que la tarea psicoanalítica consiste entonces, en su interpretación y disolución.

La censura es otro concepto importante relacionado a la resistencia. La función de la censura consiste en impedir a los deseos inconscientes y a las formaciones que de ellos se derivan, el acceso al sistema preconscious-consciente.

Freud (1900) desarrolla el concepto de censura para explicar los mecanismos de deformación onírica.

La censura es una función permanente que constituye una barrera selectiva entre el inconsciente y el preconscious-consciente. La censura se origina por la represión.

Señala Greenson (1980) que la censura guarda la misma relación respecto a los sueños, que la resistencia a la asociación libre.

INDICADORES.

La resistencia se presenta como una fuerza dentro del paciente, que se opone al procedimiento del análisis, estorba su asociación libre, obstaculiza los intentos por recordar y le impide asimilar los insights que surgen de la interpretación.

La resistencia puede manifestarse de muchos modos, sutiles y complejos, a través de emociones, actitudes, ideas, impulsos, pensamientos, fantasías y también acciones. En general, todo tipo de comportamiento puede desempeñar la función de resistencia.

A continuación se describen algunos de los indicadores más frecuentes de la resistencia, presentados por Greenson (1980).

- La dificultad del paciente para hablar.- Es una de las formas más frecuentes de resistencia, se manifiesta cuando el paciente aparentemente no tiene nada de qué hablar, o le parece que nada es lo suficientemente importante para comunicarlo. En estos casos con el silencio se opone consciente o inconscientemente a manifestar algún suceso, sentimiento o pensamiento que el paciente está encubriendo.

La impropiedad del afecto.- Cuando el contenido del material que expresa el paciente y las emociones que manifiesta no son concordantes, es también un indicador de resistencia.

En ocasiones el paciente parece no participar emotivamente en lo que dice. La ausencia de afecto es clara señal de resistencia.

- Los movimientos corporales.- La resistencia se hace manifiesta también a través del lenguaje no verbal del cuerpo. La postura rígida, el movimiento excesivo, la discrepancia entre la postura y el contenido del relato, y el bostezo, suelen indicar actitudes defensivas y evasivas como formas de resistencia.

- El apego a un determinado período en el tiempo.- Durante la situación analítica, es común que se oscile desde el presente hacia el pasado y viceversa. Cuando el paciente comunica invariablemente situaciones del presente sin tocar lo referente al pasado, o viceversa, está manifestando su resistencia a través de la fijación en un solo tiempo.

- La falta de introspección.- Es indicador de resistencia,

el continuo y prolongado relato del paciente sobre detalles superficiales, ya que denota la falta de reflexión - como actitud defensiva.

- La evasión de determinados temas.- Es frecuente que el paciente manifieste su resistencia evitando hablar de temas tales como la sexualidad, sus impulsos agresivos o sus afectos de transferencia.

- Los estereotipos.- Cuando durante la sesión analítica el paciente mantiene rígidamente formas estereotipadas de iniciar la sesión, de exponer su material o de acudir a sus citas, son indicadores de defensa y ocultamiento y por lo tanto de resistencia.

- El empleo de clichés.- La falta de espontaneidad en el discurso del paciente, es una actitud defensiva; el empleo constante del lugar común es una forma de evitación en el lenguaje que elude la participación emocional. El uso repetitivo de frases hechas y tecnicismos, es indicador de resistencia.

- Algunos olvidos relacionados con la sesión analítica.- Son manifestaciones de resistencia los retrasos y las inasistencias a la sesión analítica, así como el olvido

aparente de los pagos; ya que expresan la renuencia del paciente al proceso analítico.

La ausencia de sueños.- Al ser el sueño una de las vías de acceso más importantes hacia lo inconsciente, el paciente manifiesta su resistencia al no recordar haber soñado.

El aburrimiento.- Es una manifestación de que el paciente se defiende contra sus fantasías y evita el conocimiento de sus necesidades instintuales; y es por lo tanto indicador de resistencia.

El secreto.- Cuando el paciente manifiesta que hay algo que no quiere o que no puede decir, está indicando abiertamente que se resiste.

El "acting out".- Cuando el paciente repite actuando algún suceso de su vida, en lugar de recordarlo y expresarlo con palabras y sentimientos está indicando una forma de resistencia.

La alegría constante.- La situación analítica en general, tiene episodios alegres, pero los tiene también dolorosos.

Cuando el paciente solamente se muestra alegre está mani

festando que evade el dolor. El júbilo constante es indicador de resistencia.

- La ausencia de progreso en la sintomatología y comportamiento del paciente.- Cuando en el proceso psicoanalítico el paciente no obtiene ningún progreso, a pesar de una labor satisfactoria, es indicador de una resistencia que se encuentra oculta, y que habrá que descubrir.

CONSECUENCIAS.

Ante la aparición de la resistencia en la situación psicoanalítica, la consecuencia inevitable es su análisis profundo y constante.

Aunque la resistencia se manifieste clínicamente como -- obstáculo para la terapia, su análisis llevará a conocer muchas funciones básicas del Yo, así como la interacción de las funciones del Ello, Yo, y Superyó.

Las resistencias al proceso analítico repiten los conflictos que se presentan entre las estructuras psíquicas.

Para analizar la resistencia, Greenson (1980) propone --- cuatro procedimientos: confrontación, aclaración, interpretación y traslaboración.

- 1) Confrontación.- Consiste en presentar la resistencia ante el paciente. A través de este procedimiento, el paciente deberá saber que se está resistiendo.
- 2) Aclaración.- Procedimiento que da respuesta a las preguntas de por qué se resiste el paciente, a qué se resiste y cómo lo hace. Para ello debe buscarse el afecto doloroso que se está tratando de evitar, debe aclararse el -

impulso que causa el afecto, y debe esclarecerse el modo de la resistencia.

- 3) Interpretación.- Consiste en descubrir el contenido de la resistencia; es decir, en llevar a la consciencia los impulsos inconscientes reprimidos, fantaseos o recuerdos que determinan la resistencia.

Greenson señala algunas reglas técnicas, como indicadores de la dirección general que debe seguir la interpretación de la resistencia:

- Analizar la resistencia antes que el contenido.- La interpretación del contenido no será completa si no han sido previamente analizadas las resistencias.
- Analizar el Yo antes que el Ello.- Es la formulación estructural de la regla anterior. En el proceso de análisis, el Yo del paciente adquiere dos funciones diferentes:
 - a) El Yo irracional.- Aspecto inconsciente del Yo, iniciador de las defensas patógenas; es el Yo que sufre y experimenta durante el tratamiento.
 - b) El Yo razonable.- Aspecto consciente del Yo aliado

del analista; es el Yo que observa durante el análisis.

El analista trabaja con el Yo observador del paciente, para demostrar lo ineficaces que son las operaciones del Yo irracional, logrando así la expansión del Yo racional. Al analizar el Yo antes que el Ello, el paciente tratará el contenido interpretado desde su Yo razonable, y no como la repetición de antiguas pautas neuróticas.

Analizar la resistencia antes que el contenido y el Yo -- antes que el Ello, implica que toda interpretación debe empezar por la superficie.

Otra formulación paralela a las anteriores es analizar la defensa antes que lo reprimido.

- 4) Traslaboración.- Consiste en la elaboración de la interpretación que conduce al insight para provocar un cambio significativo en el paciente.

La relación que guardan la resistencia y la contrarresistencia es similar a la de transferencia y contratransferencia.

La contrarresistencia es la contraparte de la resistencia,

por lo que los determinantes y mecanismos descritos en este capítulo, son válidos para la contrarresistencia.

En el capítulo siguiente se presenta el desarrollo teórico del concepto de contrarresistencia.

CAPITULO V

LA CONTRARRESISTENCIA

DEFINICION CONCEPTUAL.

La definición del concepto de contrarresistencia es derivada de la definición que Laplanche y Pontalis (1979) presentan para el concepto de contratransferencia:

"Conjunto de relaciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste."

(Laplanche y Pontalis 1979, p. 83)

Contrarresistencia se define como la relación inconsciente que el analista establece frente a la persona del analizado, específicamente frente a la resistencia de éste y que consiste en coadyuvar a la misma.

