

11239

1  
207



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DE PSICOANÁLISIS

ESTUDIO DE LA TRANSFERENCIA  
EN PSICOANÁLISIS

TESIS PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD  
DE PSICOANÁLISIS.

LILIA GLORIA PUCHI GARCIA

ASESOR DE TESIS : FERNANDO RUIZ CORTES

1996

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

*Ernst*

INSTITUTO NACIONAL DE  
PSICOANÁLISIS Y  
ODONTOLOGIA Y  
COPIADO UNIVERSIDAD

## INDICE

### **I. GENERALIDADES**

1.1 REVISION HISTORICA	3
1.2 DEFINICION	9

### **II. PROBLEMATICA DE LA TRANSFERENCIA**

2.1 ALIANZA DE TRABAJO Y TRANSFERENCIA	14
2.2 ORIGEN DE LA TRANSFERENCIA	17
2.3 TRANSFERENCIA Y REPETICION	19
2.4 TRANSFERENCIA Y ENAJENACION	22
2.5 CLASES DE TRANSFERENCIA	27
2.6 RESISTENCIA DE TRANSFERENCIA	32
2.7 NEUROSIS DE TRANSFERENCIA	41

### **III TECNICA DEL ANALISIS DE LA TRANSFERENCIA**

44

### **IV RESOLUCION DE LA TRANSFERENCIA**

58

### **V CONTRATRANSFERENCIA**

64

### **VI DISCUSION Y CONCLUSIONES**

73

### **VII BIBLIOGRAFIA.**

78

## I. GENERALIDADES

### 1.1 REVISION HISTORICA.

La transferencia y la contratransferencia aparecieron desde el tratamiento de Anna O. que realizó Breuer entre 1880 y 1882 (5) . Freud en un primer momento interpretó la atracción amorosa de Anna hacia Bruer y la respuesta de él correspondiéndole, como un episodio humano como cualquier otro. Y no fue sino hasta la década de los noventa cuando al intentar convencer a Breuer de que publicaran los hallazgos sobre la histeria , cuando le dijo que se trataba de un fenómeno inherente a la histeria.(13).

En 1905 Freud afirmó en el epílogo del análisis de Dora (9), que durante el tratamiento, se suspende la aparición de nuevos síntomas, pero al no haberse extinguido, la neurosis inicia la creación de formaciones inconscientes especiales a las que denominó *transferencias* . “Estas transferencias”- dice Freud - “ son recreaciones de los impulsos o fantasías que se hacen conscientes en el desarrollo del análisis, con la peculiaridad de que los personajes del pasado, se encarnan ahora en el médico. Así se revive una serie de vivencias psicológicas como pertenecientes no al pasado sino al presente y en relación con el psicoanalista. Algunas de estas transferencias son prácticamente idénticas a la experiencia antigua”.

Freud utilizó una metáfora tomada de la imprenta para nombrarlas : *reimpresiones*, y a otras cuya construcción es mas ingeniosa pues sufren la influencia modeladora, *sublimada* de algún hecho real (del médico o sus circunstancias) las llamó *nuevas ediciones*.

Continuando con la referencia de Freud : “ La experiencia muestra que la transferencia es un fenómeno inevitable del tratamiento psicoanalítico: nueva creación de la

enfermedad, debe ser combatida como las anteriores Si la transferencia no puede ser evitada es porque el paciente la usa como un recurso a fin de que el material patógeno permanezca inaccesible pero - dice Freud - es solo después de que se la ha resuelto que el paciente llega a convencerse de la validez de las construcciones hechas durante el análisis. Freud agrega en el epílogo : “El tratamiento psicoanalítico no crea la transferencia sino la descubre, la hace visible, al igual que a otros procesos psíquicos ocultos. La transferencia existe dentro y fuera del análisis, la única diferencia es que en este se la detecta y se la hace consciente. De esta forma se va desarrollando y descubriendo continuamente”. Concluye Freud: “La transferencia, destinada a ser el máximo escollo para el psicoanálisis, se convierte en su auxiliar mas poderoso cuando se logra corregirla en cada caso y traducírsela al enfermo”.

Los conceptos vertidos en el epílogo cristalizaron en el trabajo de 1912 sobre la dinámica de la transferencia (11). En él examina las diferencias entre la transferencia positiva (sexual o erótica y de simpatía) y la negativa, profundizando en la transferencia como resistencia. Afirma que la disposición de los pacientes a tener reacciones de transferencia, proceden de sus insatisfacciones, las cuales nacen de la neurosis y no del procedimiento analítico. Estas reacciones son indicios de una regresión de la libido. Tanto la transferencia como la resistencia, son formaciones de transacción. Afirma que cada conflicto del paciente debe ventilarse en la situación de transferencia, lo cual posibilitará al paciente para luchar en el presente con sus conflictos no resueltos acerca de relaciones de objeto de su pasado. Concluye que todas las reacciones de transferencia son ambivalentes en esencia.

En 1913 , en el trabajo “ La iniciación del tratamiento” (12) , se encuentra la recomendación de que el tema de la transferencia no deberá interpretarse mientras no

aparezca la resistencia. También menciona que no deberán hacerse interpretaciones del material analítico hasta que no exista una reacción de simpatía entre paciente y analista. Dicha reacción se producirá si el analista manifiesta un serio interés por su paciente y analiza las resistencias mostrando una actitud de comprensión y simpatía.

Más tarde en "Recuerdo, repetición y elaboración" escrita en 1914 ( 13 ) examina las tendencias del paciente al *acting out* en la situación de transferencia. Allí encuentra una nueva hipótesis para explicar la transferencia como compulsión repetitiva. En este trabajo menciona por primera vez la neurosis de transferencia como artificio del tratamiento.

La regla de la abstinencia es mencionada por primera vez en 1915 en el ensayo titulado "Observaciones sobre el amor de transferencia" ( 16 ).

Freud cambió sus ideas teóricas sobre la índole de los fenómenos de transferencia en 1920. En su trabajo intitulado "Mas allá del principio de placer ( 18 ) , afirma que algunas reacciones de la infancia se repiten en transferencia, no porque haya esperanza de placer sino por la compulsión a repetir aún más primitiva que el principio del placer. La compulsión a repetir es una manifestación del instinto de muerte.

Greenson ( 28 ) hace alusión a los trabajos técnicos de Ella Sharpe de 1930 en los que aclara la importancia que tiene analizar las fantasías del paciente en relación con el analista. Allí subraya en que forma las representaciones del ego, del superego y del id se ponen en juego en las fantasías acerca del analista. Las reacciones de transferencia pueden ser no solo desplazamientos sino también proyecciones. Sharpe opina que el análisis de la transferencia es la principal tarea del análisis desde su inicio hasta su terminación. Plantea que se debe buscar constantemente la situación de transferencia.

En 1937 Freud continúa examinando las hipótesis acerca de la transferencia en “Análisis terminable e interminable” ( 20 ). Resalta el problema de la transferencia negativa prolongada y el *acting out*. En este trabajo Freud sostiene que el analista no debe manipular la transferencia, que su misión es analizar, no manipular.

Greenson (28) menciona dos trabajos de Richard Sterba sobre transferencia escritos en 1929 y 1934 en los que describe la escisión que se produce en el Yo del paciente cuando puede identificarse parcialmente con la función observadora del analista haciéndose participante activo del análisis no solo aportando material sino laborando analíticamente. Esta idea es el elemento central de lo que posteriormente se llamó alianza terapéutica o de trabajo.

#### **APORTACIONES DE ABRAHAM Y FERENCZI**

En la revisión realizada por Etchegoyen en 1986 ( 7 ), él refiere que a partir de la teoría de la transferencia que Freud expuso en el epílogo de “Dora” se despertó el interés de sus primeros discípulos. Menciona el trabajo de Abraham “ Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz” escrita en 1908, en el cual Abraham retoma las ideas de Jung sobre la psicología de la demencia precoz de un año antes y centra las diferencias entre la histeria y la demencia precoz en la disponibilidad de la libido. La demencia precoz destruye la capacidad del individuo para una transferencia sexual, es decir para el amor objetal. La demencia precoz implica el cese del amor objetal, la sustracción de la libido del objeto y el retorno al autoerotismo. El trabajo de Abraham, según Etchegoyen, es relevante para la psicología de las psicosis, pero no para la teoría de la transferencia.

Sandor Ferenczi en 1909 continuó la investigación de Abraham y Jung subrayando en el trabajo titulado "Introyección y transferencia" (8) la importancia de la ubicuidad de la transferencia y explicando el mecanismo por el cual una experiencia típica olvidada es puesta en contacto con un evento actual a través de la fantasía inconsciente. Esta tendencia general de los neuróticos a la transferencia encuentra en el curso del tratamiento analítico las circunstancias más favorables para su aparición, en cuanto los impulsos reprimidos que gracias al tratamiento se van haciendo conscientes y se dirigen en cuanto nacen a la persona del médico, que obra como una especie de catalizador.

Ferenczi comprende claramente que la tendencia a transferir es el rasgo fundamental de las neurosis, o como Freud dice: la neurosis es la pasión por la transferencia: el paciente huye de sus complejos y, en una total sumisión al principio del placer, distorsiona la realidad conforme a sus deseos".

Esta característica de los neuróticos - continúa - permite distinguirlos claramente del demente precoz, quien de acuerdo a Jung y Abraham, sustrae completamente su libido (interés) del mundo externo y se hace autoerótico. El paranoico no puede tolerar dentro de sí los impulsos instintivos y se libera de ellos proyectándolos al mundo externo. La neurosis en cambio, en el polo opuesto a la paranoia, en vez de expulsar los impulsos desagradables, busca objetos en el mundo exterior, para cargarlos con impulsos y fantasías. A este proceso opuesto a la proyección, Ferenczi le dará el nombre de introyección. Mediante la introyección, el neurótico incorpora objetos a su yo para transferirles sus sentimientos. Así su yo se ensancha, mientras el yo del paranoico se estrecha.

Abraham fue importante en la diferenciación entre neurosis de psicosis y para discriminar dos clases de libido (auto y aloerótica) en términos de relaciones de objeto. Ferenczi se ocupó específicamente de la teoría de la transferencia, dejando en claro que la cuantía de la misma mide el grado de enfermedad. Establece así claramente la dialéctica de la transferencia entre fantasía y realidad, logrando apoyar el fenómeno en los mecanismos de proyección e introyección, un tema que será esencial en las investigaciones de Melanie Klein.

Los partidarios de la escuela kleiniana consideran el centro del proceso terapéutico la interpretación de los fenómenos transferenciales, considerándolos en lo esencial como proyecciones e introyecciones de los objetos buenos y malos más infantiles. Aún cuando los primeros objetos introyectados surgieron en una fase preverbal, los kleinianos esperan que sus pacientes comprendan el significado de esos eventos desde el principio del análisis. No analizan la resistencia como tal sino hacen interpretaciones sobre complejas proyecciones e introyecciones idealizadas del paciente respecto al analista. Opinan que solo las interpretaciones de la transferencia son eficaces.

Alexander en 1946 ( 1 ) manifiesta que no está de acuerdo con esa actitud básica de analizar la transferencia. Al contrario de los kleinianos piensa que la transferencia debe regularse, controlarse y manipularse. No deberá permitirse que florezca, ni que el paciente entre en hondas regresiones puesto que esto daría lugar a reacciones de dependencia que esencialmente son de resistencia. Es preferible evitar la desconfianza y antipatía del paciente, puesto que considera que la transferencia hostil y agresiva es una complicación inútil. Permite la aparición de una neurosis de transferencia poco intensa. Se enfoca más al presente que al pasado.

## 1.2 DEFINICION

### a) *Según la teoría Freudiana*

La transferencia es una peculiar relación de objeto de raíz infantil, de naturaleza inconsciente, y por lo tanto irracional, que confunde el pasado con el presente, lo que le da su carácter de respuesta inadecuada, desajustada, inapropiada. Esto quiere decir que los sentimientos, impulsos y deseos que aparecen en el momento actual y en relación con una determinada persona (objeto) no pueden explicarse en términos de los aspectos reales de esa relación y sí en cambio si se los refiere al pasado. Es por eso que Greenson ( 28 ) menciona que los dos rasgos fundamentales de una reacción transferencial son que es repetitiva e inapropiada.

Etchegoyen ( 7 ) plantea que después de que Freud elaboró el epílogo de "Dora", ya se encontraba con los elementos que le permitieron caracterizar la transferencia : "Se trata de un fenómeno general, universal y espontáneo, que consiste en unir el pasado con el presente mediante un enlace falso que superpone el objeto originario con el actual. Esta superposición del pasado y el presente está vinculada a objetos y deseos pretéritos que no son conscientes para el sujeto y que dan a la conducta un sello irracional, donde el afecto no parece ajustado ni en calidad ni en cantidad a la situación real, actual".

### b) *Para Fromm*

La transferencia es una deformación, una ilusión (31) (Krassoievitch, 1993 aclara p. 65 que Fromm utiliza el término ilusión exactamente en el sentido de la definición que da el diccionario : Error de los sentidos o del entendimiento que nos hace tomar las apariencias

por realidades), una falsificación de los deseos, ansiedades, situaciones y personas, que no se circunscribe a la relación analítica, pero que en ella impide percibir al analista tal cual es en realidad. Fromm establece dos sentidos a la transferencia. El primero se aproxima a la postura clásica del psicoanálisis freudiano, en cuanto a que se desplazan al analista las figuras parentales y las vivencias relacionadas con ellas, repitiendo las experiencias de la infancia. Este, según Fromm, es solo un aspecto de lo irracional relacionado con la situación transferencial. El otro aspecto, que implica un concepto mucho más amplio, se refiere a todo aquello que el paciente cree percibir del analista pero que corresponde a sus propias expectativas y temores. Enfocada así, la transferencia no tiene necesariamente una relación, al menos directa y causal, con las figuras significativas de la infancia.

Por otra parte, Krassoievitch menciona que en la interacción terapéutica se reflejarán las pautas irracionales de las relaciones emocionales del paciente : su sumisión, dependencia, miedo, agresividad, etc., y cita a Fromm : “ La relación con el analista es el espejo en el que podemos observar toda la estructura emocional y especialmente la irracional que existe dentro del paciente”. La irracionalidad propia de la ilusión transferencial no es, por ende, privativa de la situación analítica y se presenta en todas las relaciones, con todas las personas con las que interactúa el sujeto. En su grado máximo se presenta como fetichismo, es decir, se produce con respecto a los objetos inanimados, como puede ser el automóvil.

Aramoni A.( 2 ) cuando se refiere a la transferencia dice que durante el tratamiento psicoanalítico un individuo se comportará de modo repetitivo y recordará lo que le sucedió en alguna época de su vida,( generalmente en la infancia), que incluye a los padres, maestros, sacerdotes, parientes y en general a todos aquellos que constituyeron la autoridad.

El paciente transferirá al analista todo el lastre neurótico, irracional y también racional de su conducta y de su forma de vivir.

Zajur E. ( 43 ) analiza en su trabajo sobre los sueños de Dora ( tomados del "Análisis fragmentario de una histeria" de Freud S. 1905) como la transferencia que se estableció durante el tratamiento, se mantuvo en un clima de desconfianza, ya que las interpretaciones que Freud le hizo, nunca fueron realmente aceptadas por ella. Además de que la relación entre ellos pudo haber estado contaminada por el tratamiento que Freud le había dado al padre años atrás. Desafortunadamente para ella, el error que cometió Freud de interpretar parcialmente los símbolos que aparecieron sobretodo en el sueño de despedida, no le dio , según afirma Zajur , la posibilidad de haberse podido reconciliar con el hombre, quedándose más aislada que nunca. Esto se podría demostrar afirma el autor, por la forma en que vivió Dora sus últimos años, en los que no se recuperó mucho para la vida, como creyó Freud.

### ***c) Para Lacan***

El psicoanálisis es una experiencia dialéctica en la cual el paciente aporta una tesis con su material. El analista utiliza esta tesis para realizar una inversión dialéctica proponiendo una antítesis que va a enfrentar al paciente con la verdad de la que esta huyendo . Esto lleva el proceso a un nuevo desarrollo del material, y al paciente, a elaborar una nueva síntesis que reabre el proceso.( 33)

La transferencia surge cuando se estanca la dialéctica analítica. Esto sucede cuando el analista interviene equivocadamente al ser traicionado por la contratransferencia.

Lacan elabora su planteamiento del análisis como proceso dialéctico, basándose en la dialéctica hegeliana.

