

Universidad de Palermo

Trabajo Final Integrador

Título: El amor de transferencia

Autor: Alejandra Daniela Mansanete

Profesor Tutor Actuante: Marcos Mustar

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	3
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	3
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	3
3. MARCO TEÓRICO.....	4
3.1 ANTECEDENTES DEL PSICOANÁLISIS.	4
3.2 INTRODUCCIÓN A LOS CONCEPTOS LACANIANOS.	6
3.3 ANTECEDENTES DEL CONCEPTO TRANSFERENCIA.....	9
3.4 TRANSFERENCIA Y NEUROSIS.....	11
3.5 TIPOS DE TRANSFERENCIA.....	12
3.6 TRANSFERENCIA Y REPETICIÓN:.....	13
3.7 ANTECEDENTES DEL CONCEPTO RESISTENCIA:.....	14
3.8 TIPOS DE RESISTENCIA:.....	16
3.9 TRANSFERENCIA Y RESISTENCIA:.....	17
3.10 OTROS CONCEPTOS IMPORTANTES PARA EL PSICOANÁLISIS.	18
4. MÉTODO.....	20
4.1 PARTICIPANTE.....	20
4.2 INSTRUMENTOS.....	21
4.3 PROCEDIMIENTO.....	21
4.4 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO:.....	21
5. DESARROLLO.....	21
5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO.....	22
5.2 ANALIZAR EL TIPO DE TRANSFERENCIA QUE SE PRESENTA EN EL CASO.....	22
5.3 ANALIZAR LA TRANSFERENCIA ERÓTICA COMO RESISTENCIA AL TRATAMIENTO.....	25
5.4 DESCRIBIR Y ANALIZAR LAS DISTINTAS INTERVENCIONES DEL ANALISTA EN RELACIÓN A LA RESISTENCIA.....	26
6. CONCLUSIONES.....	28
6.1 LIMITACIONES Y FALLAS:	28
6.2 APORTE PERSONAL Y PERSPECTIVA CRÍTICA:.....	29
7. BIBLIOGRAFÍA.....	33

1. Introducción.

La práctica y habilitación profesional se realizó en una Institución situada en Capital Federal, es un centro de formación y asistencia en clínica psicoanalítica.

La Práctica consistió en 320 hs. que se distribuyeron en distintas actividades. Las mismas incluían: entrevistas de admisión en las que se participaba como coadmisora, seminarios, charlas, talleres, grupos de articulación teórico-clínica del postgrado, jornadas de presentaciones de casos y revisión de historias clínicas.

De las charlas y supervisiones surgió la elección del tema: "Transferencia como Resistencia y las intervenciones del analista", a desarrollar en la tesina. Dado que la transferencia es una condición necesaria para el desarrollo de la práctica analítica, es un concepto central de los desarrollos teóricos. Cabe destacar, debido a las distintas orientaciones que existen dentro de la teoría psicoanalítica, que el encuadre que seguirá el trabajo será freudiano- lacaniano.

2. Objetivos.

2.1 Objetivo general.

El objetivo del presente trabajo es analizar la transferencia y las resistencias que se dan en un caso de tratamiento psicoanalítico y las intervenciones del analista en relación a las mismas.

2.2 Objetivos específicos:

Analizar el tipo de transferencia que se presenta en el caso.

Analizar la transferencia erótica como resistencia al tratamiento.

Describir y analizar las distintas intervenciones del analista en relación a la resistencia.

3. Marco teórico.

3.1 Antecedentes del Psicoanálisis.

Entre los años 1880 y 1881 el doctor Breuer, trató una muchacha que había contraído una grave histeria mientras cuidaba a su padre enfermo y cuyo cuadro clínico consistía en parálisis motrices, inhibiciones y perturbaciones de la conciencia (Breuer y Freud, 1893-5). Por insinuación de la paciente, la puso en estado de hipnosis y así logró que por comunicación de los pensamientos que la dominaban recobrar una condición anímica normal. De este modo, obtuvo un gran éxito terapéutico e inesperadas intelecciones acerca de la esencia de la neurosis.

En 1885, Freud viajó a Francia como discípulo de Charcot, quien era un psiquiatra francés reconocido por utilizar la hipnosis como instrumento que permite dar a ver artificialmente procesos histéricos. De esta manera, Charcot suponía que lograba una observación científica y descomprometida de los fenómenos patológicos que le parece poder repetir. (Magan de Cid, 2004) La escenificación bajo hipnosis de los síntomas de los pacientes lograba en algunos casos, detener los síntomas o atenuarlos. Charcot realizó una descripción del *gran ataque histérico* en el cual se podían distinguir cuatro fases: la *epileptoide*; la *de los grandes movimientos*; la *fase alucinatoria* y la *del delirio terminal*. No obstante ello, los ataques abreviados eran mucho más frecuentes que los completos consistiendo en fenómenos motores como convulsiones generales y rigidez cataléptica (Breuer y Freud, 1893- 1895). Se puso énfasis en la histeria y el resto de los factores etiológicos pasaron a ser sólo factores desencadenantes. Freud, sometió esa concepción a una crítica minuciosa y sostuvo que Charcot exageraba tanto la herencia como causa que no dejaba espacio para la adquisición de patologías psíquicas.

Al volver Freud a Viena, emprende un trabajo en común junto a Breuer (Breuer y Freud, 1893) donde llamaron catártico a su procedimiento terapéutico. Y donde hallaron que los síntomas poseían sentido y significado y que, al descubrirlo, se cancelaba el síntoma.

Desde el comienzo (Breuer y Freud, 1893-5), trajeron al primer plano el factor afectivo, sostenían que los síntomas histéricos debían su génesis al

hecho de que a un proceso anímico cargado con intenso afecto se le había impedido la abreacción (nivelarse por el camino de la descarga que lleva a la conciencia y la motilidad), de esta manera, el afecto quedaría estrangulado y caería en una vía falsa, desagitándose así en una conversión corporal. Estas representaciones patógenas, se engendrarían en traumas psíquicos y como casi siempre correspondían al pasado lejano, los autores sostuvieron que los histéricos padecían en gran parte de reminiscencias no tramitadas.

La catarsis se lograba por apertura de la vía hasta la conciencia y descarga normal del afecto. Fue indispensable para esta teoría el supuesto de unos procesos anímicos inconscientes (Breuer y Freud, 1893-5). Estos autores, comenzaron a tener discensos en las concepciones, Breuer adoptó el supuesto de que las representaciones patógenas, al ser engendradas en estados hipnoides, donde la operación anímica esta sometida a restricciones, exteriorizan un efecto traumático. Freud, en cambio, rechazó esa explicación y sostuvo que una representación deviene patógena cuando su contenido va en dirección contraria a las tendencias que dominan la vida anímica, con lo cual, provocan la defensa del individuo. Por este motivo, Freud continuó solo sus investigaciones.

Freud (1896) sostuvo que la trayectoria de la enfermedad en las neurosis de represión es similar en todos los casos: Una vivencia sexual o conjunto de vivencias sexuales prematuras, traumáticas; una ocasión posterior que despierta el recuerdo de esa vivencia y provoca su represión llevando a la formación del síntoma primario; un estadio de defensa lograda, parecido a la salud, pero con la existencia del síntoma y por último, el momento en que las representaciones reprimidas retornan y en su lucha con el yo, forman síntomas nuevos, los de la enfermedad propiamente dicha. La operación de la defensa, consiste en separar un representante psíquico del monto de afecto con el que esta cargada esa representación, eso produce lo que Freud denominaría grupo psíquico separado que, según Delgado (2012) sería un anticipo al concepto de inconsciente.

