

Trabajo de grado "Aspectos inherentes a lo clínico", César Augusto Morales  
y Sandra Milena Osorio (UNAD, 2009)

<http://psicoastrologia-tuastro.blogspot.com/2012/05/aspectos-inherentes-lo-clinico.html>

## Índice

Introducción.....	3
1. La Escucha .....	4
1.1 Algunas apreciaciones de la escucha en la clínica Psicológica.....	6
1.2 Caso real de la escucha en el psicoanálisis.....	7
1.3 Referencias.....	13
2. La Transferencia.....	14
2.1 Transferencia positiva y transferencia negativa.....	15
2.2 La transferencia en el acompañamiento terapéutico.....	15
2.3 Testimonio de una acompañante hospitalaria.....	17
2.4 La transferencia y su relación con la resistencia.....	18
3. La contratransferencia.....	19
3.1 Caso sobre la contratransferencia.....	20
3.2 Algunos indicadores de contratransferencia que podrían interferir con la terapia .....	22
4. La Resistencia	
4.1 Clases de resistencia.....	24
4.2 El silencio y la resistencia.....	25
4.3 Caso de resistencia en el psicoanálisis. Sobre la paciente Irma.....	26
5. Bibliografía.....	28

## **Introducción**

Este es un resumen pedagógico del resultado del semillero del programa de Psicología de la Unad que se está adelantando por parte del profesor Wbeimar Lopera.

Dentro del grupo de estudio sobre psicología clínica, se desarrollan relatorías y clases magistrales.

Este resumen pertenece a un todo sobre los diversos temas del psicoanálisis y la psicoterapia.

Los seres humanos se conectan entre sí a través del encuentro.

Luego con la interacción, que es la primera forma de comunicación, se va a ir estableciendo un vínculo.

En el vínculo participan dos o más personas, necesítándose una a la otra en la misma forma, y surgiendo en un campo común en el que tiene que haber reciprocidad.

Investigaciones diversas han demostrado que desarrollar un vínculo cálido y empático con el paciente, permite fomentar cambios más rápidos. Y ésta es un poco la clave del Acompañamiento Terapéutico: al establecer un buen vínculo, ligazón, unión o lazo, se van a generar más logros terapéuticos.

Los conceptos de escucha, transferencia, contratransferencia y resistencia son fundamentales para comprender tanto la teoría como la técnica de las terapias orientadas psicoanalíticas; son fenómenos de naturaleza bastante compleja, por lo que las definiciones y las connotaciones que los distintos autores dan a estos términos varían de acuerdo a los distintos aspectos que consideren en su análisis. El mismo Freud, al hablar por primera vez de la transferencia en 1895, lo consideraba un fenómeno que estorbaba en la labor terapéutica; ya en épocas más tardías, descubre la importancia de éste fenómeno en la terapia y hace del análisis de la transferencia la tarea central del psicoanálisis.

## 1. LA ESCUCHA

Para comenzar, es conveniente dejar claro cual será nuestro punto de partida al hablar de una ética de la escucha. Esta palabra, proveniente del vocablo griego *êthos*, refiere a un carácter, a una manera de vivir cifrada por la costumbre, que observará su construcción en la parte apetitiva del alma, donde se hallan las tendencias y los deseos; así es que se buscará, desde el nacimiento de este concepto, la excelencia del carácter vía el acoplamiento particular de estas dos esferas.

Dicho manejo conceptual ha visto trazar su camino desde la filosofía hacia la hermenéutica, disciplina encargada de prestar una escucha capaz de comprender el sentido a través de la identificación de las ilusiones de la conciencia, más allá de los intereses o motivaciones escondidas (Cortés y Martínez, 1996).

Al notar lo anterior, podremos hablar claramente de una labor que buscará desentrañar el sentido de nuestras tendencias y deseos con la finalidad de alcanzar una identificación con las características constitutivas de un carácter forjado por la costumbre, pero que a la vez escape de ella para ubicar el sentido particular en cada uno de los sujetos. A esto lo llamaremos genéricamente “proceso terapéutico”.

Como puede observarse, he dado una definición de la ética estrechamente relacionada con los procesos terapéuticos; así es que a partir de la filosofía se ha dado entrada a una categoría psicológica explicando su función. A partir de este elemento daremos voz al psicoanálisis desde dos de sus teóricos centrales, Freud y Lacan, al rescatar su apuesta teórica de un procedimiento terapéutico cifrada en una ética que recupere al sujeto. Como hiciera notar Lacan (1964), la terapia psicoanalítica será entendida como una acción concertada por el hombre, sea cual fuere, que le da la posibilidad de tratar lo real mediante lo simbólico, consistiendo justamente en hacer hablar, de modo que podría decirse que queda resumida la remisión del mutismo (Lacan, 1964).

A lo anterior podemos unir lo que Lacan mencionara en 1959, al sugerir que la clínica deberá ubicarse del lado de un *ideal de no dependencia* o, más exactamente, de una suerte de profilaxis de la dependencia siempre subjetiva (Lacan, 1959).

Tal como lo dijera Roudinesco y Plom (2000) al hablar de una psicoterapia, nos debemos ocupar de las posibles variantes de la cura y su dirección, haciendo hincapié en la noción de la neutralidad analítica, ubicándola en una perspectiva ética.

Como se ve, la regla para el psicólogo se puede formular desde Freud de la siguiente manera: “Se debe tratar al analizante desde una postura de libre escucha, desde una figura de libertad expresiva vía la atención flotante”. De esta forma, en el psicoanálisis los protocolos exactos en un historial clínico rinden menos de lo que se esperaría de ellos, pues en rigor se alinean con esa pseudo exactitud de la que tantos ejemplos llamativos ofrece la psiquiatría moderna, que busca clarificar hasta el cansancio la situación sintomática de un paciente para orientarlo en una clasificación, pues también Freud (1927) advierte en *El provenir de una ilusión* que la cultura procura una homogenización de los sujetos, en este caso dentro las clasificaciones psiquiátricas, siendo digno de notarse, por añadidura, que la mayoría de las corrientes psicológicas basadas en el esquema científico obran en esto a la par de la cultura.

A su vez, tales clasificaciones son destinadas más bien a describir un desarrollo mental tipo para explicar la insuficiencia de quienes no alcanzaban en los tests la media requerida, prestando especial atención al factor inteligencia, al que consideraban como una cantidad homogénea. La noción de capacidad prevalece para decidir la orientación de un sujeto.

Ante lo expuesto, no queda más que una distinción dentro de la segunda marginación: la del psicoanálisis frente a los modelos terapéuticos imperantes en algunas de las psicologías que recurren a la consideración de las condiciones de una disciplina que no podría ser la del empirismo que, en palabras de Lacan (1960), desde el psicoanálisis se recusa, precisamente porque su criterio es la unidad del sujeto que debe tratarse desde diversas concepciones, como la conducta, la personalidad y, sobre todo, la aparente conciencia que otorga el Yo.

Entre las psicoterapias, la mayor parte de ellas que operan con la palabra y la escucha, proceden del psicoanálisis (y éste, según Michel Foucault, de la práctica de la confesión). Ahora bien, desde el origen es un hecho que las concepciones difieren tanto sobre los parámetros del tratamiento psicoanalítico como sobre los factores que concurren a su eficacia. La naturaleza exacta del "inconsciente" es controvertida. Freud mismo ha cambiado en varias ocasiones de concepción. Las corrientes se han multiplicado, y durante largo tiempo han combatido entre ellas. Actualmente se aprecia una cierta tendencia a la pacificación, pero también a la fragmentación. El desarrollo de la disciplina ha proseguido pues desde hace un siglo fuera de la universidad y es profundamente antipática con el ideal universitario tradicional, tanto más cuanto que se le exige al practicante que haya él mismo pasado como paciente por un análisis, sometido a todas las condiciones de una relación interpersonal, confidencial por naturaleza. El Estado, en su sabiduría, se había hasta ahora preservado de legislar al respecto, a pesar de las tentaciones que periódicamente volvían para "colmar un vacío".