La razón por la cual una definición ha sido derivada de otra, es porque la contrarresistencia se constituye como un elemento operativo en la dinámica de la contratransferencia; es decir la contrarresistencia es parte de la reacción contratransferencial del analista, pero específicamente a las resistencias del paciente.

Greenson (1980) ha señalado ya la posibilidad de que el -
analista se contrarresista, como respuesta ante la resistencia
del paciente:

"Es importante además no coadyuvar a la resistencia
del paciente empleando el mismo género de resisten-
cia que él.

Si está callado, uno debe tener cuidado de que el
silencio propio no sea contrarresistencia."

(Greenson 1980, p. 129)

Freud (1912) se refiere ya en "Consejos al Médico en el -
Tratamiento Psicoanalítico", a las resistencias del analista:

"No ha de tolerar en sí resistencia ninguna que
aparte de su conciencia lo que su inconsciente ha
descubierto, pues de otro modo introduciría en el
análisis una nueva forma de selección y deforma-
ción..."

(Freud 1912, p. 1657)

El concepto de contrarresistencia define la situación te-
rapéutica en la que el analista, al establecer una relación --
inconsciente específicamente frente a la resistencia del pa-
ciente, responde con su propia resistencia. La resistencia -

del analista secunda y afirma la resistencia del paciente, situación que puede estancar, desviar o definitivamente anular - la efectividad de un tratamiento psicoanalítico.

Esta desviación es significativa en el sentido de que, un área específica del proceso psicoanalítico a la cual el paciente se resiste y el analista se contrarresiste, es postergada o incluso evitada inconscientemente por ambos; de manera que la terapia toma otro curso, hacia otras áreas que no sean para ambos conflictivas.

Devereux (1983) describe la distorsión consecuente a la aparición de las resistencias contratransferenciales, como un efecto inevitable cuando se pasan por alto, en lugar de considerarse como datos básicos y característicos del proceso.

Es por ello que el reconocimiento del analista de su propia resistencia, en relación a la resistencia de su paciente - (contrarresistencia), debe ser parte integral de su trabajo - analítico.

Menciona Greenson (1980) que para que el analista pueda escuchar eficazmente a su paciente, debe atender también a sus propias respuestas emocionales.

"Por encima de todo, el analista tiene que estar atento a sus propias reacciones de transferencia y resistencia, que pueden estorbarle o ayudarle a entender las producciones del paciente. "

(Greenson 1980, p. 109)

DEFINICION DINAMICA.

El origen dinámico de la contrarresistencia se halla vinculado a los conceptos de sobreidentificación, contraidentificación, y contraidentificación proyectiva.

Ella Sharpe (1947) se refiere a la sobreidentificación, - como a una identificación excesiva del analista con su paciente, que provoca su reacción contratransferencial y le ocasiona por lo tanto la pérdida de su objetividad. A diferencia de la empatía, en donde se requiere de cierta identificación con el paciente, la sobreidentificación hace que la percepción del -- analista sea deformada.

R. Fliess (1953) describe la contraidentificación como - la identificación del analista con respecto a la identifica--- ción de su paciente; que como identificación misma, constituye un remanente regresivo de una relación objetal.

La contraidentificación es un fenómeno recíproco que du--- plica la identificación del paciente. Se debe a antiguas rela- ciones del analista asociadas a conflictos, que emergen en for- ma inconsciente y que interfieren en el desarrollo del proceso psicoanalítico.

En su función, el terapeuta tiene necesariamente que iden

tificarse con su paciente, la función auto observadora de su Yo es puesta al servicio de su paciente. El terapeuta toma el lugar de su paciente mediante un mecanismo secuenciado de introyección, introspección y reproyección del material obtenido.

En el caso de la contraidentificación, el terapeuta pierde los límites de su Yo en los objetos con los que se ha identificado dentro del paciente; consecuentemente, éstos son confundidos con los que el paciente ha proyectado a través de su identificación en el propio terapeuta.

El resultado entonces es que el terapeuta pierde control, regulación, y observación de su Yo.

L. Greenberg (1956) describe el concepto de contraidentificación proyectiva, como la reacción que se produce en el analista a consecuencia de una excesiva identificación proyectiva del paciente.

La contraidentificación proyectiva puede iniciarse con la empatía; es decir, con la capacidad de comprensión por parte del analista, del material que recibe y la medida en que puede colocarse en el lugar de su paciente.

Posterior a la empatía sigue la identificación parcial y transitoria; proceso consciente mediante el cual, el analista

introyecta los conflictos objetales de su paciente, para después de elaborarlos, re proyectarlos en forma de interpretación.

La contraidentificación proyectiva se produce como resultado de una excesiva identificación proyectiva del paciente, - que el analista no percibe de manera consciente, por lo que se ve llevado a desempeñar inconscientemente el rol que le ha sido impuesto.

La principal aportación de Grinberg consiste en que considera que el proceso tiene una base proyectiva, y en señalar el peligro de que el analista sea llevado a actuar involuntariamente por los deseos inconscientes del paciente.

La relación que existe entre la contrarresistencia y los conceptos anteriormente descritos, consiste en que el analista se identifica con su paciente mediante los mismos mecanismos, y reacciona a su resistencia con una contrarresistencia; de manera que el analista se ve llevado inconscientemente a evitar aquellos temas a los que el paciente se resiste.

Devereux (1983) describe de otra manera el mismo proceso:

"Aún más importantes que las determinantes contra transferenciales que el científico de la conducta

lleva a la situación observacional, son las reacciones que sus sujetos le desencadenan insidiosamente y que a continuación él pone por obra de acuerdo con su tipo de personalidad."

(Devereux 1983, p. 287)

La dinámica de la contrarresistencia no necesariamente implica procesos patológicos del analista; ya que como persona sensible a las producciones de su paciente; es vulnerable tanto a las resistencias del analizado como a sus propias resistencias. La contrarresistencia es un aspecto de la interacción analítica con el paciente.

Para Kernberg (1965), la situación analítica es un proceso de interacción en el que pasado y presente del analista y del paciente, así como sus respectivas reacciones a ese pasado y presente, se fusionan en una única posición emocional.

Señala Kernberg que mediante el mecanismo de regresión empática en el analista, algunos conflictos del paciente pueden reactivar conflictos similares que se presentaron en el pasado del analista; de la misma manera, dicha regresión suele reactivar defensas de carácter que el terapeuta había dejado de usar.

Aberastury y Colaboradores (1968) señalan que:

"El analista está 'funcionando' siempre en neurosis de contratransferencia; la elaboración de -- las resistencias, que lleva a la interpretación comprende el vencimiento de sus propias resistencias que, aunque con otras características, son también las del paciente, y la buena interpretación que modifica al paciente, está modificando también la contratransferencia."

(Aberastury y Cols 1968, p. 203)

Los procesos de contrarresistencia pueden ser también -- áreas ciegas cargadas de narcisismo, por lo que el analista no las puede ver y menos aún movilizar.

Esta área ciega, cuando coincide con la resistencia del -- paciente, se alfa a la parte patológica de éste y forman un -- bastión del cual no puede salir el paciente, pues no cuenta con la "objetividad" del terapeuta para analizarla.

OTROS AUTORES.

Dado que, si bien el concepto de contrarresistencia no ha sido desarrollado como tal por ningún autor, varios autores han hecho referencia al concepto aunque de manera indirecta. Dichas referencias han sido mencionadas a lo largo de este trabajo en los lugares pertinentes.

MECANISMOS DE OPERACION.

La aparición de la contrarresistencia, al ser una resistencia reactiva en el analista, está regida por los mismos mecanismos propuestos para la explicación de la resistencia en el paciente.

Una de las primeras aproximaciones de Freud (1892) en torno a la resistencia, la describe como una forma de "defensa" - que se manifiesta contra una representación intolerable.

Posteriormente Freud (1895) afirma que cuando una representación intolerable afluye al Yo, provoca una energía de repulsión con el propósito de defender al Yo de dicha representación; el trabajo exitoso de la defensa logra expulsar de la memoria y de la consciencia, tal representación.