En el ensayo de Xirau R. sobre Hegel ( 42 ) plantea que en el pensamiento hegeliano existe una triada fundamental : a) una tesis que consiste en la idea vacía de contenidos que es el Ser ( poco a poco esta noción se va llenando de contenidos hasta llegar a asumir a la naturaleza entera y, grado a grado, el espíritu objetivo : familia, sociedad, estado y el espíritu absoluto : arte, religión, filosofía) esta idea conduce a su opuesto : b) la antítesis, el No-Ser. Este, a su vez analizado, es concebido como alguna forma del Ser, remitiendo al Ser inicial. c) La síntesis será del Ser y del No-Ser.

Lacan pone un ejemplo de la dialéctica analítica en su trabajo titulado Intervención sobre la transferencia ( 33 ) utilizando el caso de Dora tratado por Freud en 1905:

Tesis : Dora se siente mal porque su padre sostiene relaciones amorosas con la Sra. K. . Para encubrir esta relación, el padre no hace caso de los galanteos del Sr. K hacia Dora. Dora se siente utilizada en una situación que le es ajena.

1a. Inversión dialéctica : Freud le pregunta a Dora cual fue su participación en toda esa situación, ( con lo cual revierte el proceso).

2o.Desarrollo de la tesis 1 : Dora dice ser juguete de las circunstancias.

Antítesis : Freud le interpreta que ella no es pasiva como pretende aparecer.

Esta inversión dialéctica confronta a Dora con la verdad y tiene que reconocer que se beneficia con los regalos del Sr. K y de su padre, lo que la hace aparecer como actora y no como víctima.

Dora estalla en celos contra el padre y plantea su segunda tesis : si ella ama a su madre ¿que hija no podría tenerlos ?.

2a. Inversión dialéctica : Freud le dice que sus razones no son suficientes para justificar sus celos puesto que ya conocía la situación y que más bien sus celos responden a su rivalidad con la Sra. K no como amante de su padre, sino como esposa del Sr. K.

En este segundo desarrollo Freud propone dos explicaciones de los celos de Dora hacia las relaciones de su padre con la Sra. K. : a) enamoramiento edípico con el padre. b) enamoramiento de K. :

Freud le muestra a Dora que en primer lugar sus celos del padre son eróticos identificada con las dos mujeres del padre : la madre y la Sra. K. En segundo lugar ella está enamorada del Sr. K y le plantea que si ha reforzado el vínculo filial es para reprimir su amor por el Sr. K y por temor a no resistir sus galanteos.

Afirma Lacan que este material surge claramente en el primer sueño de Dora en donde Freud le interpreta que el amor por el padre se había reactivado para reprimir el amor por el Sr. K.. Según Lacan a Freud le faltó realizar una tercera inversión dialéctica que hubiera llevado a Dora desde el amor al Sr. K al vínculo homosexual con la Sra. K.. Este tercer paso no pudo realizarlo porque apareció su contratransferencia, que fue lo que le impidió aceptar que no fue a él ( identificado con el Sr. K. ), a quién Dora amaba.

Para Lacan la interpretación transferencial: “ No es otra cosa que llenar con un engaño el vacío de ese punto muerto. Pero este engaño es útil, pues aunque falaz, vuelve a lanzar el proceso”. Cree que la transferencia tiene el sentido de indicar los momentos de errancia y también de orientación del analista.( 33 p.47 ).

## II. PROBLEMATICA DE LA TRANSFERENCIA

### 2.1 ALIANZA DE TRABAJO.

Antes de abordar la problemática de la transferencia es necesario destacar que para lograr que un paciente entre en la situación analítica y pueda colaborar con eficacia en el análisis, es importante que pueda mantener otro tipo de relación con el psicoanalista diferente de las reacciones transferenciales. A esta relación algunos autores la han denominado alianza terapéutica, y otros alianza de trabajo. Freud y sus seguidores la describieron sin nombrarla a lo largo de sus obras. Mencionando que a pesar de sus resistencias el paciente colabora con el analista.

Greenson R. (28) la denomina alianza de trabajo y la define como la relación racional y relativamente no neurótica que tiene el paciente con su analista. Esta parte razonable y objetiva de los sentimientos que el paciente tiene por su analista, es la que da lugar a la alianza de trabajo. El núcleo de la alianza de trabajo lo forman: la motivación del paciente para sobreponerse a su mal, su sensación de desvío, su disposición consciente a cooperar, y su capacidad de seguir las instrucciones y los insights de su analista.

La primera persona que trató de analizar los mecanismos que originan la alianza terapéutica fue Sterba en el congreso de Wiesbaden de 1932. Allí presentó un trabajo titulado "El destino del yo en la terapia psicoanalítica" el cual fue publicado en 1934 en el *International Journal of Psychoanalysis* (Cita tomada de Zetzel E.) (44). En él Sterba habla sobre la alianza terapéutica explicándola sobre la base de una disociación terapéutica del yo en la que destacan dos partes, la que colabora con el analista y la que se le opone; la primera es la que está vuelta hacia la realidad, la segunda comprende los impulsos del ello,

las defensas del yo y los dictados del super yo. Plantea que en la disociación terapéutica del yo, su parte colaboradora, se debe a una identificación con el analista o introyección del analista. Esta identificación es fruto de la experiencia del análisis, puesto que frente a los conflictos del paciente, el analista reacciona con una actitud de observación y reflexión. Identificado con esa actitud el paciente adquiere la capacidad de observar y criticar su propio funcionamiento, disociando su yo en dos partes.

En 1956 Zetzel E. en su artículo "Conceptos recientes sobre transferencia"( 44 ) presentado en el Congreso de Ginebra introdujo la expresión de "alianza terapéutica" resaltando la importancia que tiene para lograr un análisis efectivo. Un prerrequisito que ella menciona para lograr la alianza terapéutica es la existencia de un cierto grado de madurez en el funcionamiento del yo. La ausencia de este yo suficientemente maduro en ciertos pacientes severamente perturbados y en los niños pequeños excluirían al psicoanálisis tradicional como método terapéutico.

Greenson ( 28) prefirió llamar a la alianza terapéutica alianza de trabajo y planteó que la formación de la alianza de trabajo se da con las :

a) Contribuciones del paciente :

Para que se produzca la alianza de trabajo el paciente tiene que ser capaz de formar una variedad especial de relación de objeto. Las personas esencialmente narcisistas no podrán hacerlo. Durante el transcurso del análisis se espera que el paciente pueda regresar a las reacciones de transferencia más primitivas e irracionales . Mas para llegar a la alianza de trabajo, el paciente tiene que ser capaz de restablecer el proceso secundario, de deshacer una relación de objeto relativamente razonable con el analista a partir de las reacciones de transferencia más regresivas.

Las funciones del Yo son importantes. El paciente tiene que poder comunicarse de diversos modos : de palabra, de un modo inteligible, con orden y lógica, con sentimientos. Tiene que poder escuchar al analista, comprender, reflexionar, cavilar y hacer labor de introspección. Recordar, observarse fantasear y comunicarlo.

b) Contribución de la situación analítica.

El lugar del paciente ( diván o silla) y el silencio ( del analista), la gran cantidad de visitas y la larga duración del tratamiento favorecen la regresión y la comunicación íntima en detalle. También dan la oportunidad a la introspección y a la reflexión así como a la producción de fantasías. La colaboración del paciente y el analista, el interés mutuo por la alianza de trabajo contribuyen a reforzar la alianza.

c) Contribuciones del Analista.

La contribución del analista para la formación de una buena alianza de trabajo es la constante búsqueda del *insight* con cualquier parte del material y con el comportamiento del paciente. La labor ordenada y constante ayuda al paciente a adaptarse al procedimiento analítico. La importancia que el analista le da a cada sesión y la continuidad, contribuyen a convencer al paciente sobre la necesidad de cooperar seriamente. Asimismo la disposición del analista a dedicar años de trabajo al bienestar del paciente.

Si se desea que el paciente forme una alianza de trabajo relativamente realista y razonable, se deberá laborar en una forma realista y razonable, teniendo conciencia de que los procedimientos y procesos psicoanalíticos son extraños, originales y hasta artificiales. En

la situación analítica no caben la afectación, el ritualismo, la timidez, la imposición, el retraimiento ni la indulgencia.

Diferentes manifestaciones de la alianza de trabajo

a) Paciente analizable .

En estos pacientes la alianza de trabajo se presenta de manera casi imperceptible, sin la intervención del analista. Greenson ( ) ha observado que ésta se presenta entre los tres y los seis meses del tratamiento. Él nota sus primeros indicios cuando el paciente se queda callado y en vez de esperar que él intervenga, sugiere que parece que está esquivando algo y en seguida inicia una serie de pensamientos que fluyen en asociación libre.

b) Paciente apegados a la alianza de trabajo.

Existen pacientes en los que el desenvolvimiento de la alianza de trabajo se aparta de la forma usual en la que se presenta en el paciente psicoanalítico. Se trata de pacientes a los que les asustan los aspectos regresivos de la neurosis de transferencia y esto les hace formar una relación muy razonable con su analista, no permitiéndose sentir nada irracional, ya sea sexual, agresivo , o de ambos tipos. Esto puede frenar de manera importante el avance del tratamiento y solo si se interpretan los temores del paciente podrá volverse al cauce del análisis.

## 2.2 ORIGEN DE LA TRANSFERENCIA

En el trabajo sobre la Dinámica de la Transferencia que Freud escribió en 1912 (11) inicia analizando que la forma específica en que el ser humano ejerce su vida amorosa, es

una combinación de sus disposiciones innatas y sus experiencias infantiles. Esta combinación da por resultado un modelo de comportamiento erótico que se repite de manera regular durante la vida del sujeto, pudiendo sufrir algunas modificaciones con las experiencias. Estos modelos de comportamiento que Freud llamó clichés están alimentados por impulsos que no siempre alcanzan un desarrollo psíquico completo. Los que sí logran desarrollarse son la parte consciente que se dirigen a la realidad y están a disposición de la persona. Los impulsos que se detienen en el curso del desarrollo se apartan de la conciencia y de la realidad, pueden aparecer en la fantasía o permanecer en lo inconsciente. Freud menciona que si la necesidad de amor de un individuo no se encuentra enteramente satisfecha en su vida real, dicha persona estará siempre en una actitud de búsqueda, de espera, frente a cada nueva persona que conozca o encuentre. Es muy probable que ambas porciones de la libido consciente e inconsciente se apliquen a esta búsqueda, la primera en una forma racional y realista, la otra solo en busca de descarga. Reitera que la transferencia no es efecto del análisis, sino más bien el análisis el método que se ocupa de descubrir y analizar la transferencia. Afirma que la transferencia es en sí misma la enfermedad. Cuanto más transferencia del pasado al presente, más equivocamos el presente por el pasado y más perturbado está el principio de realidad.

Etehegoyen en su libro sobre fundamentos de la técnica psicoanalítica (7) plantea que para él la transferencia se contrapone a la experiencia. Piensa que los estereotipos se componen de dos clases de impulsos: los conscientes que le sirven al yo para comprender la circunstancia presente con los modelos del pasado y dentro del principio de la realidad (experiencia), y los inconscientes que, sometidos al principio del placer, toman el presente por pasado en busca de satisfacción, de descarga (transferencia).

### 2.3 TRANSFERENCIA Y REPETICIÓN

En 1914 Freud en el trabajo titulado “Recordar, repetir y reelaborar” (15) señala que durante la primera etapa del análisis se produce una disminución y hasta desaparición de los síntomas, que no equivale a la curación. Explica que lo que sucede es una transposición de la patología que se da a nivel del tratamiento mismo. La neurosis que antes se manifestaba en la vida cotidiana, ahora tiene como punto de partida el análisis y el analista. A este proceso espontáneo que se da al iniciar el tratamiento Freud lo llamó neurosis de transferencia y lo adjudica a un mecanismo, la repetición. Con este concepto Freud establece que los fenómenos patológicos que antes se daban en la vida diaria del paciente, ahora se empiezan a dar en una zona intermedia entre la enfermedad y la vida, es decir en la transferencia. El concepto de repetición está implícito en el de transferencia puesto que algo vuelve del pasado y opera en el presente.

En este mismo artículo Freud contrapone el concepto de repetición, con el de recuerdo y dice que si se da la repetición, es porque no está el recuerdo que es el antídoto. El recuerdo reprimido se repite en la transferencia. El concepto de recuerdo se encuentra directamente enlazado con el de experiencia.

En 1920 Freud cambia su concepción de la transferencia en el trabajo titulado “Mas allá del principio del placer” (18) Plantea que la transferencia está motivada por una compulsión a la repetición ( repetición dolorosa de hechos del pasado que no se recuerdan y se viven como actuales) que el yo reprime al ponerla al servicio del placer. La transferencia aparece ahora al servicio del instinto de muerte ( una fuerza elemental y ciega que busca un estado de inmovilización, una situación constante que no crea nuevos vínculos, ni nuevas

relaciones, llevando a un estancamiento). Mas adelante reitera que la transferencia es una repetición adscrita al instinto de muerte, a lo que el individuo se opone a través de una resistencia a la transferencia, movilizadora por la libido. La libido - dice Freud - no explica la transferencia sino la resistencia a la transferencia.

Etchegoyen (7) lo explica diciendo : “ la transferencia que por definición es un vínculo, al ponerse al servicio del instinto de muerte (que destruye vínculos) y a la repetición que ahora se convierte en el principio explicativo de la transferencia) , pasa a ser lo resistido ( y no la resistencia ); y el yo, que se opone a la repetición, reprime la transferencia, porque la repetición es para el yo, lo aniquilante, destructivo y amenazante.

Como resultado de lo dicho por Freud se oponen entre sí, por una parte la repetición de las pulsiones de deseo pendientes del primer florecimiento sexual de la infancia, y, por la otra, la repetición compulsiva de las penosas vivencias que hicieron que sucumbieran estos deseos prohibidos . Mas tarde en 1926 (19) reaparece la repetición en dos contextos diferentes : por un lado la repetición de transferencia, tributaria de la resistencia del yo,( que como ya dijimos el yo se opone a repetir en la transferencia los sucesos dolorosos) y por otro, una repetición por atracción de los arquetipos inconscientes sobre el proceso pulsional reprimido.

La repetición de un acontecimiento psíquico, puede ser el medio de lograr el dominio tardío sobre él. El yo aprende a sobreponerse al sentimiento de desvalimiento, repitiendo activamente la situación que antes le produjera la primera sensación de pánico. El yo que era pasivo en la situación traumática original, reproduce el acontecimiento en el momento que escoge en circunstancias más favorables, y así va aprendiendo a manejarlo mejor.

En 1932 Strachey en el congreso de Wiesbaden ( 40 ) expone un trabajo sobre transferencia, visualizándola como una proyección del super yo del paciente en el analista. Strachey considerablemente influenciado por Melanie Klein, atribuye el proceso terapéutico a introyecciones subsecuentes de un super yo modificado como resultado de una interpretación transferencial.

Transferencia, regresión, y compulsión a la repetición.

Zetzel E. ( 44 ) en 1956 hizo una extensa revisión sobre las opiniones que existen sobre el papel de la regresión en la situación transferencial. Mencionando que por un lado se encuentran los psicoanalistas que enfatizan el análisis de las defensas, quienes ven la regresión como manifestación de resistencia ya que es empleado por el yo, como mecanismo de defensa muy primitivo para establecer la neurosis de transferencia. La autora piensa que el análisis de estas manifestaciones regresivas con sus peligros potenciales, depende de la fuerza y el buen funcionamiento continuo que tenga el yo para mantener la alianza terapéutica a nivel adulto.

En contraste se encuentran quienes no enfatizan que la regresión sea manifestación de resistencia o defensa, entendiéndolo que el restablecimiento de la relación temprana madre-hijo es prerequisite esencial hacia la maduración psicológica y hacia la verdadera genitalidad.

Afirma Zetzel que el concepto de regresión en la situación transferencial ha sufrido algunas modificaciones. Ella considera este concepto en relación con la compulsión a la repetición, el cual se define según Laplanche y Pontalis (35) como :

“Un proceso inconsciente mediante el cual el sujeto se pone activamente en situaciones penosas, repitiendo así experiencias antiguas sin recordarlas y teniendo la impresión de que

se trata de algo motivado plenamente en lo actual". Esta noción ocupa un lugar central en el trabajo de Freud de 1920 "Mas allá del principio del placer". Plantea Zetzel , que es generalmente aceptado que la transferencia es esencialmente un restablecimiento de las experiencias emocionales tempranas, que deberán ser vistas como manifestaciones de la compulsión a la repetición. Sin embargo considera importante distinguir entre la compulsión a la repetición como intento de superar experiencias traumáticas y la compulsión a la repetición como intento de regresar a un estado de gratificación real o fantaseado. Menciona un trabajo de Lagache quién relacionó la compulsión a la repetición a una necesidad de retornar a cualquier problema que quedó sin resolver. Desde este punto de vista los aspectos regresivos de la situación transferencial, serán vistos como necesariamente preliminares al manejo de los conflictos no resueltos. Desde el segundo punto de vista, los aspectos regresivos son principalmente atribuidos al deseo de retornar a un estado temprano de gratificación narcisística que mantenga el *statu quo* en vez de cualquier acción progresiva, lo que conduce finalmente al concepto de Freud de instinto de muerte. Este concepto lo definió Freud en "Mas allá del principio del placer" como una categoría de pulsiones que se contraponen al instinto de vida, y que tienden a la reducción completa de las tensiones, es decir : volver al ser vivo a un estado inorgánico. Las pulsiones de muerte se dirigen primeramente hacia adentro y tienden a la autodestrucción, y secundariamente hacia el exterior manifestándose en forma de pulsión agresiva o destructiva.