¿Qué es lo que ha cambiado? En primer lugar al lado del psicoanálisis propiamente dicho, práctica poco común y exigente, la demanda social ha dado lugar a numerosas sustituciones y otras maneras de hacer; el público exige ahora la protección del consumidor.

Al mismo tiempo, la medicina esclarecida por la ciencia, ha salido decididamente del empirismo y ha conocido progresos sensacionales que explican que se sueñe en beneficiar al psicoanálisis con nuevos abordajes: codificación de las prácticas, evaluación cifrada de los resultados, establecimiento de series estadísticas, elaboración de protocolos, "coloquios de consensus", "estandarización de las pautas", "procedimiento transversal".

Lejos de nosotros la idea de contestar la científicización de la medicina, que es algo bueno, pero ocurre que, al menos a nuestro parecer, los métodos que han hecho maravillas en cancerología y epidemiología encuentran obstáculos de estructura en psicoanálisis.

En efecto, aunque pueda parecer sorprendente, en psicoanálisis lo que dice el sujeto de su síntoma constituye el síntoma mismo. Dicho de otro modo, a diferencia del síntoma médico o psiquiátrico, el síntoma en sentido analítico no es objetivo, y no puede ser apreciado desde el exterior; la evaluación misma de la curación es también tributaria del testimonio del paciente. Estamos a mil leguas de la práctica médica contemporánea, que tiende cada vez más a pasar de interrogar al paciente, para extraer en cambio del cuerpo un conjunto de cifras. De hecho, hasta la

emergencia del psicoanálisis, el objetivismo de los mejores psiquiatras les conducía a considerar a las mujeres histéricas como simuladoras y a sus enfermedades como imaginarias.

Si el nombre de Freud ha quedado en la memoria es porque ha sido el primero en sobrepasar los ideales del cientificismo que le había formado, y en reconocer, en términos sino científicos al menos compatibles con la ciencia, lo real singular e invisible que estaba presente en el sufrimiento de la histeria. Cuando M. Accoyer ejerce su práctica de ORL, el tapón de cera está ahí, el que obstruye el conducto auditivo, lo ablanda y lo extrae. En los trastornos neuróticos, el ojo clínico no ve nada.

Los tratamientos de pura sugestión donde opera el único ascendiente de la "fuerte personalidad" y que para nada son científicos, sin embargo no están exentos de eficacia. Si no, no comprenderíamos por qué los adivinos, los astrólogos, los Rasputín, han pululado desde siempre por los pasillos del poder. Los malos espíritus sostienen incluso que el carisma del hombre político, véase, del líder religioso, sería del mismo orden que el de los charlatanes.

En el tratamiento psicoanalítico por el contrario, el analista tiende a dejar de lado el factor de su personalidad: disminuye las marcas de su presencia, tiende a lo impersonal, se hace invisible, rara vez utiliza la palabra. Según las escuelas debe, para llegar a la posición ideal, pensar siempre en sus propios pensamientos, o no pensar en ellos nunca. En cualquier caso, se está de acuerdo generalmente en decir que queda un residuo de ese factor personal y que ese residuo es irreductible. Igualmente, aunque sea largo y exigente, un análisis llamado didáctico, aquel que prepara a un sujeto a ejercer el psicoanálisis, no consigue nunca anular este resto. El sujeto científico puede tender a lo impersonal, el sujeto analítico no puede hacerlo.

### **1.1 Algunas apreciaciones de la escucha en la clínica psicológica**

1. Cuando se habla del psicoanálisis es ineludible, en la búsqueda de aquellos elementos que caracterizan su especificidad, no dejar de referirse a su "receptividad", su "escucha"
2. Ello es así porque el inconsciente sólo tiene un camino de acceso, y ese camino, la palabra, es el único modo de llegar a la verdad del sujeto. Es en la red de significantes, en la que el sujeto viene al ser.
3. A través del psicoanálisis el sujeto llega a saber que no hay palabra que diga el deseo, que éste es incompatible e irreductible a ella.
4. De hecho, la escucha psicoanalítica consiste en no intentar retener especialmente nada y acogerlo todo de igual manera, es decir con lo que técnicamente Freud describe como atención flotante.
5. El que escucha se ahorra con ello un esfuerzo de atención y evita el peligro de retener y seleccionar el material que se le ofrece de acuerdo a sus propias tendencias.
6. El principio de acogerlo todo con igual atención equilibrada, es el contrapunto de la regla que se impone al analizado, exigiéndole que comunique, sin crítica ni selección alguna, todo lo que se le ocurra.

7. Es más. Freud va más lejos aún al decir que *"...debe escuchar al sujeto sin preocuparse de si retiene o no sus palabras"*.
8. Hay pues una doble exigencia que debe asumir el psicoanalista: por una parte le es necesario disponer de una teoría que pueda permitirle ordenar el caótico material que recoge sin discriminación previa, con una actitud neutral y acrítica.
9. Por otro, debe rechazar, aunque parezca paradójico, todo sistema de referencia que pueda llevarlo a privilegiar ciertos elementos del discurso del paciente en detrimento de otros.
10. El psicoanalista escucha, detrás del sujeto que habla, a aquél que está presente en un deseo, que la angustia autentifica y oculta a la vez y que intenta la comunicación con otros sujetos.
11. Este modo de escuchar encierra una llamada a la verdad que es peculiar y característica y que lo diferencia completamente a toda otra relación que se pueda establecer.

## **1.2 Caso real de la escucha en el psicoanálisis**

Análisis de un caso de dermatosis autoprovocada ("El Hombre de los Pastos Verdes")  
Presentación del Síndrome PADDLE

E J Restifo [\\*](#)

\* Docente Autorizado en Dermatología. Universidad de Buenos Aires. Médico Servicio de Dermatología. Hospital "Francisco J. Muñiz". Sector Psoriasis y Psicósomática.

Hospital "Francisco J. Muñiz". Uspallata 2272. (1282) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**RESUMEN Se presenta el caso de un paciente afectado de una dermatosis autoprovocada donde se aplicó la escucha psicoanalítica.**

Dentro de los comentarios se lleva a la consideración del lector, la posibilidad de pensar que ciertos casos de dermatosis psicósomáticas pueden ser reversibles a través de la escucha analítica, como contrapunto frente a la tendencia actual de encasillar los pacientes dentro de algún trastorno psiquiátrico.

Se pone a consideración un nuevo síndrome con componentes sensoriales y afectivos: el Síndrome PADDLE.

PALABRAS CLAVE: Saber no sabido; Síndrome PADDLE.

## **INTRODUCCIÓN AL CASO PSICOANALITICO Y MÈDICO**

La ciencia médica está dirigida hacia el estudio de los procesos cuantificables y reproducibles; no obstante tiene que vérselas a diario con algo que no responde a tales condiciones y es nada menos

que el motor de todo acto médico: La relación médico paciente que tiene que ver con lo que los analistas llamamos transferencia desde Freud [1](#).

En la consulta dermatológica, hay pacientes que nos muestran parte de su piel dañada y en apariencia no pueden decir nada de ella ni de ellos [2](#).

Otros dicen cosas que habitualmente no tienen nada que ver con el diagnóstico en cuanto a lesión cutánea se refiere. Cuentan pretendidos antecedentes de enfermedad actual que molestan al médico experimentado, pero tal vez estos pacientes tengan mejor pronóstico que los anteriores y es que tienen poca dificultad para asociar libremente, simbolizar.

Es así como el Profesor Cardama enseñaba que esa parte de la anamnesis no debía ser considerada para el diagnóstico lesional, "porque nos puede llevar a un lugar que no es la Dermatología".