Es bien sabido que, para que el analista esté habilitado para el desempeño de sus funciones, debe vivenciar el proceso del psicoanálisis en él mismo; e incluso se ha recomendado -- que a lo largo de su vida, se analice periódicamente con otro psicoanalista.

Sin embargo, éstas no son condiciones que lo liberen en forma absoluta y definitiva de sus propios procesos defensivos que han expulsado de su memoria y de su consciencia, re-

presentaciones que si bien no necesariamente son patológicas, sí permanecen inconscientes.

La irrupción de la resistencia en la situación analítica, fue descrita por Freud (1917) como una forma en la que el paciente se opone a la labor terapéutica.

El analista investiga la representación inconsciente del analizado con la finalidad de permitirle acceso a la conciencia. El paciente se resiste entonces, a través de los mismos mecanismos defensivos que en el pasado se estructuraron para reprimir tal representación.

El análisis en ese momento representa para el paciente, la amenaza de perder la eficacia de la defensa, y tener que enfrentar conscientemente algún aspecto doloroso del recuerdo.

Frecuentemente el paciente se resiste por medio de la transferencia, repitiendo en lugar de recordar, sentimientos y actitudes de su antigua relación filial.

Cuando la contrarresistencia se hace presente en la situación analítica, también aparece como una forma de oposición a la labor analítica del paciente; que se limita al aspecto específico al que el paciente se resiste.

El analista se contrarresiste en el momento en que su paciente hace manifiesta su resistencia; si bien el analista no sabe conscientemente a qué se resiste su paciente, lo percibe de manera inconsciente.

"...la naturaleza de la ocultación, revela indirectamente la forma de lo ocultado."

(Devereux 1983, p. 47)

Ha señalado Devereux que:

"Un rasgo común a todas las investigaciones es que en algún punto del experimento, un evento se transforma en una percepción."

(Devereux 1983, p. 132)

Así como también:

"Ni el psicoanalista ni ningún otro científico de la conducta puede obviar al hecho de que quiéralo o no, su instrumento más importante y su principal 'órgano sensorio' es su inconsciente en que entra también el campo de los afectos."

(Devereux 1983, p. 203).

Es importante señalar que la contrarresistencia del analista no se presenta indiscriminadamente ante cada resistencia del paciente; sino exclusivamente ante aquellas resisten-

cias que mediante el proceso de contraidentificación proyectiva descrito por Grinberg (1956), hayan tocado aspectos reprimidos y por lo tanto vulnerables del analista y lo hayan llevado a reaccionar con una contrarresistencia.

De la misma manera que los mecanismos de defensa que se erigieron en protección del Yo, se manifiestan durante la situación analítica como resistencias; las contrarresistencias son igualmente estructuradas en base a los mecanismos de defensa usados por el analista en sus conflictos del pasado.

INDICADORES.

Con base en la descripción que hace Greenson (1980) de -- los indicadores más frecuentes de la resistencia, se presentan a continuación los indicadores más comunes de contrarresistencia.

- El aburrimiento en el analista.- Es la contraparte de la dificultad que presenta el paciente para hablar o para -- asociar. El analista bloquea sus fantaseos en relación a su paciente como reacción de contrarresistencia.
- La impropiedad del afecto.- En ocasiones el contenido - del material que expresa el paciente, produce en el analista emociones no concordantes. Lo anterior, tanto como negarse a reaccionar afectivamente, son indicadores de contrarresistencia.
- Las actitudes corporales.- Que incluyen expresión del -- rostro y el lenguaje no verbal del cuerpo, pueden manifestar aprobación o desaprobación con respecto al material que ofrece el paciente. El analista se contrarresiste cuando inconscientemente desaprueba ciertos temas a través de su lenguaje corporal.

- El apego a determinados aspectos de la producción del analizado.- Cuando la atención del analista se encuentra fijada exclusivamente a algún aspecto del material de su paciente, manifiesta una evasión con respecto a otros aspectos y es por lo tanto una contrarresistencia.
- La escasa interpretación.- Es la contraparte de la falta de introspección del paciente, quien como actitud defensiva, evita la reflexión y gira en torno a detalles superficiales; el analista no realiza las interpretaciones pertinentes como una forma de contrarresistencia.
- Evitación de determinados temas.- El analista realiza en sus funciones la tarea de control y dirección; regula mediante los señalamientos de su interpretación, el tema -- que habrá de ser abordado por su paciente. Los temas específicos que continuamente sean evitados por el analista, son indicadores de contrarresistencia.
- Los estereotipos.- Si durante la sesión analítica el analista mantiene rígidamente formas estereotipadas de iniciar la sesión, de dirigirse a su paciente o de presentar sus interpretaciones, está manifestando recursos de ocultamiento y por lo tanto defensivos que constituyen una -- forma de contrarresistencia.

- La falta de espontaneidad.- En el comportamiento general del analista durante la sesión, el empleo de lugares comunes, el uso repetitivo de frases hechas y tecnicismos, son formas frecuentes con las que el analista elude su participación emocional y consecuentemente indicadores de contrarresistencia.
- Los olvidos relacionados con la sesión analítica.- Equivocaciones con los horarios de los pacientes, citar a dos pacientes a la misma hora, olvidar dar los avisos para cancelaciones, retrasos en las sesiones e incluso el olvido de la sesión analítica, expresan la renuencia del analista con respecto a su paciente y por lo tanto su contrarresistencia.
- Los olvidos relacionados con el material del paciente.- Equivocaciones con respecto a datos significativos, olvido de datos fundamentales del historial del paciente, olvido de aspectos específicos del material que le es presentado, constituyen indicadores de contrarresistencia.
- El "acting out".- Cuando el analista repite actuando algún suceso de su vida pasada durante la sesión analítica.

CONSECUENCIAS.

La consecuencia más importante de la aparición de la contrarresistencia en la situación analítica, es la desviación -- que sufre el curso del análisis, consecuente a la evitación de los aspectos a los que ambos, analista y analizado se resisten.

Este cambio de dirección se presenta porque el analista - inhibe su investigación sobre un área específica de las producciones del paciente, dada la percepción inconsciente de su propia resistencia: su contrarresistencia.

Es probable que la contrarresistencia sea también una de las causas por las que el paciente entre en "impasse".

Así como la resistencia, la consecuencia inevitable de la contrarresistencia, debe ser su continua detección y análisis.

El analista que es consciente de la reciprocidad que existe en su relación con el paciente, sabe que es susceptible a los mismos procesos que el analizado, dado que el desempeño de sus funciones no le resta su cualidad de humano.

Así como la resistencia debe ser confrontada, aclarada, interpretada y translaborada en el proceso psicoanalítico del

paciente, el analista deberá efectuar un trabajo similar con sus contrarresistencias.

Greenson (1980) propone una metodología específica para laborar con las resistencias. Esta metodología es tomada como base para que el analista pueda elaborar sus contrarresistencias.

- 1.- La primera fase consiste en que el analista reconozca su contrarresistencia. Si el analista conoce los indicadores de contrarresistencia y se encuentra en un constante estado de auto observación, podrá reconocer fácilmente los momentos en los que se contrarresiste.
- 2.- La segunda fase consiste en que el analista investigue -- los motivos y los modos de su contrarresistencia, por qué se contrarresiste, a qué se contrarresiste y cómo lo hace. Para ello deberá responder a las preguntas de:
 - ¿Qué aspecto doloroso específico lo hace contrarresistirse?
 - ¿Que impulso instintivo concreto ocasiona el afecto doloroso?
 - ¿Qué método está empleando para manifestar su contrarresistencia?

- 3.- La tercera fase consiste en la interpretación de su contraresistencia. El analista deberá primeramente questionar se qué fantasía o recuerdos ocasionan los afectos e impulsos en que se sustenta la contrarresistencia. Posteriormente deberá rastrear la historia y los fines inconscientes de estos afectos, impulsos o acontecimientos, dentro y fuera del análisis, en el pasado; con el propósito de descubrir el contenido de su contrarresistencia y de esta manera hacerla consciente.
- 4.- Finalmente el analista deberá translaborar su interpretación. El insight consecuente a su elaboración, llevará al analista a afrontar las resistencias de su paciente en lugar de coadyuvar a ellas.