#### 2.4 TRASFERENCIA Y ENAJENACION.

Fromm en su libro " Mas allá de las cadenas de la ilusión " ( 22 ) establece una conexión entre el concepto de enajenación de Marx y el fenómeno transferencial postulado por Freud.

Refiere en esta obra que el primero en desarrollar el concepto de enajenación fue Hegel, quién planteó que el mundo se ha convertido en algo extraño al individuo, entendiendo por mundo, a la naturaleza, a los otros, a las cosas y a sí mismo. El hombre no siente la experiencia de ser el creador de sus propios actos : pensar, sentir o amar. Solo se siente él mismo con las cosas que ha creado como manifestación externa de sus potencialidades. Está en contacto consigo mismo, solo si se rodea de los productos de su creación.( p.44) . Menciona Fromm que Feuerbach basándose en Hegel pensaba que Dios representaba los poderes del hombre transferidos a un ser fuera de él, para poder estar en contacto con sus potencialidades en su adoración a Dios, quién mientras más fuerte y rico, más lleva a que el hombre se convierta en más débil y pobre.

Mas adelante señala que Marx , quien estuvo fuertemente influenciado por Feuerbach, desarrolló el concepto de enajenación en el trabajo. Paralelamente a él, escribió que el trabajador se empobrece más entre más riqueza produce.

El trabajo es para Marx la relación activa del hombre con la naturaleza , la creación de un mundo nuevo, incluyendo la creación del hombre mismo. A medida que se desarrolla la propiedad privada y la división del trabajo, el trabajo pierde su carácter de expresión de las facultades humanas.

El trabajo y sus productos asumen una existencia separada del hombre (de su voluntad, de su planeación ).

El objeto producido por el trabajo, su producto, se opone ahora a él como si fuera un ser ajeno, un poder independiente del productor. El trabajo está enajenado porque ha dejado de ser parte de la naturaleza del trabajador y en consecuencia, no se realiza en su trabajo, sino se niega, experimentando una sensación de malestar, más que de bienestar.

Así en el acto de la producción, la relación del trabajador con su propia actividad se experimenta como algo ajeno y que no le pertenece , como sufrimiento, la fuerza como debilidad, la creación como castración. El producto del trabajo se convierte en objeto que le domina. Esta relación se extiende al mundo externo que se experimenta como ajeno y hostil. El obrero existe para el proceso de producción y no éste para el obrero.

Fromm en "Marx y su concepto del hombre" (23) menciona que la producción capitalista transforma las relaciones de los individuos en cualidades de las cosas mismas y esta transformación constituye la naturaleza de la mercancía . La enajenación del trabajo en la producción capitalista es mucho mayor que cuando la producción era artesanal y de manufactura porque en estas dos últimas, el obrero se sirve de la herramienta, mientras que en la fábrica es el obrero quién sirve a la máquina , los movimientos del instrumento de trabajo parten de él, no tiene que seguir los movimientos de la máquina

Refiere que según Marx, una consecuencia directa de la enajenación del hombre del producto de su trabajo, de su actividad vital y de su vida como especie es que el hombre se enajena de los demás hombres. Cada hombre está enajenado en relación con los otros y cada uno de los otros, está a su vez enajenado de la vida humana.

La enajenación conduce a la perversión de todos los valores. Al hacer de la economía y sus valores " la ganancia, el ahorro y la sobriedad " el fin supremo de la vida , el hombre no desarrolla los valores verdaderamente morales.

Afirma Marx que en el mundo enajenado del capitalismo las necesidades no son expresiones de las potencialidades latentes del hombre . Todo hombre especula con la creación de una nueva necesidad en el otro, para obligarlo a hacer un nuevo sacrificio, para colocarlo en una nueva dependencia y atraerlo a un nuevo tipo de placer, y por tanto, a la

ruina económica. Cada hombre trata de establecer sobre los demás un poder ajeno, para así encontrar la satisfacción de su propia necesidad egoísta. Todo nuevo producto es una potencialidad de engaño y robo mutuos. El hombre se vuelve cada vez más pobre como hombre; tiene una necesidad creciente de dinero para tomar posesión del ser hostil. El poder de su dinero disminuye en proporción directa con el crecimiento de la cantidad de producción, es decir su necesidad crece con el poder creciente del dinero. La necesidad de dinero es la única necesidad que crea. La cantidad de dinero se convierte en su única cualidad importante.

El hombre que se somete a sus necesidades enajenadas es un ser mental y físicamente deshumanizado, el sentido de tener y usar constituyen su relación con el mundo.

Fromm menciona la corrección que la historia ha hecho al concepto de enajenación de Marx, quien creyó que la clase más enajenada era la clase trabajadora, siendo que la enajenación abarcó a la gran mayoría de la gente: el empleado, el vendedor, el ejecutivo están todavía más enajenados que el trabajador manual calificado.

Fromm (22) en "Mas allá de las cadenas de la ilusión" considera que la explicación de Freud acerca de que el paciente transfiere los sentimientos que experimentó hacia sus padres a la persona del analista, aunque estuvo basada en un gran número de evidencias, es incompleto puesto que el paciente no es un niño y hablar del niño en él, o su inconsciente, es usar un lenguaje topológico que según Fromm no hace justicia a la complejidad del problema. Plantea que el paciente neurótico adulto es un ser enajenado que no se siente fuerte, está asustado e inhibido porque no se experimenta como generador de sus actos y experiencias. Está neurótico porque está enajenado. Para sobreponerse a esta sensación de vacío e impotencia, elige a un objeto hacia el cual proyectar sus cualidades humanas, amor,

inteligencia, valentía, etc.. Al someterse a este objeto, se siente en contacto con sus cualidades, se siente fuerte, sabio, valeroso, seguro. Perder este objeto significa el peligro de perderse a sí mismo. Este mecanismo de veneración idolátrica de un objeto basado en la enajenación del individuo, es para Fromm la dinámica central de la transferencia, la que le da fuerza e intensidad. La persona que se encuentra menos enajenada puede transferir algunas de sus experiencias infantiles al analista, pero habrá menos intensidad. El paciente enajenado en busca de un ídolo, encuentra a el analista y usualmente le adjudica las cualidades de sus padres, las dos personas más poderosas que conoció de niño.

Mientras el contenido de la transferencia está usualmente relacionado a patrones infantiles, la intensidad es resultado de la enajenación del paciente.

Coincide con Freud en que el fenómeno transferencial no se restringe a la situación analítica. Puede encontrarse en las formas de idolización de las figuras de autoridad tanto de la vida política, social, como religiosa.

La transferencia como dependencia de una persona hacia otra, es uno de los fenómenos más frecuentes e importantes de la vida social y trasciende a la familia y a la situación analítica. De esta forma es posible observar el enorme papel que desempeña la transferencia en el campo social, en el político y en la vida religiosa. Señala Fromm ( citado por Krassoievitch 31) que es suficiente mirar a las caras de una multitud que aplaude a un dirigente político carismático, para ver la expresión de reverencia ciega, adoración, afecto que resumen una actitud religiosa. Compara este caso al de la situación analítica en que no tiene nada que ver con las cualidades reales y humanas de la persona admirada, sino por el contrario radica en el sentido de desamparo e impotencia del adulto, similar al que el niño siente ante la figura de los padres. A este fenómeno que trasciende la situación analítica

y que se expresa en las relaciones sociales según menciona Krassoievitch (31 ) en la p.67 ,  
Fromm le llamó transferencia social.

## 2.5 CLASES DE TRANSFERENCIA

### a) Transferencia positiva.

Desde 1912 Freud (11) reconoció que todos los fenómenos transferenciales son de naturaleza ambivalente. A pesar de eso, se refirió a la transferencia positiva para designar las reacciones de transferencia compuestas predominantemente por el amor en cualquiera de sus formas: cariño, confianza, deseo, gusto, interés, devoción, admiración, pasión, ansia, anhelo, ternura o respeto. Una forma importante de transferencia positiva se produce cuando él o la paciente se enamoran de su analista. Este enamoramiento se parece notablemente al enamoramiento en la vida real. Esto pasa tan a menudo porque los pacientes han tenido experiencias dolorosas de ello en sus vidas. Como ha estado reprimido el amor, este emerge en forma de amor transferencial. Freud lo describió notablemente en su trabajo de 1915.

Wilhelm Reich en su libro *Análisis del Carácter* (39 ) afirma (después de haber investigado cuidadosamente un gran número de pacientes) que las primeras manifestaciones de los impulsos sexuales libidinales objetales dirigidos al analista, más que tratarse de una transferencia positiva verdadera, se trataba de reacciones que clasificó en tres grupos : a) transferencia positiva "reactiva", en donde el paciente compensa un odio transferido, mediante manifestaciones aparentes de amor cuyo antecedente es una transferencia negativa latente. b) Sometimiento al analista, que se presenta como resultado de un sentimiento de culpa o de masoquismo moral tras lo cual se oculta odio reprimido y compensado, y c) transferencia de deseos narcisistas de que el analista amará o admirará al paciente. Este

último caso es la transferencia que se derrumbará con mayor rapidez ya que fácilmente se transformará en amarga decepción y en odiosa herida narcisista.

Plantea que estos tipos de transferencia al parecer positiva, ahogan todos los rudimentos de auténtico amor objetal que aún no están consumidos por la neurosis. Son resultados del proceso neurótico porque la frustración del cariño ha dado origen al odio, al narcisismo y a los sentimientos de culpa.

Rappaport E. 1956 (38) en el Congreso de Psicoanálisis de Buenos Aires clasifica el amor de transferencia en dos variedades a los que llamó neurótico y psicótico basado en la clasificación de Blitzsten quién los denominó transferencia erótica y erotizada. Entiende Blitzsten por erotización una sobrecarga de los componentes eróticos de la transferencia, que no significan gran capacidad de amor, sino por el contrario una deficiencia que se acompaña de una gran necesidad de ser amado. La tesis básica de Blitzsten es que si el analista aparece en persona en el primer sueño de análisis, el paciente va a erotizar violentamente el lazo transferencial y su análisis será difícil, cuando no imposible. Esa presencia en el primer sueño indica que el analizado es incapaz de discriminar al analista de una figura de su pasado.

La transferencia positiva se encuentra a todo lo largo del análisis, siempre se convierte en causa de resistencia. Puede contrariar la labor del análisis por las apremiantes peticiones y anhelos de satisfacción inmediata del paciente. La hora analítica se convierte para él en la oportunidad de satisfacción del deseo de proximidad e intimidad, y así pierde interés por el *insight* y el entendimiento, además que reaccionará a las intervenciones sintiéndose rechazado y herido negándose conscientemente a laborar.

Lacan en el capítulo 19 de los escritos técnicos de Freud (32) que tituló "La palabra en la transferencia" (p.348-356) analiza un ejemplo en donde se manifiesta la transferencia

positiva, y al preguntarse a sí mismo el porqué se produce un cambio en la situación analítica al revelarle al paciente la relación entre la situación vivida en la infancia y la situación del análisis, se responde que la palabra dentro del lenguaje, nunca tiene un solo sentido, ni un solo empleo. Afirma que detrás de lo que dice un discurso, está lo que quiere decirse, el concepto, y en ese sentido sostiene que la palabra tiene una función creadora. Cita a Hegel: "El concepto no es la cosa en lo que ella es, el concepto siempre está allí, donde la cosa no está" y pone un ejemplo : "La palabra elefante hace que el elefante esté allí, aún no estando".

Plantea que el análisis se transforma al analizar la situación transferencial que evoca la situación del pasado en que el paciente se sitúa ante un objeto diferente en donde la palabra antigua se encuentra en el interior de un paréntesis en el tiempo y la palabra del analista adquiere el mismo valor que la palabra antigua.

#### b) TRANSFERENCIA NEGATIVA

Se designa así a los sentimientos de transferencia basados en el odio en cualquiera de sus formas, precursores o derivados. Se puede manifestar en forma de odio enojo, hostilidad, desconfianza, aborrecimiento, aversión, repugnancia, resentimiento, amargura, envidia, disgusto, desdén, fastidio, etc..

Aunque siempre está presente en el análisis es más difícil de descubrir que las manifestaciones de transferencia positiva. No solo los pacientes se resisten al conocimiento del odio de transferencia sino el mismo analista puede hacer el juego a esta resistencia.

En la transferencia negativa existe una desconfianza subyacente que puede hacer el proceso doloroso y repelente. Si el paciente tolera esto sin interrumpir el análisis, puede surgir una reacción de transferencia masoquista, sumisa crónica. La soporta para que se acabe. No hay satisfacción en una alianza de trabajo mutuamente sentida. Estos pacientes

pueden laborar bien durante largos períodos de tiempo, pero siempre habrá que reconocer que hay una resistencia. Es una defensa sutil, latente, paranoide, o bien un goce masoquista oculto, o una defensa contra la transferencia positiva, o pudiera ser una combinación de las tres.

La aparición de las reacciones de transferencia negativa al principio del análisis plantea un problema mucho más grave que la transferencia de amor pasajera. Si aún no se establece una buena alianza de trabajo, el paciente tendrá la tentación de suspender el análisis. Si esta ya se estableció puede ser un importante signo de progreso el revivir la transferencia de hostilidad y odio sentidos hacia las figuras parentales.

La ausencia de transferencia negativa deberá reconocerse como defensa o resistencia. Puede ser que el analista no permita la expresión de la transferencia negativa y que esta se desplace a otras personas.

Otro aspecto de la transferencia negativa puede ser el temor al analista, ya sea temor a sus críticas o una honda desconfianza, estas manifestaciones deberán reconocerse como derivados de la agresión y la hostilidad. Los analistas kleinianos señalan que las reacciones de angustia derivan esencialmente de impulsos agresivos, hostilidad proyectada.

Un paciente que traté hace tiempo con sintomatología paranoide, manifestó la transferencia negativa desde la primera sesión en que inició refiriendo sus ideas acerca de la forma elegante en que las analistas debían vestir y arreglarse, ( la imagen que describió era como de modelo). Era evidente que yo no correspondía a esa imagen. Al confrontarlo con esto, salieron las ideas que tanto el padre como el hermano mayor tenían acerca de la mujer : utilitarias y devaluatorias. En el material que aportó sobre su historia familiar, su madre ocupaba un lugar totalmente secundario, casi nulo, en cambio había una gran admiración

hacia el padre, el cual se había formado solo en medio de una gran adversidad y al que consideraba culto e inteligente. La transferencia negativa se iba analizando a medida que aparecía en forma de críticas hacia el consultorio, o desconfianza hacia el trabajo que realizábamos, la cual se originaba en los comentarios del hermano, quién continuamente le aconsejaba que abandonara el tratamiento. Presentaba material onírico que revelaba tendencias homosexuales. No fue hasta que se logró una separación emocional con el padre y el hermano, en que empezó a admitir lo que su madre había hecho por él, como lo había impulsado y apoyado en momentos difíciles durante todo su desarrollo. Esto se reflejó en la alianza de trabajo que estableció conmigo la cual hizo que sus avances en el análisis fueran mucho más rápidos y fructíferos.

#### c) OTRAS REACCIONES TRANSFERENCIALES

Dentro de las manifestaciones de la transferencia positiva y negativa existen reacciones hacia el analista de diferentes objetos tempranos por ejemplo :

- Transferencia materna : Cuando el paciente reacciona ante el analista con sentimientos de abandono por su silencio o de sumisión idolátrica ante una interpretación, como solía reaccionar de pequeño ante su madre. Podrá ser según el caso transferencia materna positiva o negativa.
- Transferencia paterna : Reacciones de miedo o de sumisión que subyacen al ocultamiento de material por miedo del paciente a ser criticado, o a no ser aceptado.
- Transferencia Fraternal : Que se puede manifestar en forma de competencia con el analista como cuando el paciente competía con los hermanos por el cariño de los padres.

## 2.6 RESISTENCIA DE TRANSFERENCIA

En 1912 (11) Freud postuló que durante el tratamiento analítico las fuerzas que pusieron en marcha el proceso patológico del paciente se vuelven contra el analista que es un agente de cambio que quiere revertir el proceso, convirtiéndose en el enemigo de las fuerzas de la regresión y de la represión que operan como resistencia.