Durante años me pregunté a qué lugar enigmático se refería el Profesor, lo pensé mucho y hoy le contestaría: "Maestro, ese lugar es el psicoanálisis". Que es el lugar de la escucha donde las cosas que se dicen pueden generar diferentes vertientes de pensamiento y de esas palabras se pueden pensar diferentes significaciones [3](#).

Considero que el paciente nos envía un mensaje mixto con cosas a descifrar de lo que dice y de lo que da a ver. Hay un saber no sabido ahí, y es el inconsciente [4](#).

Durante mi práctica dermatológica, en forma simultánea a la clásica semiología cutánea suelo ir pensando el más allá de ella. Y es que lo Psi está ahí de la mano de lo fisiopatológico, y no por separado. A tales efectos, el psicoanálisis se vale del significante, que es como pensar que el paciente no sabe lo que dice porque las palabras, sus fracciones y construcciones pueden querer decir diferentes cosas [5](#).

Por ejemplo una vez un señor que padecía eccema agudo y se aplicaba compresas enunciaba: "**Todas las noches duermo con un trapo**". Era casado, su matrimonio era desdichado y consideraba así a su esposa.

O ese otro paciente que padecía dermatitis de los prados al serle dado el diagnóstico y posible origen, enunciaba un formidable lapsus: Ya me parecía que podían ser las rameras! (reemplazó "ramas"). Sin decirle otra cosa le propuse si aceptaba que se le practique un examen para detectar el VIH y contestó: Dr. no sabía cómo pedírselo! El no sabía pero supo y algo de esto aludo cuando digo del saber no sabido.

Entonces podemos notar al inconsciente ahí, al alcance de la escucha, no tan lejano como alguien podría pensar [6](#).

Entonces, en general en casos de pruritos, cuando algún paciente dice los frecuentes **"me desespera", "me vuelve loco" "o una mujer dice "me agarra de noche" o ante un cuadro de cuero cabelludo escuchar "ando mal de la cabeza"**, puede ser importante pensar en que puede haber alguna otra cosa que contribuye al desarrollo de esas sensaciones.

Esto necesita ser sancionado por la escucha, sino lo que nos queda es pensar solamente en neurotransmisores y en el DSM IV, que son importantes sí, pero apostar todo a ellos puede generar la exclusión del inconsciente, es decir de ese saber no sabido que nos traen los pacientes.

A continuación voy a presentar un caso donde pude aplicar algo de estas cosas de que les hablo.

### **"EL HOMBRE DE LOS PASTOS VERDES"**

Herbert (nombre ficto) de 70 años, hombre de creativa inteligencia, residente en una localidad rural de la Provincia de Buenos Aires, había consultado durante diez años a diversos colegas de reconocida experiencia que dieron -con diagnóstico certero- indicaciones dignas de su indiscutible idoneidad que Herbert no cumplió y vino quejándose de que le decían que su problema era de "los nervios". Su discurso era embrollado, sin pausas, de difícil escucha y acá toco los puntos salientes solamente.

La dermatosis que presentaba estaba compuesta por pérdidas de sustancia de medio a un centímetro de diámetro con contornos redondeados, con ángulos y ápices, fondo limpio y algunas cubiertas por costras hemáticas.

Asimismo podían verse elementos noduloides excoriados que esbozaban algo del prurigo nodular, así como máculas leucomelanodérmicas dispuestas en dorso a manera de listones paralelos que evidenciaban anteriores lesiones de feroz rascadas ya reparadas -dermatológicamente-.

En miembros superiores las lesiones se disponían en placas elongadas de límites netos, liquenificadas y excoriadas.

A partir de los vértices de codos emergían excoriaciones y liquenificación de disposición lineal a manera de una cola de barrilete. Esta modalidad topográfica me resulta útil para mi práctica y suelo llamarla "la colita psi" o "la colita de la depresión".

Herbert interpretaba a los lóbulos adiposos normales como lesiones y describía a partir de ellos una suerte de reblandecimiento, que luego dejaba ver un fondo verde debajo de "una supuración como un agua"; tal descripción no coincidía con lo que yo veía, ya que nada supuraba y nada supura habitualmente en las patomimias. No había para mis ojos nada verde desde luego y menos "pasta", pero sí para mis oídos de analista.

Y en la anamnesis, ***se pudieron escuchar las consabidas picas, arde, duele, me desespera, me enloquece y en referencia a lesiones de cuero cabelludo "también estoy mal de la cabeza"***.

Enunciando entonces ese saber no sabido sobre su enfermedad. Era realmente un paciente perfecto para aplicar los conceptos del Profesor Cardama, sí.

Y así habían procedido los expertos que lo atendieron antes, pero les faltó ir "a ese lugar que no es la Dermatología".

Escuché en su discurso elementos como recuerdos infantiles que hablaban de su historia familiar [7](#), así como contradicciones y numerosas conjeturas sobre el posible origen del problema. No dominaba el cuadro la certeza propia de las Psicosis [5](#), había duda y entonces daba para pensar en neurosis, a pesar de la alucinación y el carácter delirante del discurso de Herbert, que a veces ciertos neuróticos como él pueden enunciar [8](#).

Asimismo pude recabar recuerdos infantiles con elementos que podían constituir su novela familiar [7](#).

Herbert vino cuatro veces a verme con intervalos de catorce días y pude escuchar como le insistía el término miseria que empleaba con respecto a la dermatosis ***"estoy a la miseria"***.

Con respecto a la miseria, me contó que vive en una localidad de Buenos Aires, ***"que está inundada hace diez años" y "estoy en la miseria"***.

Podemos notar que la dermatosis comenzó en el momento de la inundación y que sus pastos verdes están cubiertos por agua, y es difícil abstenerse de recordar entonces a aquella enigmática pasta verde.

Me decidí entonces a marcarle esto y le manifesté que ***"la pasta verde que tiene en las lesiones me hace acordar al pasto verde que tiene bajo el agua"***.

Herbert reaccionó en forma harto expresiva y me dijo: Al final tenían razón los demás médicos, ***"entonces es de los nervios"***.

Nos despedimos, no volvió hasta luego de tres meses con todas las lesiones de tronco y miembros reparadas y aún con elementos en cuero cabelludo de los que dijo: ***"en el único lugar que tengo pasta verde es en la cabeza"***: sonriendo le pregunté: ¿en la cabeza? y me respondió también sonriente... ***"cierto que Ud. dice que es de los nervios"***.

La Dermatología había cumplido, y en este caso se valió del psicoanálisis.

## COMENTARIO

Este breve historial del "Hombre de los Pastos Verdes", casi una viñeta clínica, es un ejemplo cabal de lo que empecé a llamar "Síndrome PADDLE"; denominación para la que me valí de la tendencia actual de usar siglas que sustituyeron nombres de autores, esto para ir pensando en esta era que vivimos que en algún punto no tiene nombre [9](#).

Es así que pacientes como este que nos convoca, peligran de ser encasillados dentro de algún "trastorno" del DSM IV y alguien podría decir en algún consultorio: "Ahí viene un TOC" [10](#) y no "Ahí viene Herbert con su padecimiento".

Un término recientemente ingresado al discurso psicodermatológico es el de alexitimia, que consiste en pensar que alguien tiene una limitada capacidad para expresar y verbalizar emociones [11](#). Quizás esta definición se refiere a sujetos sumamente parcos, pero un problema se nos genera si pensamos que limitada esta capacidad la tenemos todos los neuróticos por estar bajo la represión y tal vez pueda ser ilimitada en casos de psicosis donde no la hay [12](#). Entonces aconsejo a quien se interese por la dermatología Psi, ser prudente antes de rotular algún paciente de esta forma por esto que vengo comentando, de donde se puede desprender que el paciente de apariencia menos expresiva, va a darnos pistas para el abordaje a través de estas palabras con doble o múltiple sentido. Y el día menos pensado contar algo clave.