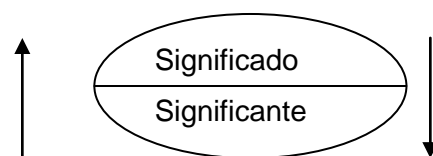
Freud (1893-1895) abandona el tratamiento catártico en estado de hipnosis debido a que si bien los síntomas desaparecían con la catarsis, el resultado global era por entero dependiente del vínculo del paciente con el analista, o sea por sugestión, y si ese vínculo se destruía, volvían a emerger

los síntomas, por otra parte, también el estrecho número de personas susceptibles de ser hipnotizadas era una importante restricción a la práctica. De esa forma, el procedimiento cambia por la *asociación libre* que se ha afirmado de manera tal, que paso a ser la *regla técnica fundamental*. De esta manera, el tratamiento se iniciaba exhortando al paciente a comunicar sus ocurrencias sin excluir ninguna, por más penosa o desagradable que le parezca, o aún cuando considere que no tiene que ver con lo que estaba diciendo.

Según este autor (Freud, 1923) la nueva técnica modificó tanto el tratamiento e introdujo nuevas formas de vincularse con el paciente, llevando a tantos nuevos resultados, que necesitaba distinguirlo del método catártico, escogiendo para este nuevo tratamiento el nombre de *psicoanálisis*.

3.2 Introducción a los conceptos lacanianos.

Para poder llevar a cabo el desarrollo del presente trabajo, resulta ineludible explicar algunos aportes de Lacan al Psicoanálisis, empezando por el *significante*. Su reflexión sobre este concepto, esta articulada con el signo saussureano (Carbajal, D' Angelo y Marchilli, 2005). Saussure definió la lengua como una parte del lenguaje, un producto social de la facultad del lenguaje, que es exterior al individuo y que por convención social permite a los individuos el ejercicio de esa facultad. Los elementos que componen la lingüística son los signos. Según estos autores, Saussure definió al signo como una entidad psíquica de dos caras unidas, un concepto y una imagen acústica, que no es el sonido material, sino su huella psíquica.



De acuerdo con lo enunciado por Sazbon (1976), Saussure postuló que no hay una relación causal entre ambos, sino que el enlace de la idea y el

sonido es arbitrario y llamó al concepto significado y a la imagen acústica, significante. También sostuvo que entre ambos hay una unión indisoluble, (representada en el esquema por la elipse) como si fueran dos caras de un papel, agregando que el signo no sólo tiene una relación positiva (significación) entre significado y significante, sino también una relación diferencial con los demás signos: un signo es lo que los otros no son. Las flechas aluden a la implicación recíproca entre ambos y la línea horizontal, el vínculo.

Existen también otro tipo de relaciones entre los signos: las llamadas sintagmáticas y las paradigmáticas. Las primeras están fundadas en el carácter lineal de la lengua que impide que se puedan pronunciar dos palabras a la vez y las segundas que tendrían su sede en el cerebro formando conexiones asociativas y que constituirían el tesoro interior de la lengua para cada individuo (Sazbon, 1976).

En consecuencia, Lacan (1957) realiza una notación diferente del signo saussureano:

$$\frac{S}{s}$$

quedando el significante (S) sobre el significado (s) y otorgándole una primacía al significante. Al desaparecer la elipse que garantizaba la unidad del signo y la significación, la barra pasa a ser una barrera resistente a la significación, que separa dos órdenes diferentes del algoritmo. De esta manera, Lacan sostendrá que un significante produce efecto de significado.

En ese orden de ideas, Lacan (1957) sostiene que la estructura del significante es que sea articulado, o sea, que un significante se define por la relación y por la diferencia con otro significante, formando una *cadena significante* que es donde el sentido insiste, pero donde ninguno de ellos es la significación, de esto se desprende la idea de que hay un deslizamiento constante del significado bajo el significante.

De esta manera, Lacan (1957) afirma que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, porque es una estructura de significantes y tiene leyes de funcionamiento como la *metáfora* y la *metonimia*. La primera, llamada condensación en Freud, es la sustitución de un significante por otro que toma su lugar en la cadena significante. La segunda, llamada desplazamiento en Freud, toma una parte para hacer referencia a un todo. Dicho de otra manera, los mecanismos de sustitución y combinación de

significantes que aparecen en el discurso son los mismos mecanismos que describió Freud como los del proceso primario (Lacan, 1960).

Otro concepto fundamental en la teoría de Lacan, es el de *Otro*. Ese otro con mayúscula, que en los grafos de Lacan se representa con una A (en relación a *Autre- Otro* en francés). El Otro es el tesoro del significante y las reglas de su empleo, es un lugar mas que un espacio, es el lugar de la palabra (Lacan, 1960). Es donde el decir es sancionado como dicho, pero hay algo que es muy importante aclarar y es que no se trata de una persona. Si bien, ese lugar puede estar encarnado por alguien, eso no significa que ese alguien sea el Otro.

Miller (1984) agrega que para Lacan, es el Otro de la verdad, ese Otro que es un tercero en todo diálogo porque en el diálogo entre uno y otro siempre esta lo que funciona como referencia, ya sea de acuerdo o desacuerdo, que es también Otro cuyo inconsciente es el discurso, el Otro del deseo. Sostiene que lo que Lacan llama Otro es una dimensión de exterioridad, que tiene una función determinante para el sujeto.

De lo expuesto, se puede establecer que a partir de Lacan, el significante implica que no hay nunca una significación completa, en cualquier dicho, siempre algo va a escapar a la significación. Es en ese sentido, sostienen Carbajal et al (2005) que puede decirse que falta un significante y que esta falta no se puede suturar ya que es insignificabilizable. Según estos autores, esto constituye para Lacan su único descubrimiento, el *objeto a*.

Anteriormente se había dicho que el Otro es el lugar donde se sanciona el mensaje. La primer encarnación del Otro suele ser la madre como función, porque es allí donde el sujeto se encuentra con el significante. (Carbajal et al, 2005). Es ella quien al oír el llanto del bebe lo interpreta como *demanda* y responde a ella. Ya sea que la mama interprete que el bebe tiene hambre o tiene sueño o lo que fuere, esa construcción introduce al niño al campo de la palabra y la demanda. Debido a esto, Lacan (1958) va a sostener que las necesidades del hombre se encuentran enajenadas, por el hecho de hablar, están sujetas a la demanda y a la lectura del Otro. Ese resto enajenado de las necesidades que no puede articularse en la demanda, es lo que aparece en el hombre como el *deseo*, que tiene su causa en el *objeto a*. También afirmó que la demanda no se refiere a las satisfacciones, sino que reclama una presencia

o una ausencia. Mas allá de las particularidades de cada demanda, lo que se reclama es incondicionalidad, es un pedido de amor. Entonces el deseo es la diferencia entre la demanda de amor y la necesidad.

3.3 Antecedentes del Concepto Transferencia.

El concepto Transferencia, introducido por Freud (1983-95) en “Sobre la Psicoterapia de la Histeria” se basa en el *enlace falso*. Delgado (2005a) sostiene que hay solidaridad entre los conceptos desplazamiento, falso enlace y transferencia porque la transferencia en ese texto de Freud esta en relación con el desplazamiento de representaciones inconscientes hacia la persona del analista, y como el desplazamiento se sostiene en asociaciones extrínsecas, también es solidario del falso enlace. Debido a esto, el analista en ese momento no sería más que un representante cualquiera que hace posible el falso enlace.

Freud (1900) retoma los conceptos de falso enlace y transferencia cuando explica la interpretación de los sueños. Allí, basándose en la teoría de las neurosis, sostiene que debido a que una representación inconsciente es incapaz de pasar al preconscious en estado puro, establece un “enlace falso” o conexión con una representación inofensiva preexistente en el preconscious para transferirle su intensidad de manera encubierta.