Es por eso que la transferencia sirve a la resistencia, porque es la distorsión más efectiva y conduce a la resistencia más fuerte puesto que transfiere para evitar el recuerdo, y resulta mucho más difícil de reconocer puesto que está en el presente.

El concepto de resistencia de transferencia lo define Freud con precisión en su trabajo "Inhibición, síntoma y angustia" (19). Plantea que la resistencia de transferencia es de la misma naturaleza que la resistencia de represión pero tiene efectos especiales en el proceso analítico puesto que logra reanimar una represión que solo debía haber sido recordada.

Las resistencias de transferencia son las causas más importantes y frecuentes de obstaculización a la labor analítica. Si no se analiza suficientemente lleva al estancamiento o interrupción del análisis. Su expresión se manifiesta de diferentes maneras. Por ejemplo puede tener sentimientos de transferencia que trata de satisfacer y no analizar, o de oponerse al procedimiento analítico por temor a la aparición de ciertas reacciones de transferencia.

Entre las reacciones de transferencia más frecuentes se encuentran :

a) Búsqueda de gratificación transferencial.

Frecuentemente se presenta cuando el paciente se empeña en satisfacer sus necesidades emocionales dirigidas al analista, más que en analizarlas. Estas pueden nacer de

las emociones de amor o de odio que pueden manifestarse como deseos sexuales o impulsos pasivo-agresivos, deseos orales de ser alimentado o cuidado, etc.. Cualquiera de estos elementos puede llevar al paciente a tratar de obtener alguna forma de satisfacción, renunciando a la labor analítica.

Una fuente de resistencia que se presenta en mayor o menor grado en todos los pacientes es el deseo de ser amados, así como el temor a perder el amor o respeto del analista.

Greenson (28 ) refiere que la transferencia erotizada lleva a actuaciones muy destructivas en el análisis. También en los pacientes muy impulsivos que tienen resistencias de transferencia donde subyace el odio, pues continuamente tratan de descargar estos sentimientos oponiéndose a la labor analítica. Las exigencias de satisfacción menos intensas, son más difíciles de descubrir y señalar al paciente.

Hace algunos años estuve tratando a una paciente con gran necesidad de gratificación transferencial y cuyas fluctuaciones de transferencia de negativa a positiva a lo largo del tratamiento fueron claras, se manifestaron desde las primeras entrevistas. Acudió a tratamiento porque su esposo se había ido del país por seis meses por haber obtenido una beca en el extranjero para estudios de posgrado. Su única hija de 5 años, quedó bajo su responsabilidad lo que le generaba enojo y envidia hacia el esposo, sintiéndose triste y desesperada. En la tercera entrevista llegué un poco tarde al consultorio. Le explique el motivo de mi tardanza y me disculpé con ella. En la sesión permanecía callada y si rompía el silencio, era para hablar del tiempo o de la decoración del consultorio, hasta que le señalé su enojo por mi retardo. Aceptó que efectivamente se sentía enojada, no soportaba esperar,

pensó que ella no me importaba. Mientras esperaba, decidió que si yo no me presentaba, no regresaría al tratamiento .

Recordó entonces como ella antes de cumplir los 4 años se levantaba por las noches con gran ansiedad para ver si su mamá estaba allí, conformándose solo con eso, ya que si su mamá la sorprendía levantada, la golpeaba. Toda su infancia tuvo el temor de ser abandonada por ella, reforzándose ese temor por la orfandad paterna desde los dos años de edad. El sentimiento de abandono se repitió en incontables ocasiones, pero a medida que se fue analizando fue espaciándose. Alrededor de la 10a. sesión empezó a llevarme pequeños regalos. Se negaba a analizar el significado de su conducta y persistía a pesar de que yo me rehusaba a aceptarlos. Al interpretarle que quería agradarme, y que no era necesario que llevara regalos puesto que me estaba pagando. Lo primero que me dijo, fue que los regalos que me había llevado, no los había pagado, ya que los había sacado de la tienda donde trabajaba como cajera. Después recordó lo feliz que se puso su mamá en una ocasión que había tomado la carta de un vecino que llevaba adentro un billete de 100 dólares, lo que permitió que durante una semana comieran carne en abundancia y hasta dulces. Así al llegar al Kinder empezó a robar el dinero de sus compañeritos y la comida que llevaban al recreo, siempre pensando en que la mamá estaría contenta. Posteriormente ella robó en innumerables ocasiones. Al analizar la conducta, esta empezó a ser egodistónica hasta que cesó.

Después empezó a idealizarme, me decía que me admiraba por mi independencia y profesionalismo, que era inteligente y responsable. Si notaba algún cambio en mi arreglo personal, me lo hacía notar y me alababa. El material que traía a la sesión era cuidadosamente seleccionado para que fuera interesante y su participación inteligente. Al señalarle el hecho recordó que en una ocasión ella sorprendió a su mamá hablando de ella

con orgullo al decirle a la vecina que se encontraba en el cuadro de honor y que era muy inteligente (aunque a ella jamás se lo dijo).

Desde el principio del análisis se manifestó la gran necesidad de amor de esta paciente, estableciéndose las resistencias de gratificación transferencial materna. La transferencia tuvo fluctuaciones importantes de negativa a positiva. A medida que se analizaron las resistencias se fueron haciendo menos intensas llegando a establecerse una buena alianza de trabajo.

#### b) RESISTENCIAS DE TRANSFERENCIA DEFENSIVAS

Este tipo de resistencias aparecen cuando el paciente repite y revive sus defensas contra la participación emocional e instintual, en relación con su analista, pudiendo volverse la función principal de la reacción transferencial. Tienen por objeto ocultar otros aspectos y formas de los fenómenos transferenciales.

Una de las formas de reacciones transferenciales defensivas más frecuentes es la persistencia de comportamiento razonable y racional con el analista. Esto podría parecer una ausencia de transferencia, pero en realidad está ocultando una serie de reacciones instintivas e irracionales. Estas reacciones suelen presentarse al principio del análisis para parecer “buenos” pacientes.

Recuerdo a una paciente que se presentó al análisis por el deseo de conocerse mejor, negando conflictos intrafamiliares, laborales o de pareja. Decía llevarse bien con las personas que estaban a su alrededor y negaba permanentemente sentimientos negativos. Como a los 3 meses de tratamiento presentó un sueño en el que aparecí toda ensangrentada, buscando su ayuda después de haber tenido un accidente automovilístico. Después de trabajar este sueño

que le sorprendió mucho, reconoció que sentía coraje de tener que enfrentar las emociones que ella calificaba de negativas y a partir de aquí empezaron a surgir sus deseos agresivos y la envidia que le generaba yo , la cual había desplazado hacia mí, pudiendo encontrar al analizarla que provenía de sus sentimientos a sus hermanos con los que competía desde la infancia para ser la hija mejor.

#### e) REACCIONES DE TRANSFERENCIA GENERALIZADAS

R. Greenson (28 ) describe estas reacciones que difieren de las anteriores por no ser específicas ni circunscritas. El paciente reacciona al analista como a muchas o la mayoría de las personas con las que tiene relación. Es un comportamiento típico, habitual. La transferencia es característica de las relaciones de objeto del paciente en general y no específica hacia los padres u otras figuras de autoridad. W. Reich le llamó transferencia de carácter. Algunos autores incluyendo a Greenson piensan que puede ser ambigua esta denominación por lo que prefieren llamarla transferencia generalizada.

Estos pacientes tendrán sentimientos esperanzas, deseos, impulsos, temores y defensas moldeados por su carácter, que es la superficie que presentan al mundo en general. Durante el curso del tratamiento la función que desempeñan es la de resistencias.

Una paciente que presentó este tipo de reacciones de transferencia acudió al análisis cuando tenía 19 años por experimentar ansiedad por la proximidad de un examen de admisión a los estudios profesionales. Era huérfana de madre desde hacía 3 años , vivía con su padre y su hermano de 15 años . El material que presentó durante las primeras sesiones describía sus relaciones con los demás perfectamente armoniosas, no presentaba problemas en ninguna área de su vida. Decía ser muy sociable y amistosa, todos los que la trataban le

demostraban cariño e interés. Negaba sentimientos de depresión y solo ocasionalmente sentía angustia ligera, sin embargo se mostraba entusiasta y decidida a salir adelante enfrentando sus responsabilidades. Sonreía con frecuencia se mostraba afable y segura de sí. En algunas ocasiones me expresaba sus dudas de seguir asistiendo. Dos meses después del inicio del tratamiento presentó una reacción que narró con gran hilaridad. Había ido al cine con su hermano a ver la película Peter Pan y sorprendida me contó como sin razón aparente se soltó llorando incontrolable al final de la película en la escena donde aparecían todos los miembros de la familia en una convivencia armoniosa. Al terminar la narración ella no encontraba ninguna explicación a su conducta ni le venían asociaciones. Al preguntarle si en esa escena no había algo que ella no quería ver, se quedó pensando concentrada unos segundos y respondió con voz quebrada por el llanto lo mucho que extrañaba a su mamá. Cuando se recuperó describió la forma en que ella había negado los sentimientos de tristeza que le provocaba la muerte de su madre recordando como ella andaba ofreciendo café y galletas a todas las personas que los acompañaron después del sepelio a su casa, mostrándose tranquila y sonriente como se mostraba permanentemente con todos. Después de esta sesión pudo mostrar más fácilmente sus sentimientos, no cuidándose tanto de no ser una paciente modelo, salieron pensamientos agresivos contra mí, así como envidia y temor a ser abandonada nuevamente, lo que favoreció una transferencia materna que pudo ser interpretada cada vez que se presentó.

#### d) LA ACTUACION DE LAS REACCIONES DE TRANSFERENCIA

La actuación viene a ser una reactivación de un recuerdo del pasado. Se presenta como una serie de acciones bien organizadas y cohesivas que parecen ser dirigidas a un fin

que se desea conscientemente y que es egosintónico. La acción es una repetición ligeramente cambiada del pasado que el paciente no es capaz de recordar. Está actuando en lugar de recordar. La actuación se erige como defensa contra el recuerdo. En vez de expresar con palabras o con sentimientos, los pacientes actúan sus reacciones transferenciales.

La importancia de la actuación de las reacciones de transferencia fue reconocida por Freud (9) desde 1900 en que llevó a cabo el tratamiento de Dora el cual ella interrumpió porque Freud no reconoció que una reacción transferencial se derivaba del amante de Dora y no del padre. Ella actuó con Freud como hubiera querido hacerlo con su amante el señor K, abandonándolo y así abandonó el tratamiento. Cuando Freud revisó este caso en 1905 reconoció la importancia de las transferencias y de la actuación de los fenómenos transferenciales. Posteriormente en 1914, 1920 y 1937 volvió al problema de las actuaciones en relación a la compulsión a repetir de la que derivan. En 1940 en el Esquema del Psicoanálisis se encuentran las últimas referencias sobre el tema en el capítulo VI sobre "La Técnica del Psicoanálisis". Encuentra ventajosa la escenificación de fragmentos de la biografía cuando ocurre dentro del análisis, pero muy inconveniente cuando es fuera.

La actuación es inevitable en el tratamiento ya que el analista ataca defensas neuróticas favoreciendo la descarga de afectos e impulsos de modos menos deformados y así se facilita el paso a las acciones. También puede ser causa de actuación el manejo equivocado de la transferencia, en especial de la transferencia negativa. La mala elección de los momentos de interpretación o el tacto para hacerla, así como el acercamiento a un material traumático suelen producir actuación. La actuación es siempre una resistencia contra el recuerdo y contra el pensamiento. Las acciones son parecidas al contenido manifiesto de los sueños, es un intento de cumplimiento de un deseo. La actuación es una

comunicación no verbal, y a pesar de sus funciones de resistencia, un intento de alcanzar un objeto. Puede ser también un grito de socorro.

La actuación puede darse dentro y fuera del análisis. Menciona Greenson que debe distinguirse de las revivencias en las que hay solo una duplicación o repetición de un suceso pasado en el que no hay distorsión y conduce fácilmente al recuerdo. Esto puede suceder en los estados de alteración yoica por influencia de drogas o emociones intensas. En estos casos las acciones sintomáticas no son bien organizadas ni coherentes, se sienten ajenas al yo y representan una falla en el funcionamiento de este.

#### 1) ACTUACION DENTRO DEL ANALISIS.

Esta es la forma más sencilla en que se actúan las reacciones de transferencia dentro del encuadre analítico. Freud dio un ejemplo del paciente que se conduce en forma desafiante y crítica con su analista sin que pudiera recordar haberse comportado de esa manera en el pasado, se niega a hablar, olvida sus sueños. Lleva a la acción sus sentimientos en lugar de comunicarlos; está reactuando un trozo de su pasado en lugar de recordarlo. Además no solo no comprende lo incongruente de sus reacciones sino justifica su comportamiento porque la actuación es egosintónica.

Greenson (28) pone un ejemplo para ilustrar esta reacción con un paciente suyo de 40 años que llegó al análisis por padecer insomnio, colitis y una inhibición para el trabajo. Desde la primera sesión inició con una conducta ritual que consistía en sonarse ruidosamente la nariz varias veces cuando caminaba por el pasillo. Daba los buenos días alegremente, después se quitaba el saco tarareando una canción, iba al diván, vaciaba sus bolsillos, se quitaba los zapatos, se desabrochaba el primer botón de la camisa, se quitaba el anillo, se

acostaba de lado ponía sus manos juntas bajo su mejilla, cerraba los ojos y callaba. Después de un momento se ponía a hablar en voz muy baja. Cuando Greenson comprendió que no se daba cuenta de aquel comportamiento, trató de investigar un poco sobre su significado antes de confrontarlo con él. A él le parecía evidente que su actuación estaba relacionada con el hecho de disponerse a dormir. Reactuaba el acto de acostarse de sus padres, él era uno y el paciente era el otro. Su historia estaba llena de recuerdos de terribles pleitos entre sus padres y de él levantándose aterrorizado. Estos pleitos ocurrían cuatro horas después de que se había dormido. El insomnio se presentaba a las cuatro horas de sueño. Actuaba con Greenson como hubiera querido que sus padres durmieran juntos en paz y como fantaseaba de niño que dormía con uno de los dos. Al principio se indignó por la interpretación. Después admitió que lo que se había hablado en las sesiones anteriores, lo había olvidado. Se le interpretó que a lo que iba a la sesión (8:00 A.M. ) era a seguir durmiendo. Hasta este momento solo había recordado el odio que sentía hacia sus padres por los pleitos constantes. La interpretación de sus deseos de tener sueño tranquilo fue el primer intento de reconstrucción de sus deseos pre-edípicos respecto a sus padres. El paciente actúa con el analista lo que querría haber hecho en el pasado.

Es según Greenson una recapitulación de un deseo pasado que no pudo ser realizado en su tiempo siendo la actuación un intento tardío de cumplirlo. La actuación dentro de la sesión se presenta durante largos períodos del análisis. Puede manifestarse como pobreza y cierta esterilidad en el análisis hasta que se descubre como resistencia y defensa descubriendo la hostilidad subyacente.

## 2) ACTUACION FUERA DEL ANALISIS

Etchegoyen (7) plantea que la actuación fuera del análisis perturba la tarea analítica que es la de lograr *insight*. Menciona el ensayo escrito en 1945 por Fenichel en el que subraya que los actos fuera del análisis puede ser confundida con el acto neurótico del que se diferencia porque los actos compulsivos (a los que aludía en ese momento) son egodistónicos. Otra diferencia que menciona Etchegoyen es la intención específica del *acting out* de hacer imposible la tarea analítica.

Greenson (28) pone el ejemplo de un paciente en análisis que de repente forma una relación muy íntima con su médico general con el cual nunca se había relacionado socialmente. Lo empezó a invitar con frecuencia a comer, teniendo conversaciones íntimas. Le interpretó que estaba actuando sus deseos de intimar con él fuera del análisis. Mientras esto ocurría el paciente no expresaba su deseo durante las sesiones.

Menciona Greenson que cuando se actúan los sentimientos de transferencia fuera del análisis es característico que los impulsos y afectos llevados a la acción, no aparezcan en la situación analítica propiamente dicha.

## 2.7 NEUROSIS DE TRANSFERENCIA

Freud introduce el término neurosis de transferencia en su trabajo "Recordar, repetir y reelaborar" escrito en 1914 (13). En él señala que durante el tratamiento el paciente repite sus inhibiciones y actitudes inviables, sus rasgos patológicos de carácter y todos sus síntomas. Afirma que la manera de transformar esta compulsión a la repetición en motivo para recordar, es a través de la transferencia logrando que se sustituya la neurosis ordinaria por la neurosis de transferencia, la cual tiene todas las características de la enfermedad pero

con la ventaja de que es accesible a la intervención, es provisional y lleva a despertar los recuerdos que se presentan al vencer las resistencias, conduciendo con el tiempo a la cura.