Entonces frente a los encasillamientos que tienen como única posibilidad de salida a los psicofármacos (que yo también doy) pensé este síndrome reversible.

Combina elementos sensoriales como el prurito, ardor y dolor [13](#) (que también puede ser del alma).

***Y otros afectivos [13](#) como la desesperación y el enloquecer de frecuente escucha, pero al que se pueden agregar "me mata", "me nace", "me agarra de noche" (predomina en señoras), "me salta de noche" (predomina en hombres) y el que Ud. pueda sancionar.***

***PADDLE también por los rebotes de las dermatosis al suspender -o no- medicaciones o por los rebotes de médico en médico y por algo que Ud. pueda aportar.***

El Síndrome PADDLE es reversible: con escucha. Y escucha es escuchar ese saber no sabido. Y el ejemplo de Herbert, el "Hombre de los Pastos verdes" da para pensar.

Fig 1: "colita de la depresión". Considerar su valor simbólico.

Fig 2: liquenificación con tendencia metamérica. Testimonio de participación neural.

Nota: Las ilustraciones no corresponden a este caso que no fotografié por razones de haber aplicado elementos del psicoanálisis.

De todos modos me pareció útil incluir ejemplos de modalidades lesionales que evocan a las del caso trabajado.

### 1.3 REFERENCIAS

1. Freud S. La Dinámica de la Transferencia (1912). Sigmund Freud. Obras Completas. Editorial Losada. Buenos Aires. 1997; 1648-1653.
2. Ulnik J. El Psicoanálisis y La Piel. Editorial Síntesis. Madrid. España. 2007.
3. Lacan J. Fonction e champ de la parole et du langage en psychanalyse. (1953) en Écrits. Paris. Seuil. 1966 ; 237-322.
4. Lacan J. Le moi dans la theorie de Freud et dans la technique de la psychoanalyse. Livre II 1954-1955. Seuil. Paris. 1978.
5. Lacan J. Les Psychoses. Seminaire. Livre III 1955-1956. Seuil. Paris. 1981.
6. Freud S. Psicopatología de la Vida Cotidiana (1900-1901). Sigmund Freud. Obras Completas. Biblioteca Nueva. Editorial Losada. 1997; 755-931.
7. Freud S. La Novela Familiar del Neurótico (1908). Sigmund Freud. Obras Completas. Biblioteca Nueva. Editorial Losada. 1997; 1361-1363.
8. Freud S. Análisis de un Caso de Neurosis Obsesiva. ("Caso el Hombre de las Ratas") 1909. Sigmund Freud. Obras Completas. Biblioteca Nueva. Editorial Losada. 1997; 1442-1486.
9. Kiel L y Zerbino M. Coordenadas de Nuestra Época. En Delgado Osvaldo. "Los Bordes en La Clínica". JVE Ediciones. Buenos aires. 1999; 231-235.
10. DSM IV. Manual de los Trastornos Psiquiátricos. American Psychiatric Association. 1994.
11. Willemsen R, Roseeuw D y Vanderlinden J. Alexihymia and dermatology: The state of the ART. Int J Dermatol 2008; 47: 903- 910.
12. Eidelsztein A. Las estructuras clínicas a partir de Lacan. Vol 1. Capítulo 7. Psicosis. Letra Viva. Buenos Aires. 2001; 223.
13. Zachariae R, Zachariae C y Ulrikke L. Affective and Sensory Dimensions of Pruritus Severity: Associatons with Psychological Symptoms and Quality of Life in Psoriasis Patients. Act Derm Venereol 2008; 88: 121-127.

## 2. LA TRANSFERENCIA

### Conceptualización de la transferencia:

Existen dos grandes orientaciones en la conceptualización de la transferencia. La primera la considera un fenómeno universal, que se da a diario en la vida cotidiana con cualquier persona con la que nos relacionamos; consistiría en el desplazamiento de emociones y conductas que originalmente se experimentan en relación a personas significativas de la infancia, sobre ciertos objetos actuales. Desde una perspectiva Kleiniana, la transferencia se explicaría por la constante necesidad de los seres humanos de contactarse con otros y, al ser la relación primera la establecida con la madre, todo fenómeno transferencial sería un revivir de este tipo de relación objetal primaria.

La segunda forma de conceptualizar la transferencia, cual es la que normalmente se utiliza dentro de los textos de teoría y técnica psicoanalítica, hace referencia a los procesos de transferencia dentro de la relación terapéutica. Dentro de este contexto, Anna Freud definió a la transferencia como todos los impulsos que experimenta el paciente en relación con el psicoanalista, que no son creación nueva de la situación analítica objetiva, sino que se origina en relaciones primitivas con los objetos y ahora simplemente se reviven por la influencia de la compulsión. Otra definición complementaria a la anterior es la otorgada por Menninger y Holzman (1973), para quienes la transferencia "son los papeles o identidades irrealistas que el paciente atribuye inconscientemente al psicoanalista en la regresión del tratamiento psicoanalítico, y las reacciones del paciente a las representaciones, que por lo general, derivan de experiencias anteriores" (Menninger y Holzman, 1973, p.116).

La transferencia dentro de la terapia psicoanalítica hace que el paciente proyecte sus ideas rechazadas o rechazantes sobre el terapeuta; estos objetos internos rechazados y rechazantes son en el fondo los padres introyectados, lo que explicaría la intensidad de la transferencia en la relación analítica, debido a que estos mismos objetos rechazados son a la vez los objetos necesitados, por los cuales siente amor.

Actualmente, se considera que en la transferencia no sólo se debe considerar la aparición de emociones y pensamientos del paciente en relación directa al terapeuta, sino todo aquello que surge en la relación entre ambos, en la llamada transferencia de situaciones totales. De este modo, también debe considerarse en el análisis de transferencia el modo en el cual el paciente trata de comunicarse con el terapeuta, el modo en el cual intenta aplicar sus sistemas defensivos al terapeuta y su concepción de mundo, de la forma en la cual la percibe el terapeuta a través de la contratransferencia.

## 2.1 Transferencia positiva y transferencia negativa

En términos generales podemos decir que la transferencia positiva surge cuando el analizado siente ciertas gratificaciones por parte del analista y se dispone hacia él con una actitud de amor, distinta a la cooperación consciente producto de la alianza terapéutica. Por otra parte, también podemos hablar de una transferencia negativa, la cual se produce cuando el paciente revive en la transferencia conflictos que vivió en su infancia en la figura del terapeuta; normalmente, el terapeuta va a frustrar los intentos del paciente por actualizar los impulsos, de manera tal que éste active sus defensas, respondiendo con hostilidad y agresión.

La transferencia positiva es el móvil más importante para superar las resistencias, o sea, **hacer consciente lo inconsciente**. Cuando la transferencia se vuelve negativa o sexual, se convierte en una resistencia y su análisis y disolución adquieren una importancia esencial para poder continuar el trabajo. Mientras la transferencia resulta de este modo un gran peligro para el tratamiento, se constituye al mismo tiempo en su instrumento más importante, pues la vuelta de los procesos infantiles en la transferencia hace de ella el mejor medio para hacer recordar aquellas vivencias reprimidas.

Según Freud mediante la transferencia, se trata de convertir el analizante en un colaborador, llevándole a observarse a sí mismo con el interés objetivo del investigador, es decir transmitiéndole algo del deseo del saber.

## 2.2 La transferencia en el acompañamiento terapéutico

La transferencia está presente en todas las relaciones humanas, manifestándose con mayor intensidad en las relaciones que generan condiciones de intimidad. La podemos pensar en el vínculo del AT con el paciente, donde hay fuertes lazos afectivos, cercanos y de cuerpo a cuerpo.