En el Historial de Dora (Freud, 1901) Freud descubre el valor substancial de la transferencia en la cura psicoanalítica, una vez que la paciente dejó el tratamiento. Considera que la ruptura del mismo se debió a que él no supo dominar a tiempo la transferencia. De esta manera, Freud se da cuenta en la práctica que no hay forma de evitar la transferencia y que, de hecho, es necesaria. Y pasa a definirla como formaciones de pensamiento, en su mayoría inconscientes, que funcionan como reediciones de mociones y fantasías que se despiertan a raíz del análisis con la característica de sustituir una persona anterior por el analista. O sea, que vivencias psíquicas anteriores son revividas como un vínculo actual con el analista.

En 1913, Freud sostiene que el primer objetivo de un tratamiento psicoanalítico consiste en ligar al paciente a la cura y al médico, agregando también que si se le demuestra al paciente un serio interés, se apartan las primeras resistencias y el paciente establece enseguida el enlace por el que puede insertar al analista en alguna de las imágenes de las personas de las que estaba habituado a ser bien visto.

También agrega (Freud, 1913) que la cura psicoanalítica no crea la transferencia, sino que sólo la revela. El psicoanálisis da vida no sólo a transferencias tiernas que contribuyan a la curación, sino a todas las mociones y de esta manera el mecanismo es presentado por el sujeto, pero solo mediante la interpretación del analista puede pasar de ser un obstáculo a un auxiliar poderoso de la cura.

Laurent (1991-1992) sostiene que la transferencia es situada por Freud de entrada como error, debido al falso enlace y que esto da lugar a una sustitución en la cadena de recuerdos, a la que Lacan llamó cadena significante.

Lacan (1951) describe a la transferencia en términos dialécticos que son tomados de Hegel, sosteniendo que aunque la transferencia se manifieste a menudo en forma de afectos fuertes, no consiste en tales emociones, sino en una estructura intersubjetiva. Saldías y Soliz (2008) sostienen que esa definición estructural de la transferencia va a permanecer constante en el resto de la obra de Lacan haciendo hincapié en lo simbólico aunque dejando en claro que también tiene efectos imaginarios.

Lacan (1964-65) pone en el fundamento de la transferencia una función que no existía en la teoría de Freud, la del *sujeto supuesto al saber* que no significa que el analista sepa todo lo que le pasa al paciente, sino que es un efecto de la estructura misma de la situación analítica. El paciente supone que el analista sabe algo de lo que le pasa.

Siguiendo a Lacan, Miller (1984) explica que el analista es el Otro a quien se dirige el significante y al mismo tiempo es quien, retroactivamente, decide acerca de la significación de lo que le es dirigido. Esto es algo que está desde el principio de un análisis, cuando se enuncia la regla fundamental que consiste en decirle al paciente: "diga todo, cualquier cosa, eso siempre querrá

decir algo” esto da garantía al paciente de que no habla en pura pérdida, es por esto que el analista funciona como sujeto que se supone sabe el sentido de lo que el paciente dice.

3.4 Transferencia y Neurosis.

Freud (1916-1917a) Establece una distinción entre las psiconeurosis. Llama a unas neurosis de transferencia y a otras neurosis narcisistas. Dentro del primer grupo se encuentran las histerias, las histerias de angustia y las neurosis obsesivas, ordenadas así por la capacidad de transferir la libido sobre objetos reales o imaginarios a diferencia de las neurosis narcisistas donde la libido esta retirada de estos objetos sobre el yo.

Además de esta concepción nosográfica, Freud (1916- 1917b) nombra neurosis de transferencia a la neurosis artificial, que se da producto de la situación analítica, considera que se podría decir que la enfermedad que se está tratando ya no es la anterior, sino una nueva neurosis, recién creada y que sustituye a la primera. Lo más importante es que a esta nueva versión el analista la ve nacer y crecer y que se encuentra en una posición ventajosa porque es precisamente él quien está en calidad de objeto, en el centro de la misma. De este modo, todos los síntomas del enfermo han abandonado su significado originario y se han incorporado a un sentido nuevo, relacionado con el vínculo con la transferencia.

Delgado (2005b) explica que hay dos tipos de objetos; el objeto total como persona -los objetos prohibidos del Edipo- y el objeto parcial en el ámbito de la pulsión. La pulsión precisa del objeto porque se satisface en su recorrido, entonces el objeto parcial se fija y por eso es que genera las condiciones de repetición para el sujeto. De esto se desprende que el analista al estar en el centro de la neurosis de transferencia, así como ocupa el lugar de objeto de amor, por la serie de los objetos totales, también va a ocupar el lugar de uno de los objetos parciales -oral, anal, la voz, la mirada- el que sea, en que este fijado en la trama infantil.

3.5 Tipos de Transferencia.

Para Freud, no se puede comprender el empleo de la transferencia como resistencia si no se diferencia una transferencia positiva de una negativa. Esta última consiste en la transferencia de sentimientos hostiles, en cambio, la transferencia positiva consiste en sentimientos tiernos que suelen surgir desde el inicio del tratamiento, y durante un tiempo constituyen el más poderoso impulsor del trabajo (Freud, 1916-1917b) esto es posible cuando estos sentimientos son amistosos o tiernos y susceptibles de conciencia.

En cambio, cuando estos sentimientos tiernos, se vuelven tan fuertes que permiten ver que su procedencia se remonta a fuentes eróticas, terminan siendo una resistencia al tratamiento porque la paciente, en lugar de entregarse a la asociación libre, no deja de demandar amor al analista, parece absorta en su enamoramiento y esto es lo que Freud llamó *amor de transferencia*.

Respecto a este amor, Freud (1915) sostiene que es un amor genuino porque tal como en todo enamoramiento, consiste en reediciones de rasgos antiguos y repite acciones infantiles. No obstante lo enunciado, el analista debe entender que el enamoramiento es propio de la situación analítica y no por los atributos de su persona.

En relación a la postura que debería tomar el analista ante una situación así, este autor (1915) considera que la técnica analista impone el mandamiento de realizar la cura en abstinencia. Por un lado, porque corresponder su amor sería una derrota para la cura. La paciente habría logrado repetir en la vida algo que sólo debería recordar. Por otro lado, tampoco podría sofocar ese amor, porque sería como llamar a lo reprimido a la conciencia, sólo para reprimirlo de nuevo.

En ese mismo texto, sostiene también que la transferencia de amor, debería ser retenida, tratada como algo que pertenece a la situación analítica y que debe ser reorientada hacia sus orígenes inconscientes para ayudar a llevar a la conciencia lo más escondido de su vida amorosa.

3.6 Transferencia y Repetición:

Freud (1912) dice que todo ser humano por efecto de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en su infancia, adquiere una forma determinada para el ejercicio de su vida amorosa. Esto sería como un estereotipo -o varios- que se repiten, son reimpresos a lo largo de la vida, en la medida en que las circunstancias externas lo permitan. La transferencia analítica es el momento en el que el analista es capturado por esa carga libidinal y es insertado en esos estereotipos o series psíquicas.

En relación a esto, Freud (1914) establece que en ocasiones el paciente no recuerda nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo, pero sí como acción, lo repite.

Respecto de la relación entre repetición y transferencia, Freud establece que la transferencia es una pieza de repetición, donde lo que se repite es el pasado olvidado transferido a la situación presente con el analista.

En relación a esto, Castro y Katz (2004) sostienen que decir que la transferencia no es repetición es decir que no es sólo eso, pero que algo del orden de la repetición desde el lugar del paciente es necesario para que al repetir con el analista alguna circunstancia, éste lo pueda obligar a tomar otro camino.

En cambio, Leibson (2012a) sostiene que Freud no confunde repetición con transferencia, sino que las considera como dos hilos que en algunos momentos deben trenzarse y tensarse, como para que desde uno de ellos pueda tratarse al otro.