La implicación general de que el analista esté abierto a detectar y elaborar sus contrarresistencias, consiste en que se evitará que el proceso psicoanalítico tenga situaciones selectivas y deformadas por las distorsiones que el analista puede provocar.

Devereux (1983) señala uno de los planteamientos más importantes de Freud a este respecto:

"...la objetividad para con los demás presupone la objetividad para consigo mismo..."

(Devereux 1983, p. 203)

EJEMPLOS CLINICOS.

CASO I

Un joven de 23 años acude al psicoanálisis por sentirse inconforme con su carácter; se considera tímido, apocado y cobarde. No ha logrado establecer una relación significativa -- con ninguna muchacha. Lo atribuye a su falta de tiempo y habilidad para comunicarse con ellas, además de que por el momento no quiere desviarse de su interés fundamental, que consiste en terminar su carrera de ingeniero. Actualmente vive con sus padres y con dos hermanos más, con quienes dice llevarse bien y no tener conflicto. Sin embargo siente que su vida no es la de un joven sano. Sale poco de su casa, si no es a la universidad, y cuando lo hace se siente incómodo y quiere llegar temprano, lo antes posible, para evitar la preocupación de su padre, quien en alguna ocasión se ha violentado por la tardanza del joven.

Cuando las sesiones se aproximan al punto de la preocupación del padre por su tardanza, es frecuente que el paciente se desvíe del tema, hablando de cosas que le parecen más importantes como por ejemplo el relato de un sueño. En este momento, el psicoanalista se distrae pensando en su hijo de 21 años, que a veces llega tarde y espera que esa noche llegue

temprano. El paciente sigue hablando y en el analista, dada su distracción, no aparece ninguna resonancia inconsciente, -- por lo que no interviene y el paciente continúa hablando mientras él se hunde en sus propios pensamientos.

Cuando el analista recupera el hilo de la sesión, es porque ya ha perdido material significativo. Toma entonces algunos aspectos superficiales del diálogo y dirige la conversación hacia otros temas con los que no se distrae, sino que permanece alerta todo el tiempo.

Lo que llamó la atención del analista sobre estos hechos, fue la siguiente frase del analizando: "Cuando llego tarde mi padre se preocupa, pero anoche fue el colmo, estaba despierto y me regañó, imagínese usted, regañándome a mis 23 años de edad". Fue en ese momento cuando el analista se dió cuenta, por primera vez, del conflicto que tenía el joven con su padre.

En este punto, el analista asocia y recuerda a su propio padre como un hombre autoritario que le enseñó a obedecer sus órdenes, fueran racionales o irracionales. La figura de su padre había sido discutida en su propio análisis, pero de alguna manera se las ingenió para que saliera indemne, a pesar de que durante su infancia tuvo fuertes conflictos al decidir entre tomar sus propias decisiones y obedecer, renunciando

a algún objeto o a la relación con otros compañeros de juegos. El analista, al distraerse del relato, estaba validando la conducta de su propio padre, a quien temía perder como objeto de amor si se atrevía a criticarlo y a independizarse de él tomando sus propias decisiones. Al validar la conducta de su padre, estaba al mismo tiempo bloqueando la comunicación de su paciente, que le exigía poner en tela de juicio al autoritarismo y el control a que estaba sometido por su padre. La distracción y el silencio del analista, reafirmaba la obediencia del paciente y aprobaba la conducta de su padre; razones por las cuales el paciente no prosperaba, continuaba atascado en su relación con el padre, proseguía su dependencia, su timidez y su cobardía. Fue preciso que el analista detectara su contrarresistencia y elaborara su conflicto no resuelto con el padre, para estar en disposición de ayudar a su paciente de manera efectiva.

Puede observarse cómo, en el momento preciso en que el paciente se resiste evadiendo el tema de la preocupación del padre, en lugar de señalar la resistencia y trabajar sobre ella, el analista se contrarresiste permitiendo la desviación de su paciente y distrayéndose al mismo tiempo, situación que conduce el curso del análisis hacia otros aspectos que no son conflictivos para el analista.

CASO 2

El paciente se encuentra en una situación de tratamiento en la cual ha conservado el mismo día de asistencia y la misma hora durante un período aproximado de un año, sin ausencias ni retrasos. Durante ese período se ha omitido trabajar la relación con la madre. En el momento de iniciar el tema, el paciente empieza a solicitar del analista, la seguridad de que al término del tratamiento se inicie una amistad, haciéndole además una invitación a la celebración del cumpleaños del paciente, a la cual el analista se disculpa y no asiste.

En ese momento el analista percibe la transferencia del paciente así como su temor a ser abandonado por el analista. A partir de este momento se inicia un proceso resistente en el paciente, utilizando la sesión solamente con pláticas insustanciales, a lo cual el analista responde regresando al tema del abandono.

Posteriormente el paciente llega tarde y confiesa haber olvidado la cita por haber asistido a otro compromiso. Esta actitud comienza a ocurrir cada vez con más frecuencia.

A la semana siguiente el analista se da cuenta de que ha citado a otra persona, el mismo día a la misma hora que el paciente ocupaba. El analista había olvidado que llegaría el paciente

habitual, y lo descubre al llegar el mismo; comprendiendo que a la resistencia del paciente ha respondido con una contrarresistencia, olvidando también el día y la hora de su cita y haciendo otro compromiso en su lugar.

La contrarresistencia del analista en este caso está vinculada al tema del abandono que el analista tuvo que revisar en su propio análisis para así abordar el temor al abandono de su paciente.

CASO 3

Al analista le es remitido un paciente. En la entrevista inicial el paciente refiere una serie de padecimientos físicos que le han estado aquejando desde hace tiempo: mareos, punzadas en el corazón, taquicardias, exceso de apetito, insomnio, etc. Posteriormente refiere comportamientos que él considera extraños, como evadir pasar por alguna calle en la que se encuentren panteones o funerarias, prefiriendo hacer un rodeo. En este momento el analista pregunta al paciente si ha estado pensando o temiendo la muerte. Hay un largo silencio, el paciente titubea y finalmente responde que no, que ve la muerte como algo natural, resistiéndose con una respuesta estereotipada, a lo que el analista responde preguntando acerca de los medicamentos que ha tomado, las dosis, los resultados y da por terminada la entrevista, refiriendo al paciente a otro analista.

El analista observa cómo, ante la resistencia del paciente a abordar el tema de su miedo a la muerte, responde con una contrarresistencia desviando el curso de la entrevista hacia la medicación.

En este caso se corrobora nuevamente que la contrarresistencia era una resistencia del analista en relación al tema de

la muerte; tema también de la resistencia del paciente.

RESUMEN GENERAL

Con la finalidad de sustentar la tesis de que la contrarresistencia es un elemento operativo en la dinámica de la contratransferencia, el desarrollo de este trabajo se inicia a partir de las premisas relevantes al concepto de contrarresistencia.

La primera premisa consiste en que la contratransferencia es considerada como un instrumento terapéutico. Se efectuó una revisión de los autores que han desarrollado el concepto de contratransferencia en la psicoterapia, encontrando que autores como Freud (1910), Ferenczi (1919), Stern (1924), Sharpe (1947), Berman (1949), A. Reich (1951), Gitelson (1952), Fliess (1953), Grinberg (1956), Barchilon (1958), Mendelson y Meyer (1961), Shevin (1963) y Kohut (1968), conservan una posición clásica con respecto a la contratransferencia; es decir, la consideran como obstáculo para el tratamiento psicoanalítico. Sin embargo posteriormente la opinión es modificada, y autores como Winnicott (1949), Heimann (1950), Little (1951), Cohen (1952), Tower (1956), Spitz (1956), Racker (1957), Searles (1959), Savage (1961), Ross y Kapp (1962), Kernberg (1965), Grossmann (1965), Devereux (1983), Aberastury (1968), Kemper (1968), Feiner (1977) y Wolstein (1977) afirman que la contratransferencia es un producto inevitable de la interacción entre analista y paciente, y

como tal, un valioso instrumento en la labor analítica; estos autores apoyan la posición interaccional.