El lazo que se establece, llamado transferencia, en forma automática e involuntaria, es el que permite investir a la figura del analista con intensos contenidos afectivos, en este contexto independiente de toda realidad. La transferencia terapéutica tiene que ver con el soportar las vicisitudes de un tratamiento, y esto exige que el analista o el acompañante terapéutico, sepa como posicionarse y como sostenerla.

Una maniobra transferencial adecuada puede permitir la evolución de un tratamiento, de la misma manera que un manejo impropio de la misma, podría disolverla sin posibilidad de recuperación. El acompañante terapéutico, como profesional de la salud mental, debe también tener presente que las verbalizaciones o actitudes del paciente no le están dirigidas: la posición debería ser sostener la transferencia pero no posicionarse como destinatario. Para que el espacio del acompañante se sostenga y el tratamiento avance, va a depender de la posición con que se establezca la estrategia del tratamiento y, desde ésta, la indicación y la inserción del acompañamiento terapéutico, en un momento determinado, no siempre ni en todos los casos, a partir de lo cual se podrán ir configurando los márgenes y la orientación de sus intervenciones.

Lo que intentamos es pensar el espacio y la función del acompañamiento, tratando de situar sus límites y alcances. Como sabemos el acompañamiento terapéutico se implementa en casos o situaciones en las que la escena del consultorio no resulta suficiente. El acompañante aparecerá entonces sosteniendo situaciones, produciendo cortes, ordenando cuestiones donde muchas veces la urgencia del caso no ofrece la posibilidad de tomarse el tiempo necesario para que eso entre como dicho en una sesión. Esto implica situar al AT en un lugar distinto al del terapeuta, si bien hay cuestiones transferenciales en juego, inevitables y muchas veces aprovechables, como vehículo de ciertas intervenciones; no se trata sin embargo de la transferencia que ordenará la dirección de la cura. Pensamos que tener claro esta situación permite abrir un espacio que se diferencie de aquel del par y del terapeuta; si bien en las diferentes maniobras uno se puede ver llevado a intervenir mas cerca de uno u otro lugar. Cada encuentro con el paciente nos propone un azar mas allá de lo que uno haya pensado a priori como necesario de llevar a cabo como pasos a seguir.

La capacidad de empatía, es decir, la aptitud de coincidir con el otro, suscitando su interés y por lo tanto la convergencia, es imprescindible para el desempeño adecuado en esta tarea. Ese otro, en nuestro caso, el paciente, es alguien desbordado por la dolencia psíquica que lo aqueja. Para él su AT se desempeña como soldado de la primera línea de fuego, y ello por dos razones: por la frecuencia del vínculo y por el tipo de actividades que realiza, relacionada con la vida cotidiana del paciente, con su familia, con sus amigos, con su trabajo.

Para contener al paciente, el acompañante necesita reconocer claramente su alteridad. La flexibilidad es la posibilidad de adecuarse a condiciones cambiantes sin perder de vista las pautas y el encuadre del trabajo.

El acompañamiento terapéutico como experiencia intersubjetiva es, sobre todo, un devenir en movimiento y en interacción con otro. Al acompañar se crea en el vínculo con el paciente en un espacio transicional, un espacio entre la desolación y la esperanza, entre la desconexión y la pertenencia. Entre el silencio estratégico y la palabra orientadora, discurre la experiencia de acompañar.

La relación de un paciente con su acompañante es un campo poblado de afectos y vivencias, que determinan, en gran medida, la riqueza de la interacción.

La calidad de la respuesta brindada por el acompañante terapéutico a su paciente es decisiva, porque es a través de ella que podemos comprender las emociones del paciente con relación a su acompañante.

Vivencias contratransferenciales de desesperanza, sobrevienen cuando el AT se siente invadido por el desamparo del paciente y entonces se identifica con los aspectos melancólicos del mismo. En esos casos suelen desencadenarse en los AT, actitudes tales como deserciones, impuntualidad, apatías, etc.

Los sentimientos contratransferenciales de omnipotencia suelen traducirse en comportamientos maníacos por parte del AT: aceleración, denigración de compañeros de equipos, etc.

Cuando la rabia es la emoción contratransferencial predominante se produce una pérdida de distancia en la función terapéutica que fuerza al AT a entrar en discusiones estériles con su paciente.

Hablamos de contratransferencia positiva cuando sobre la base de un vínculo empático, podemos dar lugar al paciente para que cambie dentro de nosotros mismos, generando la posibilidad de escribir una historia inédita.

### **2.3 Testimonio de una acompañante hospitalaria**

Testimonio: Norma, Acompañante hospitalaria

Con las chicas vivo diariamente transferencias diversas, desde lo educativo, lo material y lo social. Y no es que esté diciendo que las educo o les enseño a "ser mamá". Es que diariamente aprendo de ellas. Así como me transfieren inseguridades al mismo tiempo hay situaciones que me tocan vivir con ellas o con sus hijos. Con la simple tarea de acompañarlas a un control ordinario a un pediatra o algo más complicado como preparar a uno de los nenes que será sometido a una operación compleja. Además de acompañarlas debo transmitir seguridad, tanto al niño como a su madre, ya que soy el referente de adulto que las acompaña.

Así es como quedo implicada en una situación de responsabilidad y contención hacia madre e hijo. Como resultado de esta situación he logrado que ellas depositen su confianza en mí como para que yo lleve a sus hijos a realizarle algún tratamiento específico, en el caso que ellas se encuentran trabajando o estudiando.

No puedo volcar en estas letras la magnitud de mi experiencia diaria en mi trabajo de acompañante hospitalaria.

Voy a referirme a un caso concreto, el de Cintia, una de las chicas que debía permanecer internada una semana para retener su embarazo, con el agravante de ser portadora de HIV. Ante la resistencia de ella a quedarse en el hospital porque decía que se sentía encerrada, mi trabajo consistió en hacerle entender la importancia de su permanencia en el hospital, ya que si el chico nacía antes, iba a tener problemas respiratorios.

Otro caso fue con Camila. Yo estaba prehospalizada con su hijo Ian, de 2 años, a causa de una crisis asmática, y cuando ella se hace presente en el hospital, su primera reacción fue enojarse con el personal de la institución porque no le habíamos cambiado la ropa, en vez de preocuparse por la salud del hijo. En este caso mi intervención fue para hacerle ver que lo importante en ese momento no era la ropa, sino lo que le pasaba a su hijo.

### **2.4 La transferencia y su relación con la resistencia**

Si la transferencia se vuelve negativa, está se transforma en una resistencia; en general, se consideran resistencias todas aquellas conductas, emociones, pensamientos, impulsos y fantasías que entorpecen el análisis, dificultando los procesos de recuerdo e, impidiendo el cambio.

Freud se percató prontamente de esta relación entre las resistencias y ya en su libro de 1912, "La dinámica de la transferencia", señala la aparición de patrones infantiles de relación que entorpecían el análisis y estableció que la transferencia era una forma de resistencia, en la cual se

repiten formas de actuar defensivas para no recordar hechos ansiógenos. Posteriormente, comprendió que la transferencia era un fenómeno mucho más amplio, en el cual se podía incluir tanto los sentimientos infantiles positivos como los negativos actualizados en el terapeuta. De este modo, en "Más allá del principio del placer" (1920), Freud manifiesta que también se puede considerar como transferencia el contenido resistido; el ello canalizaría transferencialmente sus impulsos hacia el terapeuta y el yo repetiría las defensas que ocupó en la infancia para protegerse de éstos, oponiéndose ambas instancias reviviendo el conflicto que causó la neurosis.