Más tarde en 1914 (14) en "Introducción al Narcisismo" emplea el término neurosis de transferencia, en contraposición a las neurosis narcisistas o psicosis que no son abordables por el psicoanálisis, pues carecen de la capacidad de transferencia.

Greenson R.(28) dice que la formación de la neurosis de transferencia se manifiesta por un aumento de la preocupación que el paciente tiene por el analista y los procedimientos analíticos los cuales se convierten en el interés principal de la vida del paciente. Los conflictos neuróticos se movilizan hacia la situación analítica. El paciente empieza a sentir mezclas de amor y odio que trata de combatir con defensas las cuales se presentan en forma de angustia o sentimientos de culpa. A medida de que el paciente repite con el analista su neurosis, tanto la que viene desde la infancia, como las variaciones que ha sufrido desde entonces, se va interpretando para ayudarlo a revivir y a recordar.

Etchegoyen (7) define la neurosis de transferencia como el reconocimiento de la presencia del analista y del efecto del análisis. Por tanto la situación analítica se establece cuando aparece la neurosis de transferencia ; así para él cuando la neurosis de transferencia se demarca de la alianza terapéutica, queda constituida la situación analítica.

Lagache D. en 1953 (34 ) comienza su estudio de la transferencia con una investigación epistemológica del concepto, estableciendo dos dicotomías : la primera entre manifestaciones de la transferencia y neurosis de transferencia, la segunda entre lo que llama causas dinámicas y causas mecánicas para el desarrollo de la transferencia. Las causas dinámicas para el desarrollo de la transferencia son las relaciones interpersonales frustrantes que le son impuestas al paciente por las reglas que regulan la situación analítica ; el

desarrollo mecánico o espontáneo de la transferencia es la consecuencia de la compulsión a la repetición que se debe al trauma narcisístico al que fue sometida la personalidad del paciente.

El concepto dinámico corresponde a la transferencia con sus potencialidades terapéuticas. El concepto mecanicista abarca la neurosis de transferencia con su significación como resistencia.

Lagache postula una función dual de la compulsión a la repetición que conecta los dos conceptos : una función repetitiva reproductiva y también una restitutiva. El autor afirma que también la regla fundamental tiene una función dual : 1) frustra la urgencia de la compulsión a la repetición a repetir acciones prohibidas por el yo. 2) esta prohibición de la acción tiene una función liberadora , permite que la ideación de las acciones prohibidas se expresen en pensamientos y palabras. Los pensamientos y palabras originalmente estaban inhibidos por el paciente porque llevaban a la acción. Esta liberación de la ideación lleva inevitablemente a tener pensamientos acerca del analista que se manifiestan en la transferencia. El papel pasivo del analista y sus interpretaciones le hacen al paciente el impacto de experiencias revividas.

### III. TECNICA DEL ANALISIS DE LA TRANSFERENCIA

La interpretación es el instrumento decisivo para tratar los fenómenos transferenciales en el procedimiento psicoanalítico. Interpretar significa hacer consciente un fenómeno psíquico inconsciente. Se interpreta la transferencia, descubriendo la historia inconsciente y los antecedentes, orígenes, fines y las interconexiones de una reacción transferencial. Para llegar a ella eficazmente es necesario dar antes algunos pasos preliminares. Es necesario aclarar cuidadosamente un fenómeno psíquico particular, antes de tratar de interpretarlo. Greenson (28) hace alusión a Fenichel y Kris, quienes han subrayado también la necesidad de demostrar las reacciones transferenciales antes de intentar la interpretación de su significado inconsciente. Afirma Greenson que la aclaración, demostración, interpretación y translaboración de un hecho psíquico pueden considerarse análisis de un fenómeno dado. Agrega que la técnica psicoanalítica clásica tiende a facilitar el desarrollo máximo de todas las variedades e intensidades de las reacciones transferenciales y puesto que los fenómenos transferenciales surgen espontáneamente en el paciente, la técnica debe comprender la espera paciente y la no intrusión. El empleo juicioso de la espera en silencio es uno de los instrumentos más importantes para facilitar la formación de la transferencia. Sin embargo, en algunos pacientes, puede ser causa de situaciones traumáticas y de resistencias masivas a menos de que el terapeuta las analice en el momento debido.

Aramoni A. ( 2 ) afirma que el paciente le transmitirá al analista muchos de sus problemas, lo inculpará inconscientemente y se resistirá al cambio tratando de evitar la curación aún cuando la desea. Sugiere que convendría decirle a la persona que va a

analizarse, desde el inicio, que pasará por una situación en la que vivirá problemas con el terapeuta que no corresponden a éste, o solo en cierto grado. Que estos problemas tienen que ver con su forma de vivir o con su historia pasada, advertirle que repetirá un modelo de acción y de reacción al que está acostumbrado y que constituye parte de su estructura psíquica. Se le puede explicar al paciente que del análisis de esta forma de comportamiento y de sus reacciones, dependerá la posibilidad de cambio y se le sugerirá que siempre diga lo que piensa, tal como lo piensa, sin modificar o minimizar .

La sugestión también tiene su lugar en el manejo de la transferencia. Frecuentemente se les pide a los pacientes que hagan asociación libre y que dejen aparecer espontáneamente sus sentimientos, por dolorosos que sean y que todo llevará a un fin útil. Cuando se le pregunta a un paciente si recuerda sus sueños, estamos insinuando que sueña y que puede recordar. El sentimiento transferencial que hizo al paciente sugestionable sobre este punto, deberá analizarse.

Todas las intervenciones no analíticas habrán de ser llevadas a la conciencia y analizadas a fondo.

Una de las cuestiones técnicas que se encuentran presentes constantemente es la de determinar cuando favorece la transferencia el curso del análisis y cuando lo detiene; cada una de estas causas requiere intervenciones diferentes. El manejo indebido de la situación transferencial es frecuentemente la causa de que los pacientes abandonen el tratamiento.

Freud en 1912 (11) recomendó que el psicoanalista debía ser como un espejo para su paciente. La interpretación que se ha dado a esta recomendación es que el analista debería ser frío y no reaccionar con su paciente. Lo que quiso decir Freud fue que el

comportamiento del psicoanalista en los conflictos neuróticos del paciente deberá reflejar solo lo que éste haya manifestado.

Fromm citado por Krassoievitch (31) a su vez da propuestas sobre lo que el analista puede, debe decir o mostrar de sí mismo cuando el paciente le hace ciertas preguntas. La primera se refiere a las preguntas que el paciente suele hacer sobre datos del analista que son del dominio público o que pueden ser averiguados con facilidad fuera de la situación analítica: edad, estado civil, paternidad, formación profesional, datos que el terapeuta no tiene porque ocultar ya que la gente los conoce y el paciente no tiene porque ser el único que no deba saberlos.. Un segundo caso son las preguntas que se refieren a la vida privada del analista las cuales no deben ser contestadas. Se le podrá explicar al paciente que no tiene sentido exponer su vida ante sus pacientes, lo que llevaría mucho tiempo y no podría ser una meta del tratamiento. En muy contadas ocasiones el terapeuta podrá utilizar algún dato tomado de su propia vida, para que el paciente sienta que no solo a él le ocurren determinados hechos. Fromm menciona que deberá ser muy cuidadoso en estas comunicaciones y seleccionarlas muy bien, porque el peligro es hablar demasiado, hacer confesiones o compartir vivencias con el paciente de manera entusiasta e ingenua, lo cual no tiene ninguna finalidad terapéutica e incluso entorpece la buena marcha del tratamiento. Así mismo las preguntas del paciente responden más a la curiosidad, que a un auténtico interés por el terapeuta.

Cualquier modo de comportamiento o actitud por parte del analista que no sean de constante y sensible discreción oscurece y deforma el desarrollo y reconocimiento de los fenómenos de transferencia.

Cuanto menos sepa el paciente del psicoanalista, más fácilmente podrá éste llenar los espacios vacíos con sus fantasías y podrá el analista convencerlo de que sus reacciones son desplazamientos y proyecciones.

Greenacre (26) piensa que el analista debe estar oculto al público y no tener ninguna asociación con causas sociales, políticas o científicas. El anonimato no siempre es posible cuando ya se tienen varios años de vivir en una comunidad, y se agudiza en el análisis didáctico de candidatos que se realizan dentro de sus propias instituciones.

Los psicoanalistas reconocidos dentro de su comunidad frecuentemente encuentran en sus pacientes una transferencia contaminada basada en la fama del analista y en las fantasías del paciente. El material contaminado debe analizarse constantemente, así como la reacción del paciente ante esa información.

Al contrario de esta postura Fromm (Citado por Krassoievitch) (31) afirma que no es deseable que el paciente no sepa nada del analista, ya que el efecto curativo del psicoanalista depende, por un lado de la comprensión del material infantil e irracional y por el otro, del establecimiento de una relación real, de adulto a adulto. Entre más real sea el analista para el analizado, y cuanto en mayor grado pierda su carácter fantasmagórico, tanto más fácil le será al analizado abandonar su postura infantil e irracional para enfrentarse a la realidad. Agrega: "Si durante la hora del análisis el analizado se convirtiera totalmente en un chiquillo, igual pudiera estar soñando. Carecería de juicio e independencia para poder comprender el significado de lo que está diciendo. Durante la sesión analítica el analizado oscila constantemente entre la existencia infantil y la adulta ; es precisamente en este proceso en el que radica la eficacia del procedimiento analítico".

Aramoni A. (2) señala que cuando los aspectos de irracionalidad, rigidez o fanatismo del paciente influyen de modo predominante en el análisis, la curación será difícil o imposible si el paciente no llega a concientizar que repite, que obstruye el tratamiento, y que olvida porqué está allí.

### LA ABSTINENCIA

En 1919 Freud (17) especificó claramente que la cura analítica debía desarrollarse en la abstinencia, dentro de lo posible. "Las dolencias del enfermo no deberán terminarse prematuramente ya que fueron los síntomas los que llevaron al paciente al tratamiento. Estos, están compuestos de instintos que buscan satisfacerse en el analista. La frustración llevará al paciente a la regresión de modo que la neurosis volverá a vivirse y a sentirse en la transferencia." La regla de la abstinencia ha sido mal interpretada, entendiéndola como que al paciente se le debía prohibir tener satisfacciones instintuales durante el análisis. Lo que Freud quiso impedir es que el paciente huyera hacia la salud y efectuará la "cura transferencial" abandonando el tratamiento.

Reich W. (39) afirma en su libro "Análisis del Carácter" que se deberá tener presente la regla de la abstinencia sexual, reflexionando que las prohibiciones tienen mayor probabilidad de impedir la transferencia positiva y quizá reforzaría la frustración genital en vez de disminuirla. Opina que sería un grave error prohibir la gratificación sexual en las mujeres sexualmente inhibidas o en los hombres con impotencia eréctil. Analiza que siendo la neurosis una desviación y regresión de la libido genital, es la tarea del psicoanalista liberar la genitalidad y concentrarla en las zonas genitales. Sugiere que en términos generales se eliminarán las actividades pregenitales por medio de una adecuada interpretación,

fomentando las tendencias genitales. También sería un error prohibir la masturbación en pacientes que no la hacían, cuando el paciente está a punto de vencer el temor a realizarla.

Reich señala que la abstinencia actúa como impedimento en el análisis de la mayoría de los casos, ya que al progresar el análisis se concentra la libido en las zonas genitales y la intensidad de la excitación sexual perturbará el análisis porque después de haber agotado el contenido de las fantasías sexuales, existe un fase de intenso deseo sexual sin producción de material inconsciente adicional. El alivio por medio de la masturbación o de la relación sexual ejerce un efecto liberador y prosigue de nuevo el análisis. Plantea que la transferencia sensual paralela a la concentración genital de libido es el factor más poderoso para traer a la superficie material inconsciente, y por otra parte es un obstáculo porque la excitación genital surgida sobre la base de la transferencia, reactiva el conflicto sexual total. En muchos casos el paciente niega la índole transferencial de la situación, pero el paciente aprende a tolerar la frustración genital reaccionando sin desilusión, sin regresión y concentrando en una sola persona los impulsos tiernos y sensuales. Señala que los pacientes que no atraviesan la fase de transferencia sensual de índole genital, no logran liberar de la represión el impulso sensual genital, o no logran disolver el sentimiento de culpa que hace posible la confluencia de los impulsos cariñosos y sensuales.

Termina diciendo que cuando se realiza con éxito el tratamiento se logra: 1) la masturbación genital sin sentimientos de culpa, sin fantasías transferenciales genitales y gratificación; 2) Fantasías de incesto sin culpa, ocasionalmente y con deseos conscientes; 3) Excitación genital durante el análisis venciendo la ansiedad de castración.

Greenson (28) subraya la necesidad de señalar al paciente el origen infantil de la satisfacción instintual que busca. Si las satisfacciones transferenciales no se descubren, ni

se analizan, pueden impedir el desarrollo de la neurosis de transferencia dando por consecuencia que el paciente se fije a una de estas reacciones. Pone de ejemplo a los analistas que constantemente se conducen con sus pacientes con una constante cordialidad, estos favorecen en el paciente una transferencia positiva sumisa y les costará trabajo la formación de una transferencia negativa y hostil. Al contrario de los analistas que tienden a ser ásperos e imperturbables, quienes favorecen las reacciones de desconfianza y si el análisis se prolonga tienden a una relación transferencial sadomasoquista, resistente al análisis y al cambio.

El analista deberá estar suficientemente cerca del paciente para empatizar con los detalles más íntimos de su vida emocional, pero bastante lejos para reaccionar desapasionadamente.

#### ANALISIS DE LA TRANSFERENCIA

En 1913 Freud ( 11 ) menciona en "La iniciación del tratamiento" que : "En tanto las comunicaciones del paciente y las ocurrencias se sucedan sin interrupción, no debemos tocar para nada el tema de la transferencia, dejando esta labor, la más espinosa de todas las que se nos plantean en el análisis, para momentos en que la transferencia se haya convertido en una resistencia".

Greenson (28) propone como primer tarea hacer ésta ( la resistencia ) demostrable. Si no se logra, se confrontará al paciente para que tenga conciencia de ella. Es frecuente utilizar frases como: "Parece que tiene miedo de hablarme de .....", o : "Parecería estar rehuendo sus sentimientos hacia mí". Simplemente con la confrontación del paciente con su lucha por expresar sus sentimientos de transferencia puede servir para sobreponerse temporalmente a la resistencia. Las reacciones de transferencia que más pueden producir

resistencias son las egosintónicas ( el paciente se siente bien con ellas) ya que dificultan que el paciente utilice su Yo observador al analizar su transferencia, defendiendo, negando o justificando sus sentimientos.

Greenson afirma que la transferencia deberá analizarse cuando alcanza un nivel óptimo de intensidad lo cual no se refiere a cantidad, sino que depende del estado del Yo del paciente y de lo que trate de conseguir el analista en el momento elegido. Lo que pretende, es que la experiencia de transferencia sea emocionalmente significativa para el paciente, sin que lo abrume. Que lo impacte, sin trauma.

Una paciente tuvo una reacción transferencial prolongada con una conducta en la cual evadía mirarme, y utilizaba hasta 20 minutos de la sesión en observar el consultorio, haciendo comentarios de las plantas, cuadros, ruidos de la calle, y, en otras ocasiones me escudriñaba con su mirada haciendo observaciones sobre mi arreglo personal . En un primer acercamiento al significado de su conducta le interpreté la evasión que hacía para no hablar de sí misma, desperdiciando gran parte de la sesión en esos comentarios. Ella respondió de inmediato que le era sumamente doloroso hablar de su infancia y que necesitaba de este tiempo para entrar en sus recuerdos.