Freud (1916-1917c) sostiene que la pieza decisiva del trabajo se ejecuta cuando en la transferencia, se crean versiones nuevas de un viejo conflicto en las que el paciente querría comportarse como lo hizo en su momento –repetir- y el analista lo obliga a tomar otra decisión. La transferencia, al transformarse en la neurosis de transferencia, como se mencionó anteriormente, pasa a ser el lugar de batalla de todas las fuerzas que se combaten entre sí.

Respecto del término que utiliza Freud, obligar, Castro y Katz (2004) sostienen que si bien se puede leer por el lado de una posición sugestiva del analista, en realidad, a partir de los aportes de Lacan, esto cambió sustancialmente, en el sentido que eso de obligar a que el sujeto cambie su

posición es lo mismo que decir que de lugar a una nueva forma de relación con el Otro. Guiarlo hacia un modo más saludable de relación.

Lacan (1964-65) trabaja sobre distintos tipos de repetición tomando los conceptos aristotélicos de *automatón* y *tyché* que modifican el concepto de transferencia. Considerando automatón como lo que insiste, la insistencia de los significantes y *tyché* como algo que es impredecible lo real de la experiencia, de esta manera separa el concepto de repetición del de transferencia.

3.7 Antecedentes Del Concepto Resistencia:

“Estudios Sobre la Histeria” (Freud, 1893-1895) constituye la primera referencia en la que Freud enumera diversos fenómenos clínicos de resistencia. En ese momento, Freud que había comenzado a trabajar con Breuer con el método de la hipnosis con el objetivo de buscar el ocasionamiento de la histeria, o sea el momento en que el síntoma apareció por primera vez, se da cuenta, que había pacientes que no se podían hipnotizar, entonces comienza a abandonar ese método para comenzar con otro, en donde le pedía a sus pacientes que contaran la primera vez que había aparecido su síntoma, como algunos podían relatarlo y otros no, les pedía que se recuesten y se concentren, pero sin mediar hipnosis.

De esta manera afloraban más recuerdos y fue en ese momento donde Freud (1893-1895) considera que tenía él que superar en el paciente una resistencia, una fuerza psíquica que no permitía el devenir consciente de las representaciones patógenas. Buscando un carácter general para estas representaciones olvidadas, encuentra que se reprimen porque son de carácter penoso y sostiene que una representación inconciliable para el yo, convoca una fuerza de repulsión cuya meta es la defensa frente a la misma. Al prevalecer la defensa, la representación es esforzada fuera de la conciencia y del recuerdo. Entonces, la resistencia que se presenta en el dispositivo analítico, sería la misma fuerza psíquica que produjo el síntoma y que en ese momento impidió el recuerdo. En este contexto podría aproximarse una

definición de dicho mecanismo como un obstáculo al esclarecimiento de los síntomas y a la cura.

Profundizando más el concepto, todo aquello que se opone al avance de la cura analítica, o sea, al acceso al inconsciente constituye un fenómeno de resistencia. Dadas estas circunstancias, el autor (Freud, 1893-1895) considera que el no saber de los histéricos era en realidad, un no querer saber, y que la tarea del analista consistía en superar la resistencia de asociación mediante un trabajo psíquico que, como ya se dijo anteriormente consistía no sólo en insistir al paciente a buscar las huellas de representación buscadas, sino también en el artificio técnico de aplicar presión sobre la frente comprometiendo al paciente a comunicar cualquier recuerdo o pensamiento que le surgiera.

Respecto lo dicho anteriormente, Delgado (2012) sostiene que es central este no querer saber de las neurosis porque el trabajo analítico implica poner a trabajar por parte del sujeto el querer saber.

Freud (1895) sostiene una triple estratificación de la resistencia:

Lineal: que es cronológico y tiene lugar dentro de cada tema singular, o sea, recuerdos de la misma variedad.

Concéntrica: en torno al núcleo patógeno. Son estratos de resistencia, que aumenta en la medida que se acerca al núcleo patógeno.

Según el contenido del pensamiento: es el enlace por hilos lógicos que llegan hasta el núcleo patógeno. Posee carácter dinámico, en oposición a los dos mencionados anteriormente.

Debido a lo expuesto, es que el autor considera que el núcleo patógeno, no puede ser considerado como un cuerpo extraño al que se puede extirpar, sino como una infiltración. Entonces la terapia analítica debería consistir en disolver la resistencia para poder así facilitar la circulación por un camino que antes estaba bloqueado.

Lacan (1953-54) sostiene que la resistencia en el tratamiento analítico corresponde a una inercia que como tal no tiene en si misma la capacidad de resistencia alguna. La resistencia como obstáculo, responde a un esfuerzo. Es quien aplica una fuerza quien genera una resistencia, por esa razón, la resistencia no hay que buscarla en otro lugar mas que en el analista.

3.8 Tipos de resistencia:

A lo largo de su trabajo Freud se encontrará reiteradas veces frente a este mecanismo, no siempre de la misma manera o con la misma presentación clínica. La resistencia puede presentarse como perturbación de la relación del paciente con el analista a través de nuevos obstáculos que se pueden presentar, según una distinción de este autor (Freud, 1895), en tres casos:

Quando la paciente se cree menospreciada o ha escuchado cosas desfavorables sobre el método de tratamiento o el analista.

Quando la paciente siente temor a perder su autonomía frente al analista y caer en dependencia sexual del mismo.

Quando transfiere representaciones penosas sobre la persona del analista que afloran desde el análisis. Esa transferencia se da por enlace falso.

Posteriormente, Freud (1926) dará una nueva clasificación, o bien, una distinción de clases de resistencias de acuerdo a su origen dentro del aparato psíquico:

Provenientes del Yo: a) de represión

b) de transferencia

c) de ganancia secundaria de la enfermedad

Provenientes del ello

Provenientes del superyó

a) De represión es una alteración del yo que se manifiesta por un mecanismo de formación reactiva y se lo ha designado como contrainvestidura. Le sirve al yo para defenderse de lo reprimido que siempre esta intentado salir a la conciencia.

b) De transferencia cuando el yo establece durante el análisis un vínculo con la situación analítica o con la persona del analista, de esta manera reanima una represión que sólo debería ser recordada transformándola en una situación actual o fresca. Se manifiesta como erótica u hostil.

c) De ganancia secundaria por medio de este mecanismo se genera una integración entre el síntoma y el yo, produciéndose una fijación del mismo. Esta

especie de ligazón entre ambos actúa a favor de la resistencia ya que para el paciente es la ventaja que surge de estar enfermo.

Del ello surgen una vez superadas las resistencias yoicas, en ese momento, el proceso de cura se enfrenta a la superación de la compulsión a la repetición que esta ligada al carácter conservador de la pulsión. Este mecanismo según Freud (1926) podría definirse como una resistencia del inconsciente y, a pesar demostrarse como un aparente enlentecimiento en el proceso de cura, constituye un mecanismo de reelaboración.

Del superyó tiene origen en la conciencia de culpa o la necesidad de castigo. De esta manera presenta oposición a todo éxito o posibilidad de cura. Se manifiesta por la reacción terapéutica negativa (Freud, 1923) y este autor sostiene que es el obstáculo más difícil para el restablecimiento del paciente, ya que el mismo no se siente culpable sino enfermo.

3.9 Transferencia y Resistencia:

La relación entre transferencia y resistencia, se establece en lo que ya se mencionó anteriormente (Freud, 1915) como transferencia negativa y transferencia erótica, en donde surge la demanda de amor. Esta demanda, si bien se trata de un amor genuino, es una resistencia al tratamiento. Lo cual no quiere decir que la resistencia crea ese amor, sino que se sirve de él y exagera la forma en que se exterioriza.