Estos dos modos de entender la transferencia han dado lugar a la formación de dos grupos de psicoterapeutas. El primero expresa que la transferencia es principalmente resistencia, ya que ella daría cuenta de repetición de ciertos impulsos infantiles, que ocuparían el lugar del recuerdo; la labor del terapeuta sería eliminar esta transferencia, para lograr lo esencial del proceso analítico, el "recordar" (hacer consciente) la infancia reprimida. El peligro de este enfoque está en considerar que lo rechazado sea el pasado, siendo que para el inconsciente (regido por el proceso primario) no existe diferencia entre pasado y presente. Lo rechazado es algo doloroso, que nunca se transforma propiamente en pasado y que se vive como presente en la relación transferencial.

Para el segundo grupo la transferencia es lo resistido y lo fundamental en la terapia es la transferencia misma, la revivencia de conflictos infantiles y su rectificación. Los recuerdos tienen valor en tanto permiten comprender la transferencia actual entregando los verdaderos nombres a la relación transferencial y limpiando el carácter de realidad que tiene la transferencia para el paciente.

### 3. LA CONTRATRANSFERENCIA

La contratransferencia sería el conjunto de actitudes, sentimientos y pensamientos que experimenta el terapeuta en relación con el paciente. Al igual que el concepto de la transferencia, la contratransferencia ha poseído distintas implicancias: desde una connotación negativa para Freud, que obligaba a considerarla un proceso a dominar por completo, hasta la actual valoración de este proceso como una importante herramienta terapéutica necesaria para comprender los procesos transferenciales del paciente. La contratransferencia da cuenta de un hecho generalmente olvidado otro tipo de terapias: tanto el paciente como el terapeuta se encuentran dentro de una relación que es interactiva, por lo que el paciente se verá influido por el terapeuta, tanto como éste por el paciente.

Ser neutral en relación al paciente, permanecer en pantalla, no es por supuesto, denotar que el analista no tiene relación con el paciente; esperamos que esté interesado en el paciente, para tener un amistoso gusto por ayudarlo. A él le puede agradar o desagradar el paciente; tanto como estas actitudes son conscientes, no tienen todavía nada que ver con la contra-transferencia.

Si estos sentimientos incrementan en intensidad, podemos estar bastante seguros de que los sentimientos inconscientes del analista, sus propias transferencias hacia el paciente, contra-transferencias, están confundidas. El desagrado intenso hacia el paciente es frecuentemente una reacción a no entender al paciente; o puede estar fundada en la más profunda "real contra-transferencia".

Un gran, particularmente, sexualizado, interés en el paciente, puede más frecuentemente ser entendido también como una contra-transferencia, volveremos a este punto. Una situación en la cual el analista realmente se enamora del paciente es infrecuente; en semejante situación el análisis se vuelve imposible, y el paciente debería ser derivado a algún otro analista.

La contra-transferencia comprende, de este modo, los efectos de las necesidades inconscientes del analista y los conflictos sobre su entendimiento o técnica. En semejantes condiciones, el paciente representa para el analista un objeto del pasado, a quien los deseos y sentimientos son proyectados, como en la situación de la transferencia del paciente con el analista.

El factor excitante para tales reacciones puede ser algo de la personalidad o el material del paciente, o algo en la situación analítica como tal. Esto es la contra-transferencia en el más propio y limitado sentido.

Cuando los pacientes no son objetos reales hacia quienes algo es transferido, sino sólo instrumentos y medios de algunas necesidades del analista, como para aliviar ansiedad o sentimientos de culpa que exigen ser gratificados, hemos usado el término contra-transferencia.

Esto nos parece conveniente, porque este tipo de conducta es frecuentemente confundida y fundida con efectos propios de contra-transferencia, y se vuelve muy esquemático mantener los dos grupos separados. Los más simples casos, en el propio sentido del término contra-transferencia, son esos en los que ocurre repentinamente, bajo circunstancias específicas y con determinados pacientes. Esos son, por decir así, manifestaciones agudas de contra-transferencia. Les doy un ejemplo que me fue relatado recientemente:

Un analista estaba enfermo, sufriendo dolor, pero era capaz de continuar el trabajo con ayuda de grandes dosis de analgésico. Una de sus pacientes escogió este tiempo para acusar al analista de descuidarla, de no darle suficiente tiempo, y cosas así. Las quejas eran traídas con un persistente sermoneo de una individual demanda agresiva-oral.

El analista se volvió violentamente fastidiado con la paciente y tuvo gran dificultad para coartar la expresión de su ira; lo que había estado pasando es bastante obvio: El analista resintió en el acto que la paciente era capaz de hacer estas demandas agresivas por atención, mientras el analista estaba en una situación que habría justificado demandas similares, pero él tuvo que controlarse. Las demandas inexpressadas, por consiguiente, se enlazaron al más profundo material, que es irrelevante en esta situación.

El analista está aquí en una situación especial en la cual su equilibrio mental está debilitado por la enfermedad. En esta situación, el no puede tolerar al paciente que, como un espejo, refleja sus propios impulsos reprimidos. La reacción de la contra-transferencia está basada en una identificación con el paciente. Las identificaciones de este tipo pertenecen a las formas más frecuentes de contra-transferencia.

### **3.1 Caso sobre la contratransferencia**

#### **Caso 1**

Un joven analista, que todavía no terminaba su propio entrenamiento, se siente aburrido por uno de sus pacientes y siente el deseo de librarse de él, ¿por qué?; el paciente ha expresado tendencias homosexuales las cuales el analista no está inclinado a hacer frente dentro de sí mismo; aquí, de nuevo, el paciente es el espejo que refleja algo que es intolerable.

Los fenómenos de la contra-transferencia no son siempre insignificantes manifestaciones de defensa contra el impulso, como en los ejemplos anteriores, pero pueden ser simples impulsos derivativos.

#### **Caso 2**

El caso de un psicólogo quien vino para un segundo análisis porque tenía la tendencia a enamorarse de pacientes jóvenes y atractivas.

El análisis reveló que él no estaba realmente interesado en estas mujeres sino en identificarse con ellas. Él quería ser hecho el amor por un analista y en esta forma gratificar la transferencia homosexual, fantasías que hubo recordado después de analizado su primer análisis.

El interés sexual en el paciente que pudo ser denominado como la más simple y directa manifestación de contra-transferencia, es aquí el resultado de una identificación con el paciente. Esto es típico; la mayoría de las así llamadas "simples" manifestaciones de este tipo son construidas respecto de ese modelo.

Los pacientes no son realmente los objetos de profundos impulsos, sino que reflejan los impulsos del analista como si fueran colmados. Pero la identificación no es ciertamente el único peligro posible; otras veces, por ejemplo, uno está enfrentado a reacciones de contra-transferencia que son provocadas por el contenido específico del material de los pacientes.

Por ejemplo, cierto material de un paciente fue entendido por un analista como una representación de la escena primaria. Siempre que el material era tocado por el paciente, el analista reaccionó con la defensa que hubo desarrollado en la situación crítica en su infancia: se volvió dormilón y tuvo dificultades para concentrarse y recordar.

*“En general, el lento y pesado proceso del análisis hace caras demandas a la paciencia y al equilibrio narcisístico del analista. Es obvio lo perjudicial que puede tornarse si este equilibrio es movedizo, esto es, si el analista depende de sus pacientes para suministros narcisísticos”.*

*Texto tomado de la Revista: “La Nave de los Locos”, No. 9, 1985. Univ. Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. México, 1985.*

Al igual que la transferencia positiva, la contratransferencia positiva le ofrece al terapeuta la energía necesaria para comprender el inconsciente del paciente. La contratransferencia negativa, por su parte, interferiría en la motivación y en la "objetividad" del terapeuta para realizar sus intervenciones y sería resultado de la adopción de objetos negativos del paciente, aunque también podría ser consecuencia de una falsa comprensión debida a la desintegración de los propios objetos del analista.