En otra ocasión en la que me veía con insistencia , le interpreté su necesidad de controlarme con su mirada. Asoció de inmediato la forma en que ella lanzaba miradas a su madre para expresarle su indignación o su coraje cuando era golpeada injustamente, o más tarde en la adolescencia , como retaba a la madre o a la hermana mayor con la mirada, cuando quería ejercer la autoridad sobre de ella. Con respecto a mí , dijo tener la necesidad de corroborar si yo le prestaba suficiente atención. Después de dos años de tratamiento, cuando se hubo superado la desconfianza transferencia, le propuse utilizar el diván, porque

con menos frecuencia que al inicio, aún se repetían ocasionalmente las asociaciones sobre la decoración del consultorio o los ruidos, y pensé que en la posición acostada y quedando yo fuera del alcance de su mirada podríamos trabajar mejor. Esto lo corroboré en las sesiones siguientes en las que afluían mucho más fácilmente los recuerdos infantiles. Llevábamos varios meses de trabajar así, cuando la paciente comenzó a acostarse boca abajo permaneciendo así la mayor parte de la sesión. En la tercera ocasión en que lo hizo, se acomodó sobre sus codos viéndome directamente a la cara. Yo, en vez de interrogarla sobre sus motivos, decidí, en el momento en que ella se estaba acomodando un cojín, cambiarle de lugar al sillón que se encontraba al otro lado del diván donde quedaba fuera del alcance de su vista. En el momento en que ella se percató del cambio, se levantó rápidamente saliendo del consultorio sin decir nada y sin darme tiempo a decirle nada. En un principio pensé que solo había salido a la sala de espera, y en lo que me levanté a ver donde estaba, ella había abandonado el consultorio. Tres horas después llamó por teléfono para disculparse por su conducta. A la siguiente sesión me dijo que pensó que yo quería alejarme de ella, y su respuesta fue irse lo mas lejos posible. Estuvo llorando un buen rato, y cuando pudo hablar me describió el sentimiento de ser rechazada que la acompañaba permanentemente, describiéndome cuando descubrió en una conversación de su madre con una vecina, que su padre no quería que ella naciera, así como otras vivencias de rechazo de parte de la madre. Cuando terminó su relato, se veía mucho más tranquila y relajada, pues por primera vez se permitió llorar todo lo que quiso sin reprimirse, ya que en muchas otras sesiones en que quería llorar, parecía avergonzada de ello.

En este material se puede ver como los acercamientos progresivos de la transferencia, aclarando primero la conducta, y poco a poco permitiendo que fueran aflorando los

sentimientos, dio por resultado que aún cuando existan errores por omisión de interpretación, como fue la sesión en que en vez de preguntar los motivos de la conducta en el diván, cambié de lugar propiciando un *acting in*, fue posible retomar el material y trabajar la historia de la reacción transferencial.

En ocasiones la transferencia sirve para que el paciente juegue intelectualmente con las intervenciones del analista. Esto sucede cuando se ha intervenido antes de tiempo, privando al paciente del impacto emocional que la interpretación debería haber causado.

Entre más infantil es la reacción transferencial, más pronto deberá interpretarse. Igualmente cuando aparecen sentimientos de transferencia que aturden al paciente provocándole angustia y vergüenza.

Un paciente de 25 años que tomé en tratamiento hace tiempo, tenía el antecedente de dos intentos suicidas, a los 18 años el primero, y el segundo un mes antes de iniciar el tratamiento. En la primera sesión tuvo un lapsus en varios momentos en los que me dijo "maestra". A pesar de la inconveniencia de interpretar demasiado pronto la transferencia, pero notando lo infantil de la manifestación transferencial, le hice notar que en su lapsus dejaba entrever lo que esperaba del tratamiento y la relación de alumno-maestra que estaba estableciendo conmigo. Su reacción fue de sorpresa durante algunos minutos, después reconoció la actitud de dependencia que tenía ante las figuras de autoridad. Describió la actitud de niño chiquito que adoptaba ante la madre, a la que se dirigía hablando en voz tipluda que por momentos le avergonzaba. También mencionó la infantilización por parte de ambos padres de la que era objeto tanto él como sus dos hermanas de 24 años a quienes no permiten separarse del núcleo familiar. Puso como ejemplo el hecho de que tan pronto inicia

algún noviazgo, los padres casi de inmediato le piden que lleve a la novia a la casa y que paseen con ella, toda la familia, los domingos.

Fromm ( citado por Krassoievitch ) (31) señala que la interpretación de la transferencia debe ser funcional, en lugar de interpretarla en relación a las figuras parentales, es mejor hacerlo en términos de toda la estructura interna del sujeto, de sus procesos internos. Pone de ejemplo el odio hacia el terapeuta que se puede interpretar como un sentimiento de impotencia que se encuentra presente en todas las relaciones que el paciente establece y que este sentimiento puede ser consecuencia de su dependencia hacia la madre.

También señala Fromm que el manejo de la transferencia en el psicoanálisis humanista es más complejo que en el psicoanálisis Freudiano ya que en el primero se necesita estar más atento a distinguir entre lo que es real y lo que es transferencial, para lo cual es necesario buscar las fuentes originaron la actitud del paciente. Subraya que la interpretación de la transferencia no deben generalizarse a todas las expresiones del paciente. De caer en ese error, el analista crearía una situación artificial, con la finalidad inconsciente de protegerse y con el agravante que también le serviría al paciente de protección. Pone de ejemplo cuando una crítica dirigida al analista se interpreta de forma automática al padre, sin considerar que estuviera justificada, se tranquilizan tanto el terapeuta como el paciente. Relaciona también la tendencia a sobreutilizar la transferencia interpretando como transferencia las expresiones negativas y como percepciones reales del paciente las expresiones positivas. Por lo que afirma que es necesario que el paciente pueda hablar francamente del analista, sin el prejuicio de que este material siempre será referido como transferencia. En caso contrario señala Fromm , se paralizará el juicio crítico del paciente.

Algunos sucesos externos agotan el Yo del paciente haciéndolo más propenso a sentimientos de transferencia intensos. Las reacciones de transferencia intensas pueden ser muy traumáticas para los pacientes, cuando la frecuencia con la que los vemos deja vacíos que no pueden tolerar. Entonces evitarán el desarrollo de tales sentimientos intensos.

#### Transferencia Encubierta :

La ausencia prolongada de reacciones de transferencia al ser señalada al paciente puede ser una experiencia emocionalmente significativa.

En algunos casos es el paciente mismo el que hace esta observación cuando ha leído, u oído que la transferencia aparece en el curso del tratamiento. Haak en 1956 (29) menciona en su trabajo titulado "Comentarios sobre la situación analítica" que algunos pacientes le preguntan al analista con sorpresa o se preguntan a sí mismos porqué no han experimentado ninguna reacción de transferencia a pesar de haber transcurrido algunos meses desde que se inició el análisis. Dice que lo que habrá que responderles es que la transferencia ya estaba allí, que la trajo el paciente con él desde el mismo momento en el que entró por primera vez al consultorio. En su experiencia, refiere que ha tenido la evidencia en varias ocasiones de comprobar la existencia de la transferencia desde la primera conversación telefónica. Afirma que la idea de que la transferencia no se ha iniciado, implica que el paciente tiene gran resistencia contra la transferencia . A esta clase de transferencia le llamó transferencia encubierta.

Haak coincide con Glover (25) en que el analista debe poner mucha atención para detectar la transferencia la cual puede encontrarse detrás de incidentes aparentemente sin importancia. Señala que mucho material significativo puede escapársele al analista entre los dedos. Afirma que de la misma manera que el estudiante de histología, el analista debe

aprender a distinguir las estructuras vagas en el microscopio analítico, mejorando para ello el instrumento de la contratransferencia, cuya sensibilidad aún no se encuentra suficientemente reconocida. Menciona como sus candidatos han llevado adelante con éxito el análisis de sus pacientes cuando les enseña a detectar la transferencia encubierta, a pesar de su falta de experiencia, en casos en los que él, al comienzo de su carrera, tuvo mucha dificultad por el hecho de no habersele señalado estos aspectos de la transferencia.

Haak ejemplifica la transferencia velada : Citando cuando él regresó a dar consulta en Estocolmo, después de algunos días de haberse ausentado para asistir a unos seminarios en Copenhague, un candidato a analista que sabía el objetivo de su viaje, le preguntó que como le había ido en su viaje. El no respondió a la pregunta, sino que la trabajó analíticamente. Después de varias maniobras de resistencia, admitió que esperaba que le hubiera ido mal ; porque quería vengarse del abandono del que había sido objeto. En esa etapa del análisis tenía una relación infantil hacia él padre-hijo y sintió la corta interrupción de su análisis como una frustración.

Otro ejemplo que menciona, es el de un analizando que no lo dejaba terminar las oraciones, interrumpiéndolo antes de que terminara. Le llevó mucho tiempo descubrir que la interrupción de su discurso, era una defensa contra su miedo de ser influenciado por él, de acuerdo al principio : “ atacar es la mejor forma de defensa” (la defensa contra su transferencia pasiva, femenina, hacia él).

Greenson (28) afirma que de acuerdo a su experiencia uno de los procedimientos más eficaces para hacer demostrable al paciente la transferencia es el silencio. Señala que tan importante es saber emplear el silencio como la intervención activa. Si se exagera uno u otro no se podrá realizar el psicoanálisis eficazmente, por lo que se debe desarrollar la destreza

tanto del uso del silencio como de las palabras. Frecuentemente el mismo paciente reconoce los sentimientos de transferencia si el analista espera suficientemente a que aumente la intensidad de los sentimientos del paciente. Este aumento se da simplemente si se deja al paciente proseguir con la exposición de su material sin intervenir.

Transferencia de latencia o Fraternalización de la latencia.

Asbed A. y Moguillnsky C. en 1991 (4 ) publicaron un trabajo clínico titulado "Transferencia de latencia" en el cual plantean que este tipo de transferencia requiere de trabajo interpretativo especial en el tratamiento de adolescentes. En estos casos existe una prolongación de la latencia y la personalidad aún no se ve afectada por la crisis adolescente encontrando esta ausencia, como un fenómeno defensivo frente al dolor mental que acompaña a la desidealización de las figuras parentales infantiles. Refieren que esto se da cuando la experiencia del adolescente transcurre en un marco en el que padres e hijos comparten los mismos ambientes sociales y la presencia protectora de los padres o adultos sustitutos quitan la fuerza subversiva de la experiencia emocional que el adolescente necesita vivir. Los autores describen la transferencia de latencia como el vínculo que el paciente establece con el analista en el que ubica una figura fantasmática idealizada, omnipotente, omnisciente. Con ella establece una mutua idealización, intentando ser un "buen aspirante": una copia mimética del ideal proyectado, es decir ser omnipotente como la figura del analista "no castrado". Ellos llaman a esta imagen idealizada "Analista *couch*" y explican que con ese nombre resaltan su carácter de entrenador que otorga un saber y habilidades, prometiendo un acceso a una adultez idealizada que va a salvar la brecha generacional que separa las posiciones del adulto y del niño.

#### IV RESOLUCION DE LA TRANSFERENCIA.

La última tarea del analista en el tratamiento, es la resolución de la transferencia. W. Reich en su libro *Análisis del carácter* (39) (p. 149-150), opina que esto ocurre cuando se ha logrado que la libido de objeto, ya libre de todos los impedimentos del odio, narcisismo, despecho, la tendencia a la decepción, tiene que ser "transferida" del analista a otro objeto que corresponda a las necesidades del paciente. Reflexiona que mientras todas las transferencias pregenitales y sádicas pueden ser disueltas reduciéndolas a sus antecedentes infantiles, tal cosa no es posible en el caso de la genitalidad, pues la función genital es parte de la función general de la realidad. Agrega que no es fácil apreciar el por que la reducción de la transferencia genital a los deseos de incesto genital no disuelve aquella, sino por el contrario, al liberarla de la fijación incestuosa, la hace tender hacia la gratificación con una gran fuerza. Considera que la transferencia anal no se disuelve reduciéndola a la situación infantil sino que la libido se desplaza de lo anal, a lo genital. Es esta la forma como se da la progresión desde la pregenitalidad, a la primacía genital. En la reducción de la transferencia genital a la situación primordial, el desplazamiento que se da no es cualitativo, puesto que la etapa genital representa la etapa más elevada. La única posibilidad será la "Transferencia de la transferencia" a un objeto real.

Afirma Reich que se encuentran frecuentemente muchas dificultades, sobretodo en pacientes del sexo opuesto, que manifiestan una adherencia muy fuerte de la libido que imposibilita la separación del tratamiento durante meses enteros. Cuando realizó la investigación de los motivos de tal adherencia encontró : 1) que existían sentimientos de culpa sin resolver que correspondían a impulsos sádicos hacia un objeto infantil, impulsos

que no habían llegado a hacerse conscientes, 2) una secreta esperanza de que el analista accederá a sus demandas de amor, recomienda Reich que se debe estar alerta porque el paciente nunca la manifiesta en forma espontánea, 3) un resto de fijación infantil no genital al analista, como representante de la madre protectora. El autor alude a Rank quién lo explica como la situación fantaseada del útero materno, y 4) en mujeres jóvenes o infelices en su matrimonio, un gran temor a la vida sexual, en parte bajo la forma de temor primitivo al coito, y en parte como una adhesión a las normas sociales de la ideología monógama y de la exigencia de la castidad, o un sentimiento de inferioridad respecto a la función sexual femenina. En los hombres, la dificultad consiste en que una vez que se adquiere la capacidad de concentrar en un solo objeto tanto el cariño como la sensualidad, se manifieste la incapacidad de relacionarse sexualmente con prostitutas o amantes. Si no contraen matrimonio de inmediato, les resulta muy difícil descubrir una compañera sexual que satisfaga al mismo tiempo las necesidades de cariño y las necesidades sexuales.

Enumera circunstancias que dificultan la separación del paciente de su analista, poniendo como ejemplo los casos en que el paciente satisface su sexualidad con un objeto a quién no ama, o a quién no puede amar, pues su cariño se halla ligado a su analista. Afirma que los mejores resultados se obtienen si el paciente encuentra un objeto sexual adecuado antes de terminar el análisis, puesto que esto permite observar la conducta en la nueva relación, dando la posibilidad de analizar los posibles residuos neuróticos.

Garma A. (24) en 1974 publicó un artículo titulado "Aspectos de las resistencias de transferencia en las etapas finales de tratamiento psicoanalítico. Refiere que existe una tríada de resistencias casi al finalizar el tratamiento compuestas por: reacciones fóbicas

inconscientes motivadas por el pensamiento de que muy pronto ya estará sin la ayuda del analista y aunque conscientemente desea mejorar mucho, inconscientemente siente un gran miedo a hacerlo explicando que esto se debe a la oposición de su super yo. Este se encuentra transferencialmente proyectado hacia el analista. El paciente siente inconscientemente que no se le permite ser más eficiente, más maduro en sus relaciones con los demás porque esto aunque le proporcionaría bienestar, es demasiado perfecto y proyecta estos sentimientos en su transferencia, produciéndole una reacción fóbica contra la posibilidad de mejorar. El autor explica que en el inconsciente del analizado, el analista es tanto un objeto bueno, como un objeto persecutorio. Siente a su analista como alguien que lo ayuda a mejorar al mismo tiempo que lo mantiene a un nivel de comportamiento infantil, prohibiéndole formas de comportamiento más adultas con las que obtendría mayor bienestar y mejor aprovechamiento de sus capacidades. Opina el autor que de acuerdo a estas reacciones transferenciales en las etapas finales del tratamiento, el analizado fóbico adjudica a su analista las características de objeto fóbico acompañante. Afirma que el significado inconsciente sería llegar a una etapa de su desarrollo donde fue entrenado sin suficiente conocimiento para ser independiente y en una posición en la que constantemente necesitará la ayuda de gente con más experiencia y conocimiento que lo ayude en su trabajo.

El paciente intensifica las reacciones de duelo por la futura pérdida del analista cuando tiene muchas prohibiciones provenientes del super yo contra la mejoría que lo convertirá en un adulto capaz. Explica el autor que las reacciones fóbicas contra la mejoría junto con los mecanismos de defensa del duelo, algunas veces dan lugar a reacciones contratransferenciales del analista quién se convierte entonces, en el objeto acompañante inconsciente del analizado fóbico. Menciona que esto podría explicar el porqué se encuentra

mucha literatura psicoanalítica que describe la terminación del análisis esencialmente como un proceso de duelo.

Después de proseguir trabajando las resistencias, el analizado llega a ser consciente de las reacciones fóbicas que está experimentando tan intensamente y percibe las posibilidades de ir mejorando, que es lo que determina el reforzamiento del proceso terapéutico. Sus problemas neuróticos restantes no podrán enmascarse en la reacción defensiva de duelo y en la pérdida futura del analista.

Garma enfatiza que al lado de las reacciones fóbicas también aparecen intentos conscientes e inconscientes del analizado de devaluar a su analista. Esto ocurre porque el analizado se devalúa a sí mismo sometiéndose a su super yo y a su analista en la transferencia. Agrega que a pesar de las apariencias el analizado no está tratando de liberarse de su devaluación inconsciente en la proyección que hace en su analista sino trata de hacer a su analista tan inferior como él, siente que de acuerdo a su inconsciente ninguno de los dos saldrá adelante y esto le aterroriza porque equivale a la realización del crimen edípico por el que deberían ser castigados ambos. Esta es una de las razones que el autor ha encontrado, que explican el porqué frecuentemente se encuentran contenidos de revancha contra el analista en algunos fracasos terapéuticos terminales.