Alvarez (2012) postula en su trabajo que existe una diferencia en el tratamiento que le dan Freud y Lacan al concepto transferencia. Por un lado, postula que en Freud se puede advertir una constancia en la noción de transferencia vinculada a la permanente relación que mantiene con la resistencia, la repetición y la sugestión. Y que propone abordarla como un elemento más que produce el inconsciente, a través de la interpretación. Y que gracias a la transferencia puede tratarse lo pulsional refractario a la rememoración, permitiendo que el analista se apodere de lo inconsciente para así operar produciendo un cambio en la economía pulsional. En contraposición a esto, sostiene que Lacan es mas heterogéneo en su conceptualización, porque en un principio, propugna el carácter simbólico de la experiencia

analítica sin dejar de ubicar a la transferencia como un retorno resistencial. Pero años más tarde, ese autor, va a distinguir la transferencia de la repetición cuando desarrolle la transferencia en el presente, hasta proponer el concepto de sujeto supuesto a saber como posibilidad de análisis.

Leibson et al. (2012) afirman que la formulación de la resistencia tiene un carácter paradójico porque si bien es caracterizada como un obstáculo que se opone a la prosecución del trabajo analítico, también señala la dirección en la que ese trabajo debe desarrollarse, convirtiéndose así en un elemento decisivo de la práctica. Es un referente clínico por excelencia.

En otro trabajo Leibson (2012b) continúa estudiando la noción de resistencia y postula que su surgimiento en la práctica analítica es inevitable, porque no es una maniobra voluntaria del yo del paciente, sino algo que está más allá del yo, es algo que se resiste al decir. Entonces, la resistencia ofrece al análisis no una protección para el yo, sino que muestra el lugar donde se localiza lo que no puede ser dicho, que es lo que Lacan llamó objeto a, que causa al sujeto. De esta manera, el autor sostiene que la resistencia hace a lo singular de un análisis, porque la presentación de un obstáculo va a aparecer de forma distinta para cada sujeto. También agregó que el hecho de que la resistencia sea un aliado del analista, o continúe siendo un obstáculo para el tratamiento, va a depender de la destreza del analista para hacer surgir un nuevo sentido a lo que allí se presenta.

En el mismo orden de ideas, Laznik, Iubián y Kligmann (2011) sostienen que fenómenos clínicos como el amor de transferencia y sus formas extremas y la reacción terapéutica negativa dan cuenta de fenómenos psíquicos que no se inscriben en términos de deseo, sino de formas resistenciales de la transferencia, que más allá de su valor de obstáculo, designan el núcleo sobre el que se asentará la experiencia analítica.

3.10 Otros conceptos importantes para el Psicoanálisis.

Intentar definir todos los conceptos importantes del psicoanálisis ya sean los aportados por Freud o por Lacan, sería demasiado extenso a los fines de

este trabajo, pero resulta imprescindible desarrollar dos conceptos que están relacionados con los objetivos enumerados precedentemente.

Uno es el *tiempo* y el otro el *dinero*. Freud (1913) escribe consejos sobre la técnica psicoanalítica enumerando ambos conceptos como puntos importantes a tener en cuenta en el comienzo de la cura analítica.

En relación al tiempo, considera que es necesario asignar determinada hora de trabajo que esta destinada a ese paciente, aunque no la utilice. Esto apunta al hecho de evitar inasistencias ocasionales que podrían funcionar como resistencias al trabajo analítico.

Por otra parte, Lacan (1953-54) sostiene que la duración de una sesión no puede definirse según una temporalidad objetiva, de manera puramente cronometrada. Porque es la puntuación del analista la que da sentido de forma retroactiva al discurso del sujeto y decidir cuando hacer el corte de una sesión funciona como una intervención, por lo tanto, debe adecuarse a la temporalidad de cada sujeto.

El dinero, es otro punto a decidir al comienzo de un tratamiento. Dentro del psicoanálisis, se considera que en la estima del dinero coparticipan factores sexuales y que se trata a ambos asuntos de la misma manera. Sostiene también que la ausencia de pago en un tratamiento psicoanalítico se hace sentir penosamente, ya que la relación transferencial quedaría fuera del mundo real y, además, el paciente perdería un fuerte motivo para alcanzar al fin de la cura.

Leibson et al. (2012) en su investigación analizan el caso de un paciente que estaba realizando un tratamiento gratuito en una institución y al llegar la última sesión institucional solicitó continuar con el tratamiento de manera privada, donde la única variable que se modificaría sería la introducción del pago de honorarios. A la semana siguiente el paciente no acudió a la sesión, comunicándose luego con el analista para decirle que no tiene ese dinero. El tema del dinero había sido central y recurrente a lo largo del tratamiento gratuito, sin que mediara ningún esfuerzo del paciente por modificar la situación que hubiera provocado un cambio de posición del paciente respecto de este asunto. Por tal motivo, los autores infieren que la falta de exigencia de pago le brindaba a ese paciente una excusa para prolongar ese elemento de su

neurosis, y la satisfacción que de ahí obtenía, que se le denegaría si hubiera comenzado a pagar.

En relación a este tema, Lacan (1958) sostiene que el paciente no es el único que debe pagar, el analista también paga: con palabras si tienen efecto de interpretación (táctica), con su persona como soporte a los fenómenos de la transferencia (estrategia) y con lo que hay de esencial en su juicio íntimo (política) ya que los sentimientos del analista sólo tienen un lugar posible y es el del muerto. En ese mismo texto, sostiene que las intervenciones de un analista, no siempre pueden ser clasificadas como interpretaciones, a veces son sólo un decir esclarecedor. Una interpretación, para calificarse como tal, tiene que introducir en la sincronía de los significantes algo que bruscamente haga posible su desciframiento. Esto sería que la intervención para ser considerada interpretación tiene que tener un efecto, o sea, producir algo nuevo.

4. Método.

4.1 Participante.

La participante es una persona de género femenino, en el momento del tratamiento tenía 40 años, se vestía con ropa anticuada, usaba peinado batido y rígido y se encontraba internada desde hacía nueve meses en una clínica psiquiátrica donde ingresó con los siguientes síntomas: hiperexcitación psicomotriz con ideas delirantes y confusión espacio temporal, presentando sintomatología epileptoide. El diagnóstico presuntivo era esquizofrenia.

Su terapeuta designado sale de licencia anual y solicita a otro profesional que lo reemplace. Al cabo de dos entrevistas, la paciente debía volver a su habitual Psicólogo, en ese momento, la paciente solicita seguir siendo tratada por el nuevo licenciado.

Durante sus entrevistas, la paciente relató que se había “rayado” por Alberto, que era un hombre que ella conoció hacía más de 20 años, que eran compañeros en la secundaria y que desde entonces estaba enamorada de él, que habían salido un tiempo pero se separaron porque ella no quería tener relaciones con él. Luego no lo volvió a ver hasta después de 20 años, momento

en el cual se volvieron a encontrar y volvieron a salir a pesar que el le había dicho que tenía otra mujer. Cuenta que la noche anterior a su internación, ella había estado con Alberto y habían tenido relaciones, que cuando se produjo el episodio de su internación, ella se había empezado a poner mal porque él le había dicho que la iba a llamar al día siguiente y no lo hacía, en ese momento, sin saber por qué comenzó a pensar que Alberto tenía sífilis y que la había contagiado, con lo cual entró en pánico porque pensó que iba a terminar como su padre. Dice que luego de eso no recuerda mas nada, y que finalmente terminó internada.

4.2 Instrumentos.

Se utilizaron como instrumentos el análisis de la historia clínica del paciente y entrevistas semi-dirigidas al psicólogo que tuvo a cargo el caso con el objetivo de poder completar la información.

4.3 Procedimiento.

Para poder llevar a cabo el presente trabajo, se procedió a la lectura y posterior análisis de la historia clínica del paciente, completando la información con entrevistas al psicólogo que tuvo a cargo el caso.