Dentro de esta línea de pensamiento se ubica la segunda -- premisa, donde la contratransferencia no solamente constituye -- una herramienta, sino que se va mas allá: es la contratransfe-- rencia y no la transferencia el dato de importancia más decisiva en la ciencia del comportamiento (Devereux 1983).

Después de señalar la relevancia de la contratransferen-- cia, la tercera premisa plantea la existencia funcional de re-- sistencias contratransferenciales.

La cuarta premisa presenta la distorsión, que como efecto de las resistencias contratransferenciales, se produce en los -- trabajos de investigación así como en la situación analítica.

La distorsión constituye un importante factor en la subje-- tividad del observador; misma que es desarrollada en la quinta premisa. Otros determinantes de subjetividad son la autoperti-- nencia profesional, la selectividad específica y el automodelo, que si no son considerados como fuente de error sistemático, si no aceptados y aprovechados, el analista podrá utilizar su propia subjetividad como su principal fuente de información.

Para que el analista esté en condiciones de hacer prove--

chable la subjetividad, debe guardar una relación simétrica -- con su paciente. La sexta premisa consiste en la reciprocidad del observador y el observado.

Al reinstalar al observador (analista) en la situación observacional, deberá observarse a sí mismo del mismo modo que a su objeto de estudio.

La séptima premisa plantea la necesidad del auto-escrutinio del analista y acentúa su importancia.

La última premisa plantea que el camino hacia la objetividad consiste en el aprovechamiento de las distorsiones y de las reacciones subjetivas (contratransferenciales).

Las premisas anteriores constituyen la base que sustenta -- la formulación y el estudio de un concepto específico: contraresistencia.

El desarrollo teórico de contraresistencia, parte del desarrollo teórico de los conceptos de transferencia, contratransferencia y resistencia, a los que se encuentra íntimamente vinculado al formar parte de la reacción contratransferencial y al ser promovida por la resistencia. En los capítulos siguientes fueron abordados dichos conceptos con base en la siguiente estructuración:

- 1) Definición conceptual
- 2) Definición dinámica
- 3) Otros autores
- 4) Mecanismos de operación
- 5) Indicadores
- 6) Consecuencias

LA TRANSFERENCIA

Definición conceptual.- (Freud 1910) La transferencia se define como un orden especial de productos mentales, inconscientes, que son reediciones o productos facsímiles de impulsos y fantasías del pasado, que serán despertados y hechos conscientes durante el proceso de análisis; y cuya característica singular es la sustitución de una persona anterior por la del médico.

Definición dinámica.- Freud (1912) En el curso del análisis, la carga de libido del individuo parcialmente insatisfecho se orienta hacia la persona del médico; esta carga se atiene a los modelos del paciente.

Freud (1916 - 17) .- El fenómeno de la transferencia sufre una transformación durante la situación analítica que recibe el nombre de neurosis de transferencia y que sustituye a la primera forma de transferencia.

Otros Autores.- Laplanche y Pontalis (1979): "Transferencia designa en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad..." (Laplanche y Pontalis 1979, -- p. 459).

Ferenczi (1910) señala que en la transferencia, el paciente inconscientemente hace desempeñar al médico el papel de las figuras parentales amadas o temidas.

Balint (1976) llama la atención sobre la importancia de interpretar a la transferencia en términos de las relaciones objetales del paciente.

A. Freud (1982) designa transferencia a todos los impulsos experimentados por el paciente en relación con el analista, que tiene su origen en tempranas vinculaciones con el objeto, que se reaniman durante el análisis por el efecto del impulso repetitivo. Clasifica la transferencia en: transferencia de impulsos libidinales, transferencia de defensa y actuación en la transferencia.

Mandolini (1969) presenta las aproximaciones teóricas de Melanie Klein y de Wilhelm Reich. Melanie Klein opina que el fenómeno de la transferencia sí puede presentarse en los niños, inclusive desarrollar neurosis de transferencia. Wilhelm Reich afirma que la transferencia se establece a raíz de la primera resistencia significativa que surja durante el análisis. Reich habla de un desplazamiento de la defensa desde lo inconsciente hacia el terapeuta, convirtiéndolo en padre estricto, madre cariñosa, etc. Según Reich, las transferencias positivas que se presentan al inicio del análisis son manifestación de las fases de transferencia positiva reactiva, de sometimiento al analista, o de transferencia de deseos narcisistas.

Singer (1979) define la transferencia como un proceso de sustitución que consiste en la reactivación de actitudes que en el pasado el paciente adoptó frente a otros y que ahora se encuentran en relación con el analista.

Singer (1979) presenta las opiniones de Rappaport, Rogers y Sullivan a propósito de la transferencia:

Rappaport entiende los fenómenos de transferencia, como un esfuerzo personal por mantener los sistemas del Yo independientes.

Rogers sostiene que las relaciones transferenciales surgen ante la amenaza que representa el terapeuta.

Sullivan señala que en las situaciones de transferencia el paciente recurre a modelos de evitación de angustia que le han sido útiles en el pasado.

Sullivan (1974) utiliza el término de distorsiones paratácticas para definir el fenómeno transferencial, en el que el paciente distorsiona la imagen real del médico.

Fromm-Reichman (1980) define transferencia como el acto de transferir y repetir formas tempranas de relación interpersonal con el psiquiatra, como si éste fuera un allegado actual.

Para Fenichel (1982), la transferencia constituye el tipo de resistencia más significativo: la resistencia de transferencia, mismo que define como la repetición hacia el analista de actitudes previamente adquiridas.

Señala que la situación analítica favorece el establecimiento de la transferencia de dos formas: pronunciando el componente transferencial en las relaciones del paciente y no reaccionando a los arranques afectivos del paciente.

Greenson (1980) define la transferencia como un fenómeno -

inconsciente y regresivo, que se manifiesta como la reedición de una relación objetal antigua. Greenson presenta la opinión de Sharpe, en cuanto a que la tarea del trabajo analítico gira en torno a la transferencia, señalando la importancia de analizar los fantaseos en relación al analista. Greenson añade que para los kleinianos, sólo las interpretaciones de transferencia son eficaces.

Mecanismos de operación.- En el fenómeno de transferencia, están involucrados los procesos de repetición, desplazamiento y la resistencia.

La transferencia puede categorizarse en función de sus objetivos instintuales, de sus zonas instintuales, de la angustia, así como de actitudes y valores que acompañan a los componentes instintuales.

En función de la estructura, la transferencia puede adoptar la representación del Superyó, Ello o del Yo en la persona del médico.

Las reacciones de transferencia operan como resistencia, que suelen presentarse en formas variadas: como la búsqueda de gratificación transferencial, como reacción transferencial defensiva, como reacciones de transferencia generalizadas, como

actuación de las reacciones de transferencia (Greenson 1980).

Indicadores.- Freud (1914 - 15) señala que una de las formas más frecuentes en que se presenta la transferencia, es con la manifestación de que el paciente se ha enamorado de su analista. Greenson (1980) precisa y desarrolla algunos indicadores de que la transferencia ha hecho irrupción en el proceso analítico:

- Experimentar por una persona sentimientos que no le corresponden, cuando en realidad son aplicables a otra.
- La impropiedad de afectos.
- La intensidad de afectos.
- La ausencia prolongada de sentimientos.
- Ambivalencia.
- La presencia de sentimientos caprichosos, inconstantes y erráticos.
- La tenacidad.

Consecuencias.- La consecuencia ante la irrupción de la transferencia en la situación analítica, es el análisis de la misma.

Greenson (1980) describe cada una de las fases del análisis de la transferencia: presentación, esclarecimiento, interpretación y traslaboración.

LA CONTRATRANSFERENCIA

Definición conceptual.- Si bien Freud no proporciona una definición precisa del concepto, a través de la lectura a sus escritos, es fácil inferir que cuando trata de la contratransferencia, se refiere a la reacción, específica del médico ante la transferencia del paciente.