Analiza Garma que en los contenidos latentes y manifiestos de las fantasías del analizado intenta devaluar a su analista apareciendo frecuentemente comparado con los analistas de otras personas a las que considera superiores. En su experiencia le ha parecido interesante descubrir en el curso de las sesiones, que tanto a estos analistas como a otras personas, el analizado también las devalúa al analizarlos en detalle. Los intentos devaluatorios hacia el analista se manifiestan en las fantasías del analizado, como si él mismo

estuviera obligando a su analista a permanecer incapaz, puesto que si en sus fantasías el analista no es capaz, empieza a derivar placer inconsciente a la conclusión de que ya no es capaz de ayudarlo más. Esto corresponde a una reacción fóbica cuando se enfrenta a las posibilidades de hacer progresos en el análisis. Según experiencia del autor este tipo de conducta psicológica destructiva empeora en cada análisis cuando el paciente mejora mucho y los pensamientos de terminación del tratamiento comienzan a aparecer, acompañándose de la necesidad de intensificar el análisis para ayudar a concluir el tratamiento. La culpa y la necesidad de castigo no son las motivaciones predominantes que explican esta conducta sino que piensa Garma se encuentran más cerca de tratar de situar al analista como el doble del paciente.

En muchas de las fantasías devaluatorias del analizado, se muestra como será la conducta destructiva en el futuro si termina en el presente el tratamiento. Durante esta etapa del tratamiento afirma el autor que los mejores resultados se obtuvieron al demostrar al analizado la intensidad de las reacciones fóbicas contra la posibilidad de la futura mejoría y como estas reacciones están motivadas por su sumisión al super yo, el cual proyecta en el analista en la transferencia.

Pedder J. en 1988 (36 ) publicó un trabajo titulado "Reconsideraciones sobre la terminación" en el cual analiza los criterios de varios autores sobre la terminación del tratamiento. Hay una coincidencia en cuanto a lo inapropiado que es el término en su connotación negativa ya que en la palabra "terminación" no se distingue la realidad externa de interrupciones a las visitas al analista, con la continuación interna del proceso analítico. Entre los autores que menciona se encuentra Loewald, quién comparó el duelo y la separación en la terminación, con dos fenómenos similares que ocurren en los estadios

tempranos del desarrollo, tales como la resolución del conflicto edípico y la adolescencia. Coincide con Stock quién en 1969 revisó descripciones de todo aquello que está involucrado en la resolución de la neurosis de transferencia : sentimientos de rabia y desilusión hacia el análisis. Menciona como varios autores coinciden en hacer notar las semejanzas entre este proceso y el proceso de individuación que se presenta en el curso de la adolescencia . También alude a Silverman (1971) quién tituló su trabajo "Terminación del análisis : rito de graduación-iniciación" .

Aramoni (31 ) describe que para que se termine un análisis el paciente tiene que aprender a ver a su analista tal como es, ver a los otros tal como son, verse a sí mismo en su realidad, ver su relación con todos ellos tal como es. Agrega que para que eso se pueda dar, es necesario que el analista discrimine una transferencia positiva de una realidad juiciosa. Que también sea capaz de hacerlo cuando se trata de una transferencia negativa, o de un defecto real. Finalmente, que el mismo analista pueda discriminar cuando su paciente merece una alabanza o cuando se trata simplemente de contratransferencia positiva.

tempranos del desarrollo, tales como la resolución del conflicto edípico y la adolescencia. Coincide con Stock quién en 1969 revisó descripciones de todo aquello que está involucrado en la resolución de la neurosis de transferencia : sentimientos de rabia y desilusión hacia el análisis. Menciona como varios autores coinciden en hacer notar las semejanzas entre este proceso y el proceso de individuación que se presenta en el curso de la adolescencia . También alude a Silverman (1971) quién tituló su trabajo “Terminación del análisis : rito de graduación-iniciación” .

Aramoni (31 ) describe que para que se termine un análisis el paciente tiene que aprender a ver a su analista tal como es, ver a los otros tal como son, verse a sí mismo en su realidad, ver su relación con todos ellos tal como es. Agrega que para que eso se pueda dar, es necesario que el analista discrimine una transferencia positiva de una realidad juiciosa. Que también sea capaz de hacerlo cuando se trata de una transferencia negativa, o de un defecto real. Finalmente, que el mismo analista pueda discriminar cuando su paciente merece una alabanza o cuando se trata simplemente de contratransferencia positiva.

## V CONTRATRANSFERENCIA

La contratransferencia es definida por Laplanche (35) como "el conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y especialmente frente a la transferencia de este". La introducción de este concepto fue en el trabajo presentado por Freud S., en el II congreso internacional de Nüremberg en 1910 que tituló "Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica" (10). En él menciona Freud los factores en los que se apoya la terapia psicoanalítica: progreso interno (avance de la teoría y la práctica), incremento de la autoridad del análisis (respeto del público hacia el psicoanálisis), y repercusión general de la labor analítica (influencia del psicoanálisis en el medio social y cultural). Cuando desarrolla el primer factor, progreso interno, menciona entre los aspectos teóricos: el simbolismo, y a un nivel técnico: la contratransferencia como obstáculo al progreso del psicoanálisis. Esta definición es en función del analizado. Afirma Freud que este obstáculo debe ser removido puesto que nadie puede ir más allá de sus puntos ciegos. Sugiere el autoanálisis para resolver tales puntos ciegos. Dos años más tarde en 1912 en "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico" propició el análisis didáctico. El tema de la contratransferencia, no fue estudiado sino hasta mediados de siglo, en los años cincuenta en que aparece tratado no solo como problema técnico, sino como problema teórico. Los aportes más importantes fueron los de Heinrich Racker en Buenos Aires y los de Paula Heimann en Londres. Ambos señalan que la contratransferencia no es solo un peligro, sino es también un instrumento que puede ser útil para el desarrollo del proceso analítico. Reich (39) en análisis del Carácter (p.151-154) subraya la importancia de que el analista sintonice su inconsciente con el del paciente como si fuese aparato receptor, debiendo encarar a cada paciente conforme a su individualidad. Afirma que la vinculación,

entre el conocimiento teórico y práctico del analista, se dará en la medida en que su receptividad del inconsciente del paciente y su capacidad para adaptarse a cualquier situación analítica, lo capaciten para ampliar su conocimiento teórico y práctico. Ilustra el problema de la contratransferencia con algunos ejemplos "típicos". Cuando no se produce transferencia negativa en los pacientes, esto se debe según Reich tanto a los problemas del paciente como del analista. Si este último no ha podido resolver la represión de sus propios impulsos agresivos.

En tales casos la agresión oculta del paciente, significa el provocar la agresión reprimida del analista. La contraparte a este ejemplo es la incapacidad del analista para tolerar las manifestaciones sexuales del paciente, su transferencia positiva. Si el analista no es sexualmente sano, o si no tiene una actitud intelectualmente (por lo menos) afirmativa ante lo sexual, se reflejará en el análisis.

Afirma Reich que los analistas incapaces de controlar su sadismo, caen fácilmente en el "silencio analítico". Finaliza concluyendo que las demandas que deben plantearse al analista son tan grandes como las dificultades encontradas en la práctica psicoanalítica.

Racker H (37 ) p.183 señala que el analista tiene una función doble, en la cual primero, es intérprete de los sucesos inconscientes, y segundo, es objeto de esos mismos sucesos. Afirma que de esto resulta que en la doble función de la contratransferencia, ésta puede intervenir, o interferir, primero cuando el analista es intérprete y segundo, en cuanto es objeto de los impulsos. Con respecto a la intervención, la contratransferencia puede ayudar, dificultar o falsear la percepción de unos u otros procesos inconscientes. La percepción puede ser correcta, pero lo percibido puede provocar reacciones neuróticas en el analista y éstas perturbar la capacidad interpretativa.

En relación al analista como objeto, la contratransferencia influye en lo que expresa en su ser y en su conducta. Esto a su vez ejerce influencia en la imagen que de él se forma el analizado. Al influir la contratransferencia en la comprensión y la conducta del analista, esto afecta la transferencia del analizado.

Racker clasificó la contratransferencia en varios tipos : 1) Concordante cuando el analista identifica su yo, ello o super yo, con el yo, ello o super yo del analizado. Estas identificaciones son por lo general empáticas y expresan la comprensión del analista, y, 2) Complementaria en la cual el yo del psicoanalista se identifica con los objetos internos del analizado. Este tipo de contratransferencia será más intensa, en la medida que fracasa la identificación concordante.

Afirma Racker que así como se da en el paciente la neurosis de transferencia en el paciente, así el conjunto de imágenes, sentimientos e impulsos del analista hacia el analizado, en su expresión patológica dan lo que el autor llama neurosis de contratransferencia. La contratransferencia siempre existe y siempre se manifiesta, solo que es difícil percibir sus manifestaciones e interpretarlas. Cuando el objeto que moviliza la contratransferencia del analista no es el analizado mismo, sino que proviene de objetos introyectados : la sociedad en su totalidad (el deseo de ser aceptado mediante la actuación profesional o científica) , o por un grupo ( grupo analítico), o un individuo (analista, familiar o amigo), todos estos objetos son transferidos al analizado pero de modo indirecto y la llamó contratransferencia indirecta. La que proviene del paciente, es la directa.

Señala que la neurosis de contratransferencia se centra en el complejo de Edipo. En este caso cada paciente hombre representa al padre y cada paciente femenino, a la madre. Frente a la paciente mujer se encuentran predispuestos en forma latente todos los sentimientos e

impulsos que estaban dirigidos hacia la madre en el curso de la vivencia edípica. Así como en la situación edípica los impulsos activo-fálicos están prohibidos, también lo están en la situación analítica en donde los sentimientos e impulsos toman fácilmente un carácter "fálico-pasivo". El deseo inconsciente consiste ahora en que la analizada se enamore del analista y de su pene, lo que puede manifestarse según Racker en el deseo de que la paciente haga una buena transferencia positiva, o que la analizada no establezca relaciones amorosas extra transferenciales, o envidia sexual que puede llevarlo a obrar inconscientemente en contra de la evolución de la analizada.

Las reacciones neuróticas contratransferenciales se producen cuando se encuentran ciertas circunstancias en la vida y la personalidad del analizado con ciertas circunstancias internas y externas del analista.

Sostiene Racker que existen frustraciones internas y externas en el analista que hacen que vuelva a sus primeros amores, odios y temores.

Analiza las reacciones frente al analizado masculino que se manifiestan como ambivalencia y rivalidad, estas, remiten al complejo de Edipo . Manifiesta que en la influencia que ejerce la contratransferencia sobre la comprensión del analista, se deben reconocer dos componentes : identificación del analista con ciertas partes del yo del paciente ( impulsos y defensas), y 2) identificación con las fantasías transferenciales. Señala que un peligro que surge en la contratransferencia neurótica es la inducción contratransferencial en la que se puede inducir al paciente a alcanzar situaciones que el analista no logró, por lo que se deberá estar muy pendiente de cumplir la regla de la abstinencia.

Ocurrencias e ideas del paciente sobre la persona del analista, que reflejan con exactitud aspectos de su realidad psicológica, pueden inducirlo a un error específico : no

solo que en ocasiones reaccione con tristeza o fastidio interno cuando sean señaladas sus deficiencias reales, sino que también tome aquellas ocurrencias como verdaderas percepciones, aún donde esencialmente no sean más que proyecciones o transferencia. Agrega que con frecuencia se mezclan en el paciente la verdadera percepción y la proyección, pero el analista solo podrá darse cuenta si es una proyección, cuando ha superado su reacción neurótica. Añade al final la necesidad de continuar el análisis didáctico hasta que el candidato se haya enfrentado ampliamente a los aspectos neuróticos de su contratransferencia. La superación de las resistencias del candidato llevará a una mayor superación de la dependencia neurótica de su analista didacta.

Heimann P. en 1950 (30 ) aportó un trabajo que plantea la utilización de la contratransferencia como instrumento para la comprensión del analizado. Los sentimientos que el paciente genera en el analista son una respuesta que con frecuencia se encuentran más cerca de la realidad psicológica del analizado, que el juicio consciente del analista sobre la misma situación.

En 1951 Racker (37) elaboró un trabajo en el que coincide con el enfoque de Heimann e incluye la investigación de las reacciones contratransferenciales de gran intensidad y aún las patológicas, concluyendo que aún estas pueden y deben servir de instrumento. También plantea que se puede utilizar la contratransferencia en cuanto expresión de las identificaciones del analista con los objetos internos del analizado. Hace una tentativa de analizar las reacciones contratransferenciales percibidas , y de deducir el carácter específico ( contenidos, angustias, mecanismos específicos) de los sucesos psicológicos del analizado. Menciona que la represión en la contratransferencia lleva a deficiencias en el análisis de la transferencia, lo que a su vez lleva a la represión

contratransferencial en cuanto el candidato se convierte en analista, lo cual se convierte en una herencia que se pasa de generación en generación, muy semejantes a las idealizaciones y negaciones de las imágenes de los padres que continúan obrando sus efectos aún cuando el niño se convierte en padre o madre. La mitología infantil se continúa en la mitología de la situación analítica.

Etchegoyen ( 7 ) al estudiar la contratransferencia, cita a L. Grinberg (1974) quién apoya y continúa el pensamiento de Racker, teniendo muy en cuenta la identificación proyectiva ( Una forma particular de identificación que establece el prototipo de una relación de objeto agresiva. Melanie Klein describió en "El psicoanálisis de los niños" fantasías de ataque contra el interior del cuerpo materno y de intrusión sádica dentro de él ) frecuente en pacientes con personalidades regresivas. Grinberg define la contraidentificación proyectiva como el resultado de una excesiva identificación proyectiva del analizado, que no es percibida conscientemente por el analista el cual es llevado "pasivamente" a desempeñar el rol que en forma activa, pero inconsciente el paciente forzó dentro del analista..

Glover ( 25 ) describe la forma en que los pacientes frecuentemente ponen trampas contratransferenciales con el propósito de defenderse inconscientemente; siempre están tratando de colocar al analista uno de los personajes de los dramas infantiles que necesitan actuar. Afirma que algunos pacientes poseen un sexto sentido para adivinar los puntos débiles del analista. Otros son especialistas en llevar al analista a involucrarse afectivamente , hasta tejer una trama de acciones transferenciales y contratransferenciales que Alexander comparó con una *folie à deux*. Tan pronto el paciente ha manifestado sus reacciones emocionales en la transferencia, el analista reacciona fácilmente de acuerdo a sus propias

actitudes no resueltas y peculiaridades personales. En los analistas inexpertos se observan fácilmente reacciones fuertes de contratransferencia.

Fromm (31) considera que en el proceso psicoanalítico debe estar implicado el autoanálisis del analista. Define a la contratransferencia como la transferencia del analista hacia el analizado. Incluye en ella todas las emociones, pensamientos y actitudes indeseables. Menciona en primer lugar el miedo. Este puede provenir de la meta e incluso, la promesa explícita de que comprenderá todos los problemas del paciente, aún los más complejos y personales, problemas que nadie ha sido capaz de comprender hasta entonces y que, por añadidura, al entenderlos el terapeuta ayudará al analizado. Al fijarse estas metas inalcanzables y presentarse ante el paciente con capacidades desmesuradas, el analista siente temor y lo reprime para ocultarlo, a la vez que adopta una conducta muy defensiva. Menciona como el miedo puede ser compensado de diversas maneras: siendo demasiado amable, evitando las intervenciones que podrían molestar al paciente, o siendo muy autoritario. El analista autoritario suele intimidar al paciente para no ser intimidado por él y se muestra como una persona sabia y sana. Si el analista ignora las motivaciones que tuvo el paciente para pedir ayuda y solo sabe que él le ayudará a resolver sus problemas, siente dudas e incomodidad, que trata de compensar adoptando una actitud autoritaria.

El temor al fracaso terapéutico, a que el paciente se vuelva psicótico, o se suicide, representa también un obstáculo importante para el tratamiento. Afirma Fromm que todos estos temores dependen de factores sociales. La posibilidad de un fracaso terapéutico si se está tratando al familiar de un personaje importante, o de un paciente que nos fue referido por un psicoanalista prestigiado, puede producir un temor tal que la labor terapéutica se

paralice por exceso de prudencia o por abstencionismo, produciéndose lo que finalmente tanto se temía : el fracaso del tratamiento.