Se realizaron también entrevistas con el profesor tutor para consulta sobre el material bibliográfico con el que se articuló el caso.

4.4 Tipo de estudio y diseño:

Se realizó un trabajo descriptivo de caso único.

Diseño no experimental.

5. Desarrollo.

5.1 Presentación del caso.

La paciente contó que la muerte de su padre se produjo por haber contraído sífilis, cuando ella tenía 20 años. Dice que el desarrollo de la enfermedad duró unos 10 años durante los cuales, ella permaneció a su lado atendiéndolo y cuidándolo hasta en los últimos tiempos en los cuales dada su parálisis general progresiva, también se ocupaba de su higiene. Relató que con su madre no podía contar porque a partir de la enfermedad de su padre, solía desmayarse y descomponerse con frecuencia presentando también episodios de mareos y náuseas sin tener causa orgánica aparente.

De su madre comentó que vivía para ellas (ella y su hermana), que dedicó toda su vida a criarlas y cuidarlas, que siempre les inculcó una conducta intachable, les decía que una verdadera mujer era la que llegaba virgen al altar. También dijo que el padre tenía a la madre como a una reina, que dependía de él para todo, de manera tal que cuando él murió, empezó a depender de ella. Dijo que las tareas que antes hacía el padre, las empezó a realizar ella hasta ese momento.

De su hermana mayor dijo que era muy decidida, que ella organizaba y dirigía todo, hasta los paseos que la paciente y su madre hacían los fines de semana.

Fueron reiteradas sus quejas sobre su condición de mujer, decía que ella tendría que haber nacido hombre y en otra época, en el 1800 o 1900. Que en su casa ella hacía las tareas de un hombre, que ayudaba a su padre a arreglar el auto o algo de la casa, que se parecía mucho a él.

5.2 Analizar el tipo de transferencia que se presenta en el caso.

Las primeras entrevistas se dieron mientras la paciente estaba internada y, un poco producto de la medicación psiquiátrica, se presentaba con un aspecto rígido, caminaba con paso corto, juntaba las manos a la altura de los genitales y allí fijaba su vista. Llegaba al consultorio de la clínica, se sentaba con su cabeza gacha y así permanecía hasta el final de sesión. Prácticamente no respondía las preguntas.

Transcurridas las tres primeras entrevistas, ni bien se sienta y adopta la mencionada posición, el analista le pregunta qué es lo que tiene ahí entre la manos, la paciente sorprendida le dice que nada y le pregunta por qué, a lo que el analista responde porque siempre las lleva de la misma forma.

De esta forma, quebró el silencio y la posición que sostenía la paciente. Una posición acorde a la escena de la clínica psiquiátrica y a su diagnóstico de esquizofrenia. Como consecuencia de esto, el analista decidió combinar con el psiquiatra que la medicaba, un retiro gradual de la medicación antipsicótica a los efectos de ir observando si se ratificaba o rectificaba su diagnóstico.

Desenmascarado el cuadro y sin quedarle dudas de que no se trataba de una esquizofrenia, el analista resuelve darle el alta de la internación y continuar su tratamiento en el consultorio a través de su obra social.

Al pasar las primeras entrevistas sin lograr que la paciente responda las preguntas, el analista hace una sencilla intervención ¿Qué tiene ahí entre las manos? De esta forma logra quebrar el silencio y la postura de la paciente y ligarla al tratamiento y a la persona del analista (Freud, 1913), lo cual da comienzo a una transferencia positiva que posibilita el trabajo (Freud, 1916-17b) o en términos de Lacan (1964) la instalación del Sujeto Supuesto al Saber. Es necesario para esto, recordar que la paciente antes era tratada por otro profesional que había salido de vacaciones y que fue ella quien decidió el cambio de profesional de forma permanente.

Durante las primeras entrevistas, describe su historia, diciendo que la vida a ella no la trataba bien. En una de las sesiones en la que comenzó a quejarse de maltrato que, a veces, su madre le dispensaba a su padre, especialmente durante los últimos períodos de su enfermedad (tenía sífilis), sorpresivamente comienza a angustiarse y hace un ataque que se inicia con un fuerte temblor, su cuerpo se arquea hacia atrás junto con su cabeza y sus ojos se ponen en blanco.

Lentamente comienza a relajarse, invierte el arqueado de su cuerpo y culmina en posición fetal. La actitud del analista fue, en esa oportunidad, asistirle y darle un vaso de agua. Estos ataques se repitieron en diferentes oportunidades manteniendo una característica; siempre sucedieron al finalizar la sesión y nunca hubo pérdida de conocimiento por parte de la paciente. Al consultar al analista acerca de estos ataques, afirmó que la paciente no sufría

de epilepsia, y que las características de los ataques eran propias del ataque histérico (Breuer y Freud, 1893-95) porque la siempre que los tenía eran en el sillón, sin lastimarse ni morderse la lengua y se recuperaba rápidamente de los mismos, e incluso había llegado a anunciar uno de los ataques.

Este hecho provocó que la paciente permanezca muchas veces el tiempo de dos entrevistas, con lo cual, en los momentos en los que no tenía ataques, se negaba sistemáticamente a abandonar el consultorio llegando incluso a hacer una convulsión en la puerta de salida del departamento.

El inicio de los ataques histéricos al finalizar las sesiones, dio comienzo a una repetición (Freud, 1914; 1916) que se sostendrá durante algún tiempo. De estos ataques se puede deducir una resistencia en forma de ganancia secundaria de la enfermedad (Freud, 1926) porque la paciente a través de estos ataques logra permanecer muchas veces el tiempo de dos entrevistas.

En una sesión en la que estaba describiendo las razones por las cuales había empezado a suponer que Alberto podía ser homosexual comenzó a temblar nuevamente y le pidió un vaso de agua. Su temblor se incrementó y al grito de “Encima es homosexual el muy hijo de puta!!!” Arrojó el vaso y su contenido con violencia contra la pared del consultorio y comenzó un nuevo ataque. Sorprendido por semejante reacción, lo único que el analista atinó a hacer fue levantarse del sillón, ir a buscar la escoba, la palita, el lampazo y disponerse a limpiar las consecuencias de su ataque.

A la sesión siguiente va muy avergonzada y relata un recuerdo que le apareció apenas salió del consultorio en la sesión anterior. Recordó una fantasía de muchísima excitación con la cual solía masturbarse en su adolescencia. Ella era una condesa que vivía en un enorme palacio rodeado de jardines, por las tardes de primavera ella solía pasear por el jardín y dirigirse a las caballerizas, una vez estando adentro, la sorprende un palafrenero quien la seduce y le hace el amor con violencia.

Cuando la paciente arroja el vaso contra la pared del consultorio y el analista recoge los restos del piso, despierta en la paciente por falso enlace (Freud, 1893-95) el recuerdo de su fantasía erótica olvidada, lo que da cuenta de la solidaridad entre los conceptos de falso enlace, desplazamiento y transferencia que sostiene Delgado (2005). **El analista pasa a ocupar el lugar de(¿)** De esta manera se puede observar claramente como se manifiesta la

repetición en transferencia, de acuerdo con Freud (1914) el paciente muchas veces no recuerda de manera verbal, sino que actúa, lo reproduce como acción (Freud, 1912, 1914) Castro y Katz (2004). A partir de ese momento, la transferencia mudó de positiva a una transferencia erótica (Freud, 1915).

5.3 Analizar la transferencia erótica como resistencia al tratamiento.

A partir de esa sesión, y durante las siguientes, la paciente describiría sus fantasías eróticas con el analista. Le contaba que había pasado todo el fin de semana masturbándose con él, que pensaba todo el tiempo en él y que se excitaba mucho, más que pensando en Alberto y que en ese momento él ocupaba el lugar que antes ocupaba Alberto. Le decía que no sabía si iba a seguir asistiendo al tratamiento porque le hacía muy mal, porque de pronto le daban ganas de besarlo y abrazarlo, que ella sabía que eso no podía ser, pero que ella siempre se enamoraba de lo imposible.