Freud (1914) previene al médico de una "transferencia recíproca", que ante las manifestaciones transferenciales de alguna paciente, pueda surgir en él.

Definición dinámica.- En general, los teóricos consideran la dinámica de la contratransferencia en los mismos términos en que conciben la dinámica de la transferencia.

Devereux (1983) señala que transferencia y contratransferencia tienen ambas idéntica estructura; es puramente convencional el hecho de que una reacción se aplique al informante y la otra al investigador.

Por lo anterior, definir la perspectiva dinámica de la contratransferencia, equivale a repetir lo descrito para la dinámica de la transferencia.

Singer (1979) señala que la contratransferencia es un fenómeno

meno extraordinariamente semejante a la transferencia.

Fromm-Reichman (1980) concibe la contratransferencia en -- los mismos términos en que concibe la transferencia.

Reich (1961) afirma que la contratransferencia es una -- transferencia al revés.

Otros autores..- La exposición teórica de otros autores al concepto de contratransferencia, fue ampliamente desarrollada -- en la primera premisa de este trabajo.

Mecanismos de operación..- Singer (1979) presenta tres ca- sos de contratransferencia, que son tomados como ejemplo para -- ilustrar los mecanismos con los que opera la contratransferencia.

En el primero se presenta cómo es que el analista llega a contratransferirse, y a partir de su olvido, resulta un hondo insight en su paciente.

En el segundo, el analista responde a las reacciones trans- ferenciales de su paciente, con una contratransferencia igual-- mente hostil, este hecho, produjo también insights significati- vos tanto para la paciente como para el terapeuta.

En el tercer caso, el enojo irracional del analista con su paciente, lo llevó a encontrar las dinámicas de la conducta de-

fensiva de su paciente.

Los ejemplos presentados, ilustran además de los mecanismos de operación de la contratransferencia, las funciones terapéuticas que tiene la detección, el escrutinio y el análisis de la contratransferencia.

Indicadores. -- Todos los indicadores de transferencia, -- cuando son experimentados por el analista, constituyen los indicadores de contratransferencia.

Singer (1979) presenta algunos ejemplos:

- El olvido de las citas por parte del terapeuta.
- La incapacidad para prestar atención a las producciones -- del paciente.
- La falta de respuestas asociativas al material que le es presentado por el paciente.
- Las actitudes irracionales hacia el paciente, ya sean positivas o negativas.

Thompson (1966) añade como indicadores, las circunstancias en que el analista es susceptible al halago por parte del paciente y las ocasiones en que se siente ofendido por un ataque hostil en algún punto vulnerable.

Consecuencias.- Una de las consecuencias más importantes de las reacciones de contratransferencia, es su utilidad para la investigación psicoterapéutica.

El examen de las reacciones del terapeuta hacia el paciente, es un camino válido para llegar al conocimiento profundo del paciente.

Tauber y Green.-Ellos señalan que la exploración de las reacciones de contratransferencia por el analista y el paciente, llevará a nuevos insights sobre la naturaleza de los procesos interpersonales del paciente.

LA RESISTENCIA

Definición conceptual.- Freud (1892) concibe la resistencia como una forma de defensa contra una representación intolerable.

Freud (1895) define "resistencia a la asociación" como la fuerza psíquica que se opone a que una representación patógena excluida de la asociación, regrese a la memoria y a la conciencia del paciente.

Definición dinámica.- Freud (1917) describe la resistencia como una forma de oponerse a la labor terapéutica que pre-

de represión o de aislamiento; y complejas, como la resistencia transferencial, la resistencia de actuación, resistencia caracterológica, resistencia encubridora.

Según su propia perspectiva práctica, Greenson clasifica las resistencias en: Egodistónicas y Egosintónicas.

Dada la estrecha relación funcional y operativa entre los motivos y mecanismos de defensa; y los motivos y mecanismos de resistencia, se incluye la descripción que Fenichel (1982) hace de los mecanismos de defensa:

- Negación.- Consiste en la tendencia a negar las sensaciones y los hechos dolorosos.
- Proyección.- Es un derivado de lo que no es aceptable, - por lo que debe ser expulsado.
- Introyección.- Lo que es placentero, es introyectado, aun que esta introyección implique la destrucción del objeto - incorporado.
- Represión.- Como derivado de la negación, tiene como finalidad evitar el dolor que el conocimiento de dichos impulsos y sucesos provocaría en la persona que los hace conscientes.
- Formación reactiva.- Consiste en actitudes constreñidas y rígidas que evitan la expresión de los impulsos opuestos.
- Anulación.- Consiste en la realización de una actividad de

de represión o de aislamiento; y complejas, como la resistencia transferencial, la resistencia de actuación, resistencia caracterológica, resistencia encubridora.

Según su propia perspectiva práctica, Greenson clasifica las resistencias en: Egodistónicas y Egosintónicas.

Dada la estrecha relación funcional y operativa entre los motivos y mecanismos de defensa; y los motivos y mecanismos de resistencia, se incluye la descripción que Fenichel (1982) hace de los mecanismos de defensa:

- Negación.- Consiste en la tendencia a negar las sensaciones y los hechos dolorosos.
- Proyección.- Es un derivado de lo que no es aceptable, - por lo que debe ser expulsado.
- Introyección.- Lo que es placentero, es introyectado, aun que esta introyección implique la destrucción del objeto - incorporado.
- Represión.- Como derivado de la negación, tiene como finalidad evitar el dolor que el conocimiento de dichos impulsos y sucesos provocaría en la persona que los hace conscientes.
- Formación reactiva.- Consiste en actitudes constreñidas y rígidas que evitan la expresión de los impulsos opuestos.
- Anulación.- Consiste en la realización de una actividad de

carácter positivo que es contraria y por lo tanto anula-
ria de una actividad que fue realizada anteriormente.

- **Aislamiento.**- Este mecanismo logra disolver la conexión que existe entre un recuerdo traumático y su significado emocional.
- **Regresión.**- Es un recurso de defensa: más que un mecanismo, consiste en la tendencia a regresar a etapas anteriores de la vida, en las que las experiencias fueron más placenteras, y los tipos de satisfacción más completos.

Afirma Fenichel (1979), que toda defensa, es defensa contra los afectos; que se manifiesta de formas diversas: como bloqueo o represión de los afectos, como postergación de los afectos, como desplazamiento con respecto al objeto, como equivalente de los afectos, o como formaciones reactivas contra los afectos.

Anna Freud (1982) realizó la primera sistematización de los mecanismos de defensa en relación con los problemas de resistencia en el proceso psicoanalítico.

La resistencia consiste en un contraataque que realiza el Yo, para impedir el avance del Ello hacia el Yo, con base en las aportaciones teóricas de A. Freud, se analizó el vínculo que tiene la resistencia con diversas situaciones: resistencia

y los sueños, resistencia y análisis del Yo, resistencia y defensa contra el instinto, resistencia y formación de síntomas, resistencia y mecanismos de defensa.

Una de las conclusiones más importantes de Anna Freud, es que el análisis de las resistencias, no se diferencia del análisis de las defensas permanentes del Yo.

Mecanismos de operación.- Freud (1937) al referirse a las alteraciones del Yo, describe los mecanismos de defensa que el Yo utiliza, para efectuar la batalla contra los instintos del Ello.

Los mecanismos de defensa se convierten en modos regulares de reacción en el carácter del individuo, que repite durante el trabajo analítico.

La resistencia opera privilegiando los mecanismos de defensa que el trabajo psicoanalítico se empeña en desafiar.

Indicadores.- Greenson (1980) describe los indicadores -- más frecuentes de la irrupción de la resistencia en la situación analítica:

- La dificultad del paciente para hablar.
- La impropiedad del afecto.

- Los movimientos corporales.
- El apego a un determinado período en el tiempo.
- La falta de introspección.
- La evasión de determinados temas.
- Los estereotipos.
- El empleo de clichés
- Algunos olvidos relacionados con la sesión analítica.
- La ausencia de sueños.
- El aburrimiento.
- El secreto.
- El "acting - out"
- La alegría constante.
- La ausencia de progreso en la sintomatología y comportamiento del paciente.