Señala que el narcisismo del analista puede ser el origen de serios inconvenientes contratransferenciales. En ocasiones es el responsable de fomentar una transferencia positiva muy intensa que se manifieste como admiración, enamoramiento o deseo sexual del paciente. Esto representa una gratificación importante para él. El analista deberá cuestionarse que es lo que le hace necesitar tanto la admiración de sus pacientes. Las reacciones transferenciales mencionadas, pueden despertar el deseo sexual hacia el paciente, sobre todo si reúne las características físicas adecuadas. El interés sexual hacia el paciente no es compatible con el trabajo analítico y significa que no hay un interés genuino por ayudarlo.

Otra motivación que acrecienta el narcisismo del analista, es cuando el interés por el paciente es substituido por el interés en sí mismo y la labor se orienta hacia la obtención de la admiración de los demás. Menciona Fromm que el uso inadecuado de la asociación libre o la utilización del diván pueden favorecer la aparición de contratransferencia que entorpece la marcha del tratamiento, al despertar en el analista aburrimiento.

Lacan (33) sostiene que la transferencia se intermite cuando la contratransferencia obstruye el desarrollo del proceso dialéctico. Cita el caso de Dora (descrito en la pag. 15) para ilustrar que es en el momento en el que Freud no pudo aceptar el vínculo homosexual que liga a Dora con la Sra. K en el que su contratransferencia le hace intolerable el sentirse excluido (identificado con el Sr. K) que el proceso se estanca. La tesis de Lacan es que la transferencia es el correlato de la contratransferencia.

#### COMUNICACION DE LA CONTRATRANSFERENCIA :

Etchegoyen ( 7 ) (p.264-5) afirma que en general los autores coinciden en que no se debe comunicar la contratrtransferencia. Alude al trabajo de Margaret Little (1951) (quién se dice partidaria de explicar la contratrtransferencia) la cual afirma que "No se debe confesar la contratrtransferencia, se trata de reconocerla e integrarla en la interpretación"

Racker ( 37 ) opina que por lo general la buena finalidad que persiguen los defensores del "comunicar la transferencia", puede ser alcanzada mejor con medios diferentes y puramente analíticos. Señala que sobretodo se refiere al análisis de las fantasías del analizado sobre la contratrtransferencia del analista ( y de las transferencias correlacionadas) hasta que el analizado haya captado la verdad ( realidad de las contratrtransferencias de sus objetos internos y externos). También menciona el análisis consecuente de las dudas, negaciones etc., que pueden haber surgido como defensa frente a la verdad intuida, hasta que estas hayan sido superadas. Agrega que hay situaciones en las que la comunicación de la contratrtransferencia tiene valor para el curso del tratamiento, solo que él autor cree que sería de utilidad hacer un estudio más amplio y detallado de los problemas inherentes.

## VI DISCUSION Y CONCLUSIONES

En mi opinión son pocos los puntos que conciernen al problema de la transferencia que Freud no haya reconocido implícita o explícitamente en el desarrollo de su trabajo teórico y clínico.

Antes de los inicios históricos del psicoanálisis ( caso de Ana O.) de Breuer (5) los fenómenos transferenciales que emergían en el campo de la cura psicológica, fueron percibidos como un factor perturbador indeseable y decepcionante el cual gracias a la creatividad de Freud logró convertirlo en el aliado máspreciado del tratamiento analítico, así como en una de las columnas que fundaron su edificio teórico.

Al principio Freud visualiza la transferencia como un obstáculo al objetivo terapéutico que estaba dirigido a descubrir el recuerdo patógeno. En el epílogo del caso Dora (9) ya afirma que cuando se logra traducir al enfermo la transferencia, es el auxiliar más poderoso.

En "Sobre la dinámica de la transferencia" (11) describe la transferencia al servicio de la resistencia y como una forma de enmascarar el material reprimido. En " Recordar, repetir y reelaborar", propone un cambio de técnica al abandonar la persecución de los recuerdos patógenos por la asociación a partir de los síntomas y pone en un primer plano la tarea de la reelaboración para poder vencer la resistencia y liberar así la memoria. En este trabajo pone énfasis en la compulsión a la repetición y en la neurosis de transferencia.

Freud visualiza la neurosis de transferencia como el desplazamiento de los deseos y fantasías provenientes de la infancia temprana hacia el analista. La considera una formación semejante a los sueños u otros síntomas neuróticos. Define la resistencia como manifestación

de la represión que podría ser disminuida o abolida por medio de la interpretación principalmente dirigida hacia el contenido de lo reprimido.

Fromm nos aporta un concepto mucho más amplio de la transferencia ya que su enfoque rebasa la explicación de una relación directa y causal de la transferencia con las figuras significativas de la infancia, agregando la importancia que tiene la proyección de las expectativas y temores del analizado en el analista en las reacciones transferenciales.

Tomando el concepto de enajenación de Marx, Fromm hace un vasto análisis de las vivencias del paciente neurótico y describe las sensaciones que éste tiene de extrañeza frente a sus propias experiencias y actos sintiéndose temeroso e inhibido ; enajenado.

Describe con originalidad el mecanismo proyectivo que lleva al neurótico a buscar fuera de sí un objeto al cual venerar para poder sentirse seguro y en contacto con sus propias cualidades, encontrando que la veneración idolátrica del paciente neurótico es el mecanismo central de la transferencia.

Es interesante el desarrollo que hace Fromm del papel de la transferencia en el campo social, político y religioso. Cada uno de estos campos son el fértil terreno del fanatismo, íntimamente ligado al grado de enajenación de los individuos cuya transferencia se deriva del desamparo y de la necesidad de encontrar a alguien que aporte seguridad y certidumbre a la vida.

El paciente enajenado encuentra en el analista a la persona a la que transferirá sus experiencias infantiles. Fromm afirma que entre más enajenado se encuentre el paciente, mayor será la intensidad de la transferencia.

Esta conexión que establece Fromm entre el grado de enajenación y la gravedad de la neurosis es una contribución totalmente original que lo llevó a desarrollar toda una visión diferente del concepto de enfermedad el cual solo estaba apuntado en Marx.

Fromm enfatiza que la relación entre el analizado y el analista debe ser real, de adulto a adulto para que el paciente pueda con mayor facilidad abandonar su postura infantil y enfrentar la realidad. También recalca la importancia de que no se debe etiquetar todo lo que siente o piensa el paciente del analista, como transferencia ya que de hacerlo mecánicamente, cuando se trate de un error del analista se podría paralizar el juicio crítico del paciente.

Fromm enriqueció con su experiencia clínica, la técnica de la interpretación de la transferencia al señalar que deberá interpretarse funcionalmente, en torno a la estructura interna del sujeto y no solo en relación a las figuras parentales.

En cuanto a los señalamientos de Fromm sobre la contratransferencia no estoy de acuerdo a que solo se le considere como obstáculo al tratamiento, yo pienso que si se le esclarece y se logra entender el contenido inconsciente, le debe servir al analista como herramienta para trabajar con ella. En mi experiencia he tenido ocasiones de entender por medio de la contratransferencia lo que el paciente despierta entre algunas de las personas con las que se relaciona.

Sería interesante que los seguidores de Fromm escribieran más sobre sus experiencias en los problemas de la transferencia y la contratransferencia.

Con respecto a la definición de Lacan de lo que es la transferencia, creo que su concepto es parcial al afirmar que la transferencia aparece cuando se interrumpe el proceso

dialéctico y esta interrupción se debe a la aparición de la contratransferencia. He tenido ocasión de comprobarlo en lo que se refiere a la aparición de las reacciones transferenciales negativas, que fueron ocasionadas por reacciones contratransferenciales negativas, pero en lo que respecta a la transferencia positiva, esta se presenta muchas veces desde antes de que el paciente inicie el análisis, y se puede explorar fácilmente en las fantasías que tuvieron desde la concertación de la primera cita o en los sueños que se presentan antes de la primera sesión.

Por otra parte tampoco concuerdo con él en que la transferencia solo sea vista como obstáculo cuando la describe como el momento de fracaso en el contexto de las relaciones dialécticas de la cura, puesto que cuando se le interpreta, el paciente puede traer a la memoria en forma vívida las experiencias infantiles que le desencadenan fuertes afectos hasta el momento ignorados por el mismo paciente. Afirmar que la interpretación de la transferencia es "llenar con un espejismo el vacío del punto muerto" (refiriéndose con punto muerto a la interrupción del proceso dialéctico), es pasar inadvertidos los avances del paciente en cuanto a lograr ir diferenciado entre la fantasía y la realidad.

Resumiendo :

La transferencia : reacción incomprensible para el analizado, instrumento preciado para el analista, es pieza indispensable para realizar el trabajo analítico.

La transferencia ocupa un lugar primordial entre los fenómenos del inconsciente que se presentan en el curso del tratamiento psicoanalítico.

La correcta interpretación de las reacciones transferenciales determina el buen curso del tratamiento. Si la transferencia no es detectada, o si habiéndosele detectado como

resistencia se elude su esclarecimiento, necesariamente genera resistencias que dan lugar al fracaso terapéutico y a la terminación prematura.

Las escuelas psicoanalíticas ( Alexander y partidarios) que no están de acuerdo con la actitud básica de analizar e interpretar la transferencia y que preconizan que ésta se regule, controle y manipule enfocando el tratamiento mucho más al presente y menos al pasado, se alejan del objetivo básico del psicoanálisis que es resolver los conflictos neuróticos del paciente abordando los elementos inconscientes por medio de la técnica psicoanalítica.

Cuando se presenta la transferencia tanto la "positiva" como la "negativa" en forma de resistencia que se opone a la labor analítica hay que analizarla confrontando al paciente y demostrando la resistencia.

El abordaje de la transferencia negativa es difícil en ocasiones y puede eludirse cuando toca el narcisismo del analista . Es importante estar atento a las reacciones contratransferenciales que nos llevan inconscientemente a incrementar las reacciones transferenciales negativas.

La contratransferencia es un instrumento para la comprensión del paciente y se debe utilizar, ya que la respuesta emocional del analista puede estar más cerca de la realidad psicológica del analizado, especialmente de las situaciones transferenciales, que el juicio consciente del analista.

La represión de la contratransferencia puede causar deficiencias en el análisis de la transferencia, por lo que es necesario que el analista se tome a sí mismo como objeto de observación y análisis continuo para poder ser lo más objetivo posible frente al analizado.

Los trabajos sobre transferencia y contratransferencia deberían ser abordados permanentemente como temas de investigación psicoanalítica .

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alexander F.: Psychoanalytic therapy. N.Y., Ronald Press. 1946. p.135-42.
- 2.- Aramoni A.: La neurosis: una actitud y una fórmula ineficiente. México. UNAM 1983 p.189-205.
- 3.- Aramoni A.: El hombre un ser extraño. México. Ed. Joaquín Mortiz 1979, p. 126-139-
- 4.- Asbed A.: Transferencia de latencia o Fraternalización de la transferencia. Buenos Aires. Psicoanálisis AP de B.A.V.13, No.3 p.425-439.
- 5.- Breuer y Freud: Estudios sobre la histeria. Introducción de Strachey. Obras completas de Freud. Buenos Aires. Editorial Amorrortu. 1980. Vol. 2, p.3-22.
- 6.- Emde R. Development Terminable and Interminable Analysis. Recent psychoanalytic theory and therapeutic considerations. Int. J. Psycho-Anal 1988. vol.69 p.283-294.
- 7.- Etchegoyen H.: Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires. Editorial Amorrortu, 1986. , p.91-235.
- 8.- Ferenczi S.: Introyección y transferencia. Psicoanálisis Obras completas. Madrid. Editorial Espasa 1909, Vol. 1 p.99-134.
- 9.- Freud S.: 1905 : Fragmentos de un caso de análisis de histeria. Obras completas de Freud. Buenos Aires. Editorial Amorrortu, 1980, vol. 7 p.1-107.
- 10.- Freud S: 1910 : Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. Editorial Amorrortu. 1980 vol. 11 p.129-142.
- 11.- Freud S.:1912 : The dynamics of transference. The complete Psychological works of S.Freud. Standard Edition .vol. 12, p.99-108.  
Freud S.:1912 : Sobre la dinámica de la transferencia, Amorrortu, 1980, vol. 12 p. 97-107.
- 12.- Freud S.:1913 : Sobre la iniciación del tratamiento. Madrid. Alianza Editorial , 1972 p. 178.
- 13.- Freud S.:1914.- History of the psychoanalytic movement. Breuer difficulties over transference in the case of Anna O. .N.Y. Standard edition., vol. 14. p. 5-6.
- 14.- Freud S.:1914 : Introducción al Narcisismo. Buenos Aires. Amorrortu, 1980. vol. 14, p. 65-98.
- 15.- Freud S.: 1914 : Recordar, repetir y reelaborar. Amorrortu, 1980 vol.12 p.145-157.

- 16.- Freud S.: 1915 : Observations on transference love. N.Y. Standard editions. Vol. 14, p.159-171.  
Puntualizaciones sobre el amor de transferencia, nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis.(III). Buenos Aires. Amorrortu, Vol.12, p.159-174.
- 17.- Freud S.:1919 : Los caminos de la terapia psicoanalítica. Amorrortu, 1980 : vol. 2 : 449-453.
- 18.- Freud S.:1920 : Mas alla del principio del placer. Amorrortu. vol. 18 p. 1-62.
- 19.- Freud S.:1926 : Inhibición. síntoma y angustia. Amorrortu, vol. 20. p.71-164.
- 20.- Freud S.:1937 : Análisis terminable e interminable. Amorrortu , vol. 23, p. 211-254.
- 21.- Freud S.:1940 : Esquema del psicoanálisis. Amorrortu, vol. 23 : p. 133 - 209.
- 22.- Fromm E. : Beyond the chains of illusion. N . Y. : A Trident Press book. 1962 , p. 51-68.
- 23.- Fromm E. : Marx's concept of man. N .Y. Frederickungar Publishing . Co. 1963, p.43-58.
- 24.- Garma A. : Aspects of the transference resistances in the final stages of psychoanalytic treatment. 1974. Int. J. Psycho-Anal, Vol. 55 p. 371-378.
- 25.- Glover E. : The technique of psychoanalysis. London. Tindall and cox. 1955,
- 26.- Greenacre Ph.: The role of transference. J.Am. Psychoanalysis 1954. vol.2 671-684
- 27.- Greenacre Ph. : Certain technical problems in the transference relationship. J. Am. Psychoanal. Ass.. 1959, vol.VII, No. 3, p. 484-503.-
- 28.- Greenson R. : Técnica y Práctica del psicoanálisis. México. Editorial siglo XXI. 10a. edición. 1994, p. 158-349.
- 29.- Haak N. : Comments on the analytical situation. Int. J. Psycho-Anal. 1950, vol.38 part 3/4. p. 183-203.
- 30.- Heimann P. : On countertransference. Int. J. of Psycho-Anal.. 1950, vol.31 : 81-84.
- 31.- Krassoievitch M. : La Técnica en el método psicoanalítico humanista. Tesina. 1992. México. Tesis UNAM. 1992, p. 64-76.
- 32.- Lacan J. : Escritos técnicos de Freud. Seminario I. 1953-54. Barcelona. Editorial Paidós. p. 348-356.
- 33.- Lacan J. : Escritos I. Intervención sobre la transferencia. México. Editorial siglo XXI. 1a. edición. p. 37-48.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 34.- Lagache D. : Some aspectos of transference. Int. J. Psycho-Anal. 1953. vol. 34, p. 1-10.
- 35.- Laplanche J. y Pontalis : Diccionario de psicoanálisis. Barcelona. Editorial Labor. Compulsión a la repetición: 71-74.; Contratransferencia : 83-84; Introyección : 216-217; Pulsión de muerte : 349-56.
- 36.- Peder J. : Termination reconsidered. Int. J. Psycho- Anal. 1988 . Vol. 69 p. 495-505.
- 37.- Racker H. : Estudios sobre técnica psicoanalítica. México. Editorial Paidós 1991, p. 182-295.
- 38.- Rappaport E. : El primer sueño de transferencia. Buenos Aires. Revista de psicoanálisis. 1956, vol. 13, p.517-21.
- 39.- Reich W. : Análisis del carácter. México. Editorial Paidós. 1949 ,p.135-154.
- 40.- Strachey J. : The nature of the therapeutic action in psychoanalysis. (1934) Int. J. Psycho-Anal. 1969.
- 41.- Sterba R. : The fate of the Ego in the analytic therapy. Int. J. Psycho-Anal. 1934 , vol. 15. p. 363-379.
- 42.- Xirau R. : Entre ídolos y dioses.: Tres ensayos sobre Hegel. México Editorial del Colegio de México. 1988, p.35-41.
43. Zajur E : Los sueños de Dora. Una interpretación heterodoxa. México. Editorial UNAM. Anuario del Instituto Mexicano de Psicoanálisis. 1987-88, p. 37-41.
- 44.- Zetzel E. : Current concepts of transference. Int. J. Psycho-Anal. 1956. Vol. 37 : p.369-76.