Tras los relatos de la paciente sobre sus fantasías con el analista, la paciente dice que el analista ocupaba el lugar que antes ocupaba Alberto. De acuerdo con Freud (1916-17a) y Delgado (2005b) en estos momentos el analista está en el centro de la neurosis de transferencia en el lugar de objeto de amor.

Durante el tiempo en que la paciente se mantuvo en esa vertiente erótica de la transferencia, de lo único que hablaba era de sus fantasías con el analista, de esa forma la transferencia funciona como resistencia ya que el análisis no progresa. En términos de Freud (1915), no se puede negar que este amor es genuino, pero al funcionar como resistencia, se exagera en su exteriorización. Este es el carácter paradójico de la transferencia, en un principio cuando es positiva funciona como motor de la cura, pero cuando se torna en erótica, funciona como obstáculo. Cuando Lacan (1953-54) sostiene que la resistencia es del analista, lo dice en relación a que es el analista el que aplica una fuerza que va a ser la que genere la resistencia en el paciente. Se puede establecer que la acción del analista que generó el recuerdo de la fantasía erótica de la paciente fue, aunque sin querer, lo que tornó la transferencia

positiva en una resistencia ya que el analista en ese momento, deja de ocupar el lugar de analista, según Lacan (1958) el del muerto, para ubicarse como sujeto. Leibson et al (2012) y Laznik, Iubián y Kligmann (2011) sostendrán que aún cuando la transferencia aparezca como un obstáculo, marca el núcleo en el que se asentará la experiencia analítica.

5.4 Describir y analizar las distintas intervenciones del analista en relación a la resistencia.

La primera intervención que hace el analista respecto de la resistencia, se da durante las primeras sesiones, cuando la paciente casi no hablaba y él le pregunta que es lo que sostiene entre las manos. Esa intervención, logró quebrar el silencio de la paciente y el establecimiento de la transferencia (Freud, 1916).

Durante la vertiente erótica, la paciente comenzó a negarse a ir del consultorio. La situación era complicada, ya que si el analista le exigía que se fuera generalmente le agarraba uno de sus ataques. Debido a esto, el analista optó por levantarse e irse él y dejarla sola en el diván mientras permanecía en la cocina del consultorio, como forma de dar un corte a la sesión que no podía dar con el sólo hecho de decirle a la paciente que se retire porque la sesión había terminado. Estos intentos frustrados de cortar con esa repetición, no pueden llamarse intervenciones porque en términos de Lacan (1958) para que una maniobra se pueda denominar intervención debe producir un efecto. Esto fue así, hasta que en una sesión, la paciente lo llama diciéndole “venga que le pago” y ahí el analista logra recuperar su lugar.

A la sesión siguiente comenzó otra vez con el relato de sus fantasías con el analista, comenzando a llorar amargamente, en ese momento el analista interrumpió y le ordenó que le pague la sesión. La paciente reaccionó indignada preguntando si no veía que estaba llorando, a lo que el analista respondió que le pague y luego siga llorando. Esta indignación de la paciente se debe a la frustración de la demanda que como ya se explicó, en términos de Lacan (1958) siempre es demanda de amor. La paciente le pidió que le alcance la cartera así le pagaba, a lo que el analista respondió que se levante y le pague con lo cual vuelve a frustrar la demanda. La paciente, más indignada

todavía, le paga y cuando se disponía a volver al diván, el analista corta la sesión. De esta manera, el analista intenta remarcar la situación analítica que esta dada entre analista y analizado mediando un pago por el tiempo del que dispone relacionado con lo que Freud (1915) sostiene de realizar la cura en abstinencia, el profesional no puede bajo ninguna circunstancia dar lugar a la demanda de amor de la paciente.

A la sesión siguiente, el analista establece el pago al inicio de la sesión. Al finalizar esa sesión se reitera su negativa a irse, y la paciente le anuncia que si continúa insistiendo le va a agarrar un ataque.

El analista insiste, y le agarra el ataque. En ese momento, el analista toma el teléfono y comienza a marcar un número cualquiera. La paciente le pregunta que está haciendo incorporándose en el diván y manteniendo el tono dramático de la escena, a lo que el analista respondió que está llamando al SAME. La paciente angustiada le pregunta si la van a internar nuevamente, y el analista respondió que no le quedaba otra alternativa pues estaba teniendo otro ataque. Ante esta respuesta, la paciente le dice que no llame, que va a intentar calmarse, al tiempo que intenta incorporarse. El analista colgó el teléfono recordándole que ese ataque lo había anunciado, y que eso quería decir algo, que ya era momento de ponerlo en palabras. La paciente insiste aduciendo que no puede, y el analista le responde que él cree que sí y que ella también. A partir de ahí cesaron los ataques definitivamente hasta que en una sesión posterior hablando de la convalecencia y muerte de su padre, comenzó a llorar y comentó que era la primera vez que podía llorar la muerte de su padre sin ponerse a temblar.

Esta nueva intervención puede considerarse una interpretación (Lacan, 1958) ya que sorprendió a la paciente, y permitió cortar con esa repetición, logrando instalar nuevamente la transferencia positiva y que la paciente pueda poner en palabras lo que antes actuaba. El analista pudo así, maniobrar la transferencia, de manera tal que de lo que resistía, surgiera un nuevo sentido (Leibson, 2012b) (Freud, 1916-17 c). Por otra parte, el anuncio del ataque por parte de la paciente, puede interpretarse como lo que Lacan (1963-64) denominó tyché, lo impredecible de la experiencia, ya que la paciente realizó ese anuncio sin darse cuenta, pero ese dato fue lo que posibilitó la interpretación del analista que dio lugar a algo nuevo.

Si bien los ataques desaparecieron, lo que no desapareció fueron las maniobras al finalizar cada sesión. La paciente comenzó a pedir un vaso de agua en forma sistemática, iniciando esa nueva modalidad con el siguiente comentario: “no se preocupe que no se lo voy a romper”. El analista dejó transcurrir tres sesiones de ese modo, hasta llegar a fin de mes donde iban a hacer un ajuste en los honorarios.

Analista: Tenemos que hablar de los honorarios, van a tener un incremento pero antes quisiera saber si va a ser con vaso de agua o sin vaso de agua.

La paciente sorprendida dice: no entiendo... ¿no me diga que me va a cobrar el vaso de agua?

Analista: Si, es otro importe. Con vaso de agua es un 10 por ciento más.

Indignada, la paciente dijo que lo iba a pensar y al final pidió un vaso con agua abonándolo previamente. De ese modo concluyó esa modalidad.

Esa nueva intervención del analista, el cobro del vaso de agua, corta la demanda de la paciente que, como se dijo precedentemente, es una demanda de amor (Lacan, 1958). Al poner el dinero de por medio, el analista remarcó el encuadre (Freud, 1915) y la paciente ya no encontró satisfacción en esa repetición.

6. Conclusiones.

6.1 Limitaciones y fallas:

La residencia se realizó con plena colaboración de todos los miembros de la institución. No se encontraron limitaciones por parte de la misma para la realización del presente trabajo.

Las limitaciones que se presentaron están en relación con la temática elegida, ya que son pocos los artículos científicos actuales que tratan este tema. Si bien transferencia y resistencia son conceptos muy desarrollados en Psicoanálisis, los artículos científicos revisados son pocos.