Consecuencias.- La consecuencia inevitable, ante la aparición de la resistencia, es su análisis profundo y constante.

Para el análisis de la resistencia, Greenson (1980) propone cuatro procedimientos: confrontación, aclaración, interpretación y traslaboración.

Señala además algunas reglas técnicas, como indicadores - de la dirección general que debe seguir la interpretación de la resistencia:

- Analizar la resistencia antes que el contenido.
- Analizar el Yo, antes que el Ello.

LA CONTRARRESISTENCIA.

Definición conceptual.- La definición del concepto de contrarresistencia, es derivada de la definición que Laplanche y Pontalis (1979) presentan para el concepto de contratransferencia:

"Conjunto de relaciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y especialmente, frente a la transferencia de éste". (Laplanche y Pontalis 1979, p. 83).

Contrarresistencia se define como la relación inconsciente que el analista establece frente a la persona del analizado, específicamente frente a la resistencia de éste, y que consiste en coadyuvar a la misma.

La razón por la cual una definición ha sido derivada de otra, es porque la contrarresistencia se constituye como un elemento operativo en la dinámica de la contratransferencia; es decir, la contrarresistencia es parte de la reacción contratransferencial del analista, pero específicamente a las resistencias del paciente.

Definición dinámica.- El origen dinámico de la contrarresistencia, está vinculado a los conceptos de sobreidentificación, contraidentificación y contraidentificación proyectiva.

Sharpe (1947) define sobreidentificación, como una identificación excesiva del analista con su paciente, que provoca su reacción contratransferencial y le ocasiona por lo tanto la pérdida de su objetividad.

Fliess (1953) describe la contraidentificación, como la identificación del analista con respecto a la identificación de su paciente. Cuando se presenta la contraidentificación, el terapeuta pierde los límites de su Yo en los objetos con los que se ha identificado dentro del paciente, y consecuentemente deja de ser objetivo.

Grinberg (1956) define contraidentificación proyectiva, como la reacción que se produce en el analista a consecuencia de una excesiva identificación proyectiva del paciente.

En la dinámica de la contrarresistencia, el analista se identifica con su paciente sobreidentificándose, contraidentificándose o contraidentificándose proyectivamente y reacciona ante la resistencia del paciente, con una contrarresistencia; de manera que el analista se ve llevado inconscientemente a evitar aquellos temas a los que su paciente se resiste.

Otros autores.- Dado que la contrarresistencia no ha sido desarrollada por ningún autor, los autores que hacen referencia a ella fueron mencionados a lo largo de este trabajo.

Mecanismos de operación.- La operación de la contrarresistencia está regida por los mismos mecanismos que operan la resistencia; ya que es también una resistencia, pero en la persona del analista.

Freud (1982) describe la resistencia como una forma de defensa que se manifiesta contra una representación intolerable.

Freud (1895) afirma que cuando una representación intolerable afluye al Yo, provoca una energía de repulsión con el propósito de defender al Yo de dicha representación; el trabajo exitoso de la defensa logra expulsar de la memoria y de la consciencia tal representación.

Freud (1917) señala que la resistencia es una forma en la que el paciente se opone a la labor analítica.

Cuando la contrarresistencia se hace presente en la situación analítica, también aparece como una forma de oposición a la labor analítica del paciente; que se limita al aspecto específico al que el paciente se resiste.

La contrarresistencia del analista no se presenta indiscriminadamente ante cada resistencia del paciente; sino exclusivamente ante aquellas resistencias que mediante el proceso de contraidentificación proyectiva descrito por Grinberg, hayan tocado aspectos reprimidos y por lo tanto vulnerables del analista y lo hayan llevado a reaccionar con una contrarresistencia.

Indicadores.- Con base en la descripción que hace Greenson (1980) de los indicadores de resistencia, se desarrollaron los siguientes indicadores de contrarresistencia:

- El aburrimiento en el analista.
- La impropiedad del afecto.
- Las actitudes corporales.
- El apego a determinados aspectos de la producción del analizado.
- La escasa interpretación.
- La evitación de determinados temas.
- Los estereotipos.
- La falta de espontaneidad.
- Los olvidos relacionados con la sesión analítica.
- Los olvidos relacionados con el material del paciente.
- El "acting-out".
- La evitación de los episodios dolorosos.

- La ausencia de progreso en la sintomatología del paciente.

Consecuencias.- La consecuencia más importante de la aparición de la contrarresistencia en la situación analítica, es la desviación que sufre el curso del análisis, consecuente a la evitación de los aspectos a los que ambos, analista y analizado se resisten.

Para evitar que el proceso analítico tenga situaciones selectivas y deformadas por las distorsiones que el analista pueda provocar, se hace necesario el trabajo de análisis sobre la contrarresistencia.

Con base en la metodología que Greenson (1980) propone para laborar con las resistencias, se ha desarrollado una metodología para que el analista pueda elaborar sus contrarresistencias:

1. La primera fase consiste en que el analista reconozca su contrarresistencia.
2. La segunda fase consiste en que el analista investigue -- los motivos y los modos de su contrarresistencia.
3. La tercera fase consiste en que el analista interprete su contrarresistencia.
4. La cuarta fase consiste en que el analista traslabore su interpretación.

El trabajo finaliza ilustrando la irrupción de la contrarresistencia en la situación analítica, con ejemplos de casos clínicos proporcionados por diversos psicoanalistas quienes -- habiendo dado lectura a este trabajo, corroboran la tesis aquí propuesta.

CONCLUSIONES

1. La contratransferencia es un fenómeno inevitable, producto de la interacción entre analista y paciente en la situación analítica.
2. La contratransferencia constituye un valioso instrumento terapéutico, siempre y cuando sea detectada y analizada oportunamente.
3. La contratransferencia constituye un comportamiento utilizable en el proceso analítico, porque aporta datos acerca del comportamiento transferencial del paciente.
4. Las reacciones contratransferenciales, se manifiestan funcionalmente como resistencias del analista, consecuente a la ansiedad que el estudio de los datos acerca de su paciente, le provoca.
5. La tesis propone el concepto de contrarresistencia, para definir la relación inconsciente que el analista establece frente a la persona del analizado, específicamente frente a la resistencia de éste, y que consiste en coadyuvar a la misma.
6. La contrarresistencia, es parte de la reacción contratransferencial del analista, por lo que se constituye como ele-

mento operativo en la dinámica de la contratransferencia.

7. La contrarresistencia opera como reacción contratransferencial, mediante la contraidentificación proyectiva del analista con su paciente.
8. La tesis aquí propuesta es definitivamente sustentable en relación al material revisado, desde tres perspectivas diferentes: proposición, desarrollo y demostración.

El concepto de contrarresistencia ha sido propuesto a partir de dos situaciones: la mención que Greenson (1980, p. 129) hace de él, y el desarrollo funcional de las resistencias contratransferenciales que señala Devereux (1963, p. 19 - 20).

El desarrollo de contrarresistencia se estructura desde las ocho premisas que la apoyan (La contratransferencia como instrumento terapéutico, la contratransferencia: el dato de importancia más decisiva en la ciencia del comportamiento, resistencias contratransferenciales, distorsiones de contratransferencia, subjetividad del observador, reciprocidad observador-observado, importancia del auto-escrutinio del analista y objetividad.) pasando por el desarrollo teórico de los conceptos con los que se relacio-

na: transferencia, contratransferencia y resistencia.

La demostración de la contrarresistencia está dada en su definición conceptual, en su definición dinámica, en sus mecanismos de operación, en sus indicadores y en sus consecuencias.

En apoyo a su demostración los casos clínicos ilustran su irrupción en la situación analítica.

9. La aportación que representa esta tesis, consiste en proporcionar los elementos necesarios para que el analista reconozca y analice su propia contrarresistencia, evitando con ello la evasión a ciertas áreas en el tratamiento de su paciente.
10. La necesidad de nuevas aproximaciones, se extiende hacia terrenos tales como la contrarresistencia manifestada en los sueños del analista, o bien la relación del narcisismo y contrarresistencia como factores funcionales de la interacción analítica.
11. Esta tesis, más que un planteamiento terminado, proporciona una pauta de investigación hacia ampliar el desarrollo de la contrarresistencia y sus implicaciones en la situación analítica.