Para evitar los efectos perjudiciales de la contratransferencia, el analista debe tener una actitud activa, que le permita sublimar su contratransferencia y mantenerla positiva, o sea, debe mantener una actitud de amor hacia el paciente, a pesar de las agresiones que éste le infiera. Esto responde a un principio fundamental "sólo Eros origina Eros"; vale decir, sólo el amor que entregue el analista será capaz de producir amor en su paciente, de modo tal de transformar las resistencias de éste en la transferencia positiva sublimada que permite el trabajo terapéutico. Por lo tanto, el consejo que Freud daba para dominar la contratransferencia, "la actitud de cirujano", no se refiere mostrarse inhumano y frío, sino que a la conveniencia de no contestar a una transferencia negativa.

De lo anteriormente expuesto, se deduce que el terapeuta no puede actuar los papeles que espera el paciente que asuma, situación de gran importancia cuando los pacientes tienden a ser manipuladores y difícil de controlar. Sin embargo, puede hacerlo cuando las interpretaciones no surjan efecto, y luego de esta actuación se analiza lo sucedido, convirtiéndose la actuación en un medio consciente para lograr una interpretación.

### **3.2 Algunos indicadores de contratransferencia que podrían interferir con la terapia:**

- Descuido del encuadre.
- Somnolencia durante la atención del paciente.
- Tendencia a pedirle favores al paciente.
- Tratar de ayudar al paciente extraterapéuticamente.
- Discutir con el paciente.
- Cultivar la dependencia del paciente.
- Tratar de impresionar al paciente o a colegas con el caso.

- Demasiado interés en el caso.
- Fomentar la resistencia del paciente.

Algunas recomendaciones ante este tipo de contratransferencia:

- Hay que estar atento ante la presencia de la contratransferencia, reconociendo sus fallas y aplicaciones.
- Reconocer las manifestaciones de una contratransferencia perturbadora.

Al ser conscientes de la contratransferencia hacer un repaso de la situación analítica con el paciente tratando de identificar los actos, palabras del paciente que desencadenaron su reacción en nosotros.

- No hacer una introspección tan grande sobre la propia contratransferencia que pierda de vista al paciente.

Si bien las recomendaciones que se puedan hacer al terapeuta son muchas, no hay que olvidar que es un ser humano y muchas veces puede olvidar tales recomendaciones porque, al igual que sus pacientes, tiene inconsciente y deseos infantiles. No es realista creer que todo terapeuta es un super-hombre o una súper-mujer que puede manejar con total facilidad la transferencia negativa del paciente y ser capaz de brindarle amor y mantener una contratransferencia positiva, cuando el paciente lo agrade continuamente. No deseamos que un terapeuta actúe contratransferencialmente ante un paciente como le sucedió a Michel Durand en la novela de Gattégno y termine matándolo, por no resolver su neurosis infantil. Y aunque los casos reales tal vez no sean tan dramáticos como este (aunque en realidad no lo sabemos con certeza) es un deber ético para el psicoterapeuta el someterse a una terapia para conocer sus conflictos y limitaciones, tanto por su propio bien como para el propio paciente.

Es de destacar que los casos de Ana O, Irma y Dora -en este último es donde aparece la definición de la transferencia en la persona del analista- son jalones fundamentales en el descubrimiento del psicoanálisis. Casos en los que aparece el amor de transferencia, una transferencia con rasgos incestuosos -celos, crimen y castigo-, claramente desarrollado en el primero y algo enmascarado en los otros dos. De aquí inferimos que la fuerza sobrehumana, el mana, que poseía Freud, que le hizo posible vencer la resistencia que presentaba el descubrimiento del psicoanálisis, nació de su posibilidad de incursionar en el incesto sepultado en su inconsciente.

Cuando consideramos el concepto de contratransferencia a luz de estos desarrollos del autoanálisis advertimos que es tal el grado del compromiso de la persona del analista, que el material del paciente, el de la asociación libre con los sueños que pudiera contener, es, al fin y al cabo, el de las imágenes acústicas de palabras oídas y grabadas en su conciencia. Mientras el analista oye las palabras del paciente automáticamente 'graba' las imágenes acústicas, las liga a conceptos de sus propias palabras, en otros términos las 'traduce' y las 'carga' con sus transferencias, ideas, afectos y vivencias, y de esta manera 'construye' a su paciente.

#### 4. LA RESISTENCIA

(Del lat. *resistentia*); sust. f. 1. Acción y efecto de resistir o resistirse: como nadie opuso resistencia, los atracadores desvalijaron el banco limpiamente, sin esfuerzo y con rapidez. 2. Capacidad de resistir: las carreras de fondo ponen a prueba la resistencia física de los corredores. 3. Conjunto de personas que se oponen violenta y activamente a los invasores de un territorio o a cualquier forma autoritaria de gobierno: en los últimos tiempos de la dictadura, la resistencia, cada vez más organizada, se convirtió en un grave problema para el tirano. Véase Resistencia (Historia). 4. [Mecánica] Elemento que se opone a la acción de una determinada fuerza: calculen la resistencia que hay que oponer para vencer una fuerza de 200 ...

[Psicología] Dentro del tratamiento psicoanalítico, se designa con este término todo aquello que, en palabras y hechos del paciente, no permite que afloren los contenidos inconscientes reprimidos. El primer momento en que el psicoanálisis habla de resistencia es en sus comienzos, cuando Sigmund Freud utilizaba la hipnosis y la sugestión como técnicas principales en el tratamiento. La resistencia se descubrió, en psicoanálisis, como un obstáculo al avance terapéutico. En última instancia se trata de un mecanismo defensivo del Yo ante la posible emergencia de contenidos del Ello, contenidos inconscientes, primitivos y no siempre tolerados por la instancia más adulta y madura de la personalidad que es el Yo.

Temas relacionados Inconsciente. ...

Alemán: *Widerstand*. Francés: *Résistance*. Inglés: *Resistance*. Término empleado en psicoanálisis para designar el conjunto de las reacciones de un analizante, cuyas manifestaciones, en el marco de la cura, obstaculizan el desarrollo del análisis.

En el vocabulario freudiano, la palabra resistencia aparece en tres modalidades: una es inspirada por la reflexión sobre la técnica y la práctica analíticas, cuya evolución determinará la del estatuto acordado a las formas posibles de resistencia del paciente; la segunda es de tipo teórico, y será fuertemente influida por la formulación de la segunda tópica; la tercera, finalmente, que no se modificó a lo largo de la vida de Sigmund Freud, es de carácter interpretativo. Tiene que ver con las manifestaciones de hostilidad y las formas de rechazo suscitadas por el psicoanálisis. En tal sentido, la historiografía freudiana es rica en aportes de todo tipo. Desde este último punto de vista, Freud utilizó la palabra de un modo totalmente ajeno al marco terapéutico, interpretando como respuestas defensivas (resistencias) las oposiciones al psicoanálisis, fueran cuales fueren sus orígenes y sus razones explícitas. Hay que señalar que esta posición era coherente con su observación de 1917, en el sentido de que el psicoanálisis le infligía al narcisismo humano una herida comparable a las generadas por los descubrimientos de Nicolás Copérnico (1473-1543) y Charles Darwin (1809-1882). Por otra parte, unos cincuenta años antes Ernst Haeckel, *mutatis mutandis*, había dicho algo análogo, como lo ha establecido Paul-Laurent Assoun. A igual título que la transferencia, el proceso de la resistencia formó parte del nacimiento del psicoanálisis, pero está aún más directamente asociado con él. En efecto, Freud comenzó a emplear la palabra desde que tropezó con las primeras dificultades en la práctica de la hipnosis y la sugestión, llegando incluso a reconocer como legítimas " las resistencias del paciente enfrentado a la "tiranía de la sugestión". El pasaje al método psicoanalítico no puso por cierto fin a las resistencias, pero éstas cambiaron de estatuto. Se volvieron susceptibles de interpretación, y por lo tanto podían ser superadas. En los primeros tiempos de su práctica psicoanalítica, la actitud de Freud acerca del

tratamiento de la resistencia revistió dos formas: si bien la resistencia fue invariablemente reconocida como una traba al trabajo analítico, sobre todo en la forma del no-respeto a la regla fundamental, al principio Freud creyó posible salvar el obstáculo explicándole su contenido al paciente, con insistencia y convicción. En un segundo momento comenzó a considerar la resistencia como un dato clínico, síntoma de lo reprimido, de modo que formaba parte del proceso de la represión y correspondía interpretarla a igual título que la transferencia, bajo cuya forma se manifestaba a menudo.