BIBLIOGRAFIA

1. Aberastury, A.; y Cols. Transferencia y contratransfe--
rencia.
En: Grinberg, L.; y Cols.
Psicoanálisis en las Américas
Ed. Paidós, Buenos Aires, 1968.
2. Balint, A.; y Balint, On transference and countertrans-
ference.
En: Langs, T. The therapeutic
interaction. Vol. I,
Ed. Jason Aronson,
New York, 1976.
3. Barchilon, J. (1958) On countertransference "cures".
Journal of the American
Psychoanalytic Association,
6: 222 - 236.
4. Berman, L. (1949) Countertransference and attitu-
des of the analyst in the the-
rapeutic process.
Psychiatry 12: 159 - 166.

5. Breuer, J.; y Freud, S. (1893) Estudios sobre la histeria.
 Historiales clínicos:
 Anna O. Obras Completas. Vol.II,
 Ed. Amorrortu, Buenos Aires,
 1980.
6. Cohen, M. (1952) Countertransference and anxiety.
 Psychiatry 15 : 231 - 243.
7. Devereux, G. De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento
 Ed. Siglo XXI, México 1983.
8. Feiner, A. (1977) Countertransference and the anxiety of influence.
 Contemporary Psychoanalysis, .
 1 : 1 - 16.
9. Fenichel, O. Teoría psicoanalítica de las neurosis.
 Ed. Paidós, Barcelona, 1982.
10. Ferenczi, S. (1919) On the technique of psychoanalysis.
 En: Langs, R. The therapeutic interaction. Vol. 1, Ed. Jason Aronson, New York, 1976.

11. Fliess, R. (1953) Countertransference and counteridentification
Journal of the American Psychoanalytic Association, 1: 268 - 284.
12. Freud, A. El yo y los mecanismos de defensa.
Ed. Paidós, Barcelona, 1982.
13. Freud, S. (1892). Estudios sobre la histeria.(1895)
E) Historiales clínicos:
Elisabeth von R. (1892).
Obras completas, Vol. I,
Ed. Biblioteca Nueva, Madrid,
.973.
14. Freud, S. (1895). Psicoterapia de la histeria.
En: Estudios sobre la histeria.
Obras completas, Vol. I
Ed. Biblioteca Nueva, Madrid,
1973
15. Freud, S. (1900) La interpretación de los sueños.
Obras Completas, Vol. I.
Ed. Biblioteca Nueva, Madrid,
1973.

16. Freud, S. (1901). Análisis fragmentario de una histeria.
Estudios sobre la histeria.
Obras completas, Vol. I,
Ed. Biblioteca Nueva, Madrid,
1973.
17. Freud, S. (1910) El porvenir de la terapia psicoanalítica.
Obras completas, Vol. II,
Ed. Biblioteca Nueva, Madrid,
1973.
18. Freud, S. (1912) Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico.
Obras completas, Vol. II,
Ed. Biblioteca Nueva, Madrid,
1973.
19. Freud, S. (1912) La dinámica de la transferencia.
Obras completas, Vol. II,
Ed. Biblioteca Nueva, Madrid,
1973.

20. Freud, S. (1914-15) Observaciones sobre el amor de transferencia.
Obras completas, Vol. II,
Ed. Biblioteca Nueva, Madrid,
1973.
21. Freud, S. (1916-17) La transferencia.
En: Teoría general de las neurosis.
Obras completas. Vol. II
Ed. Biblioteca Nueva,
Madrid, 1973.
22. Freud, S. (1917) Resistencia y represión.
En: Teoría general de las neurosis.
Obras completas. Vol. II,
Ed. Biblioteca Nueva,
Madrid, 1973.
23. Freud, S. (1925-26) Inhibición, síntoma y angustia.
Obras completas, Vol. III,
Ed. Biblioteca Nueva,
Madrid, 1973.

24. Freud, S. (1937) Análisis terminable e interminable.
Obras completas, Vol. III
Ed. Biblioteca Nueva, Madrid,
1973.
25. Fromm-Reichmann, F. Principios de psicoterapia intensiva.
Ed. Horme, Buenos Aires, 1980.
26. Gitelson, M. (1952) The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation.
International Journal of
Psychoanalysis, 33 : 1 - 10.
27. Greenson, R. Técnica y práctica del psicoanálisis.
Ed. Siglo XXI, México, 1980.
28. Grinberg, L. (1956) Aspectos mágicos en la transferencia y en la contratransferencia. Identificación y contra-identificación proyectivas.
Revista de Psicoanálisis,
22 : 1-69.

19. Grossmann, C. (1965) Transference, countertransference and being in love.
 Psychoanalytic Quarterly,
 34: 249 - 256.
30. Heimann, P. (1950) On countertransference.
 International Journal of
 Psychoanalysis, 31: 81 - 84.
31. Kemper, W. La transferencia y la contra--
 transferencia como unidad fun--
 cional.
 En: Grinberg, L.; y Cols.
 Psicoanálisis en las Américas,
 Ed. Paidós, Buenos Aires, 1968.
32. Kernberg, O. (1965) Notes on countertransference.
 Journal of the American
 Psychoanalytic Association,
 13: 38 - 56.
33. Kohut, H. Transferencia y contratransferen--
 cia en el análisis de personali--
 dades narcisistas.
 En: Grinberg, L.; y Cols. Psico--
 análisis en las Américas.
 Ed. Paidós, Buenos Aires, 1968.

34. Laplanche, J. y Pontalis, J. Diccionario de Psicoanálisis.
Ed. Labor, Barcelona, 1979.
35. Little, M. (1951) Countertransference and the patient's response to it.
International Journal of Psychoanalysis 32: 32-40.
36. Mendelson, M.; y Meyer, E. (1961) Countertransference problems of the liaison psychiatry.
Psychosomatic Medicine, 23: 115 - 122.
37. Ongay, E. El concepto de contratransferencia en psicoterapia.
Tesis, U.N.A.M. 1982.
38. Racker, H. (1957) The meanings and uses of countertransference.
The Psychoanalytic Quarterly, Vol. 26.
39. Reich, A. (1951) On countertransference.
International Journal of Psychoanalysis, 32: 25 - 31.

40. Ross, D., y Kapp,
F. (1962) A technique for self-analysis
of countertransference.
Journal of the American Psycho-
analytic Association, 10: 643-657
41. Savage, Ch. (1961) Countertransference in the
therapy of schizophrenics.
Psychiatry, 1: 53 - 60.
42. Searles, H. (1959) Oedipal love in countertransfe-
rence.
International Journal of Psycho-
analysis, 40: 180 - 190
43. Sharpe, E. (1947) The psychoanalyst.
International Journal of
Psychoanalysis, 28: 1-60 .
44. Shevin, F. (1963) Countertransference and identity
phenomena in the analysis of a
"phallus girl" identity.
Journal of the American Psycho-
analytic Association, 2: 331-344.

45. Singer, E. Conceptos fundamentales de la -
psicoterapia.
Ed. Fondo de Cultura Económica,
México, 1979.
46. Spitz, R. (1956) Countertransference: comments on
its varying role in the analytic
situation.
Journal of the American Psycho-
analytic Association, 4: 256:265.
47. Stern, A. (1924) On the countertransference in -
psychoanalysis.
En: Langs, R. The therapeutic
interaction. Vol. I
Ed. Jason Aronson, New York,
1976.
48. Sullivan, H. La entrevista psiquiátrica,
Ed. Psique, Buenos Aires, 1974
49. Thompson, C. El psicoanálisis.
Ed. Fondo de Cultura Económica,
México, 1966.

50. Tower, L. (1956)

Countertransference.

Journal of the American
Psychoanalytic Association,
4: 224 - 255.

51. Winnicott, D. (1949)

Hate in countertransference.

International Journal of
Psychoanalysis, 30: 69 - 74.

52. Wolstein, B. (1977)

From mirror to participant - -
observation, to coparticipant
inquiry and experience.

Contemporary
Psychoanalysis, 3: 381 - 386.