En el marco de su segunda tópic, Freud identificó cinco formas de resistencia: tres tenían su sede en el yo, una en el ello y la última en el superyó. Las resistencias ligadas al yo podían tomar la forma de la represión como tal, o de la resistencia transferencial, o bien, finalmente, de un beneficio secundario ligado a la persistencia de la neurosis, mientras la curación es vivida como un peligro para el yo. La resistencia con sede en el ello llevaba a la compulsión de repetición. Podía superarse cuando el sujeto integraba una interpretación (reelaboración). La resistencia superyoica se expresaba en términos de culpabilidad inconsciente y necesidad de castigo. Esta clasificación atestigua la negativa freudiana a reducir las resistencias a las defensas del yo. Con este enfoque, Freud insiste en la existencia de elementos residuales de resistencia, elementos irreductibles que él interpreta de diversos modos, pero que pueden ubicarse hipotéticamente del lado de la pulsión de muerte. A diferencia de los conceptos de transferencia y contratransferencia, el de resistencia suscitó pocas discusiones y polémicas en la descendencia freudiana, con la excepción de Melanie Klein, quien asimila casi exclusivamente la resistencia a una transferencia negativa. Éste fue uno de los temas de debate en las Grandes Controversias que la opusieron a Anna Freud.

#### 4.1 Clases de resistencia

- **Resistencia de represión:** puede ser consciente o inconsciente y los mecanismos de defensa que sirven a ésta vienen de la parte inconsciente del Yo por eso no podemos saber de ellos. Es inherente a la estructura psíquica del individuo (no querer saber de cosas que pueden ser dolorosas).
- **Resistencia de transferencia:** Lucha contra los impulsos infantiles relacionados con el análisis (en lugar de recordar, repetimos) "posibilidad" de repetir para cambiar la historia (repetición con diferencia) o sólo repetir sin cambiar y estancarse (repetición sin diferencia).
- **Resistencia por ganancia secundaria:** se obtiene "algo" con la enfermedad (síntoma.- compromiso entre deseo y defensas) y hay que tratar de ver qué significa el síntoma y hay dos tipos de síntomas: Egosintónico.- de acuerdo con el Yo y Egodistónico.- en conflicto con el Yo.
- **Resistencia del ello:** hay resistencias que vienen del ello. Toma como "mala" la vida pulsional.
- **Resistencia del superyó:** produce "culpa". alguien puede tener deseos masoquistas. Sentimiento inconsciente de culpa.- lo que lleva a querer estar enfermos pero no puede haber un sentimiento inconsciente de culpa porque no hay sentimientos inconscientes, así que se le llama "Necesidad por el castigo". El Superyó tiene como "castigo" la culpa. Culpa persecutoria.- le hago algo a alguien y temo que se vengue. Culpa reparatoria.- le hago algo

a alguien y trato de repararlo, por ejemplo, pedir disculpas. Esta resistencia tiene que ver con la resistencia de represión. También la resistencia del Superyó es característica del obsesivo y la represiva es característica de la histérica. A mayor resistencia, mayor distorsión.

Además de estas clases de resistencia propuestos por Freud, se han agregado otros dos: Resistencia del temor a la cura y Resistencia del carácter ("Así soy yo, y no voy a cambiar").

#### 4.2 El silencio y la resistencia

El silencio puede o no ser una forma de resistencia, y por tanto puede o no ser interpretable, dependiendo de la particular estructura de la comunicación:

**Silencio depresivo:** No hay que interpretar sino acompañar.

**Silencio paranoide:** No habla porque cree que todo lo que diga será usado en su contra.

**Silencio resistencial:** Éste es interpretable.

#### 4.3 Caso de resistencia en el psicoanálisis. Sobre la paciente Irma

Freud usa el término resistencia en numerosas ocasiones; por ejemplo, tratándose de la paciente llamada Irma, conocida gracias al relato de un sueño de Freud que nos es contado por él mismo, allí dirá que Irma se mostraba reticente, mantenía una posición de reserva frente a sus interpretaciones. El verbo que usa en alemán es *sträuben* que quiere decir mantenerse a la distancia, asumir actitud de reserva. En ese texto inaugural para el psicoanálisis (incluido en "La interpretación de los sueños") Freud se limita a considerar la resistencia por parte de Irma frente a la solución presentada por él. El término usado para registrar lo sucedido desde el punto de vista de Irma no fue aún el término *Widerstand* que consagró al tratamiento que daría tiempo después el psicoanálisis y los psicoanalistas a ese mecanismo de defensa o bien respuestas defensivas. Resistencia no es una misma cosa que defensa. Más tarde Freud y los psicoanalistas van usar defensa acompañado del término análisis de las defensas, como un trabajo a ser efectuado durante las sesiones. Vamos, a lo largo de nuestro texto a trabajar el término resistencia, de tal suerte que él diga más que una simple recusación. En verdad, el término resistencia fue usado por Freud primeramente en ocasión de su autocrítica en relación a la hipnosis y a la sugestión como técnicas de intervención. Él reconocía como legítimas las resistencias del paciente al enfrentar una "tiranía de la sugestión". La expresión es sugestiva. [\[1\]](#)

#### Bibliografía

- **Autores Varios, Compiladores G. Rossi, G. Pulice, F Manson:** "Primer congreso nacional de Acompañamiento Terapéutico, Hacia una Articulación de la Clínica y la Teoría. Publicación de trabajos presentados en el primer congreso nacional de acompañamiento terapéutico" Ediciones Las Tres Lunas. Buenos Aires - Año 1995.
- **Freud, S.:** Las Perspectivas Futuras de la Terapia Psicoanalítica. AE X)

· **Freud, S.:** El Método de la Interpretación de los sueños. Análisis de un Sueño Paradigmático.  
AE IV

- **Kuras de Mauer, Susana y Resnizky, Silvia** "Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos" Editorial Trieb. Buenos Aires 1985.
- **Lacan, J. (1959).** *Seminario VII: "La ética del psicoanálisis"*. México: Paidós.
- **Lacan, J. (1960).** Subversión del Sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano. En J. Lacan: *Escritos II*. México: Siglo XXI Editores.
- **Lacan, J. (1964).** *Seminario XI: "Los cuatro conceptos fundamentales"*. México: Paidós.
- **Menninger, K. y Holzman, P.** (1973). Teoría de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Psique.
- **Racker, H.** (1990). Estudios sobre técnica Psicoanalítica. Buenos Aires Paidós.

Psicólogos, Psiquiatras y Acompañantes Terapéuticos

#### Fuentes electrónicas

- La Escucha Recuperado el 20 de Agosto de 2009, de <http://blogs.periodistadigital.com/btbf/trackback.php/23298>
- Caso psicoanalítico Recuperado el 20 de Agosto de 2009, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-300X2008000400003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-300X2008000400003&script=sci_arttext)
- REDBA - Red Asistencial de Buenos Aires (Asistencia y Docencia en Salud Mental) Información general: 4382-4724 Atención psicológica: 4382-2280 E-Mail: redba@arg.net.ar Internet: www.redba.com.ar