El hecho de no presenciar las entrevistas resultó una limitación que no se puede modificar por responder a una cuestión de encuadre, aunque merece

ser señalada debido a que acota el desarrollo del trabajo al recorte que realizó el profesional en su momento. Esta limitación no pudo ser resarcida con las entrevistas semidirigidas, porque no lograron dar un marco más amplio sobre el caso, sólo respondieron a dudas surgidas del recorte del mismo con lo cual, mucha información que podría haber sido importante a la hora de desarrollar el tema se perdió. Para citar algunos ejemplos: no se pudo entrevistar al primer psicólogo de la paciente, para consultar en que se basó al hacer el diagnóstico de esquizofrenia y cómo fueron sus sesiones con la paciente lo que permitiría poder realizar un análisis más completo del caso. Otro ejemplo es que de acuerdo al recorte del analista la paciente siempre realizaba los ataques al finalizar la sesión, de lo cual se extrajo que se debían a que ella no quería abandonar el consultorio. Pero durante el desarrollo surgió la pregunta de si en verdad respondía sólo a ese motivo, o si se daban cuando estaban hablando de algún tema en particular. Como el caso no era actual al momento de hacer la residencia, sino que databa de un año anterior, no fue posible despejar la duda ya que el analista sólo había notado relación con el corte de sesión y no recordaba aspectos tan específicos.

6.2 Aporte personal y perspectiva crítica:

El objetivo del presente trabajo fue analizar la transferencia y las resistencias que se pueden dar en un caso de tratamiento psicoanalítico y las intervenciones del analista en relación a las mismas.

Este es un caso en el que se aprecia de manera muy clara la ambigüedad del concepto de transferencia, en su vertiente motor y en su vertiente resistencial.

Se puede considerar, en este caso, que el hecho de que el analista se ponga a barrer los destrozos de la paciente cuando rompe el vaso, lo saca de su posición de analista, para pasar a ser un hombre. Esto fue fundamental para el desencadenamiento de la transferencia erótica en la paciente, que se continúa a lo largo de varias sesiones intentando la paciente en ellas que el analista responda a esa demanda de amor.

Desencadenada la transferencia erótica, el analista intenta a través de diferentes maniobras (corte de sesión, retirarse del consultorio, llamar al SAME) volver a ocupar su lugar de analista- siguiendo a Lacan- lugar del muerto. La abstinencia en análisis no consiste en negar absolutamente todo, sino en abstenerse de responder al amor que reclama el paciente, de sugestionarlo y de educarlo, dejar de lado los propios ideales para poder llevar adelante la dirección de la cura.

Desde lo personal, yo hubiera esperado que la paciente se retire para ponerme a limpiar y no sólo porque es lo que provocó el desencadenamiento de la transferencia erótica, ya que era imposible de prever las consecuencias que eso podía traer, sino porque no me parece apropiado para una sesión de análisis. De más esta decir, que es imposible calcular cómo hubiera transcurrido el caso, de haber tomado esa decisión el analista.

A partir de lo analizado, se desprende que no hay posibilidad para el analista de no intervenir, porque el hecho mismo de su presencia ya es una intervención. Con lo cual, cualquier cosa que el analista haga o no, diga o no también van a ser intervenciones. Es por este motivo, que no siempre son afortunadas, muchas veces tienen en la transferencia efectos tales, que pueden mudar una transferencia motor en una resistencia, tomando al analista por sorpresa como ocurrió en este caso.

Además, como sostiene Leibson (2012) la resistencia hace a lo singular de cada análisis de modo que la forma en que aparezca un obstáculo en un tratamiento va a ser propia de cada sujeto así como también las intervenciones que realice el analista van a estar dirigidas de acuerdo a la subjetividad del paciente con quien se esta tratando.

De lo dicho anteriormente, se puede afirmar que no hay formas que puedan preestablecerse respecto de la dirección de la cura. Para cada paciente hay una intervención que sólo puede ser considerada efectiva o no a posteriori.

Durante el desarrollo de la investigación llevada a cabo para este trabajo, se pudo observar no sólo que la transferencia erótica es un tema poco estudiado, sino que la transferencia erótica homosexual casi no existe en la bibliografía. Pareciera que es exclusividad de las pacientes femeninas con analistas masculinos. Dado que no es así, sería conveniente para el desarrollo de investigaciones posteriores ver que ocurre en la transferencia erótica

cuando se trata de pacientes femeninos- analistas femeninos, pacientes masculinos- analistas masculinos y pacientes masculinos- analistas femeninos.

7. Bibliografía.

- Alvarez, I. (2012). La transferencia: un recorrido en la obra de Freud y Lacan. En: *Memorias IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. (pp. 58-61) Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <https://app.box.com/s/xxzbin1uiezlnl8pejq>
- Carbajal, E., Marchilli, A. y D' Angelo, R. (2005/ 2010) *Una introducción a Lacan*. Buenos Aires. Lugar Editorial s.a.
- Castro, E. & Katz, E. (2004). *El uso analítico de la transferencia*. Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.nuevo-centro.com.ar/blog/2008/10/el-uso-analiticoclase-8/>
- Delgado, O (2005). *La subversión Freudiana y sus consecuencias*. Buenos Aires: JVE.
- Delgado, O. (2012). *Lecturas Freudianas 1*. Buenos Aires: UNSAM.
- Freud, S. (1893-1895/ 2006). Estudios sobre la histeria. Capítulo I Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos: comunicación preliminar. En: *Obras completas* Vol. II. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1893-1895/ 2006) Estudios sobre la histeria. Capítulo IV Sobre la Psicoterapia de la histeria. En: *Obras completas* Vol. II. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1896/ 2004) Manuscrito K: Las neurosis de defensa. (Un cuento de Navidad). En: *Obras completas* Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1900/ 2004) La interpretación de los sueños. En: *Obras completas*. Vol. VI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1912/ 2005) Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras Completas*. Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1913/ 2005) Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I). En *Obras completas*. Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914/ 2005). Recordar, repetir, reelaborar. En: *Obras completas*. Vol. XII Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915/ 2005) Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. En: *Obras Completas*. Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916-1917a/ 2005). Conferencia 19. En: *Obras completas* Vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916-1917b/ 2005). Conferencia 27. En: *Obras completas* Vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916-1917c/ 2005). Conferencia 28. En: *Obras completas* Vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923/ 2004). El yo y el ello. Capítulo V: Los vasallajes del yo. En: *Obras completas* Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923/ 2004). Dos Artículos de enciclopedia: Psicoanálisis y teoría de la libido. Parte I: Psicoanálisis. En: *Obras completas* Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926/ 2004). Inhibición, síntoma y angustia. Capítulo XI: Addenda. En: *Obras completas* Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacan, J. (1951/ 1984) Intervención sobre la transferencia. En *Escritos* Vol. I. Argentina: Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1953-54/ 1997) El yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica. En *El Seminario*, Libro 2. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1953/ 1984) Función y campo de la palabra y del lenguaje en Psicoanálisis. En *Escritos* Vol. I. Argentina: Siglo XXI Editores.

- Lacan, J. (1957/ 1984) La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. En *Escritos* Vol. I. Argentina: Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1958/ 1975) La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos* Vol. II. México: Siglo XXI Editores
- Lacan, J. (1960/ 1975) Subversión del sujeto y la dialéctica del deseo. En *Escritos*, Vol. II. México: Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1964-1965/ 2001) Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. En: *El Seminario*, Libro XI. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (1991-1992/ 2009) *Entre transferencia y repetición*. Caracas, Venezuela: Pomaire.
- Laznik, D., Lubian, E. & Kligmann, L. (2011) Fundamentos y límites de la primera tópica freudiana. *Anuario de investigaciones*. 18, pp 77-80
Recuperado de:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862011000100060
- Leibson, L. (2012b) Algunas consideraciones acerca de la noción de resistencia en la práctica analítica. *Anuario de investigaciones*. 19 (2), pp 77- 82.
Recuperado de:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862012000200012
- Leibson, L. (2012) Repetir, resistir, interpretar. En: *Memorias IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. (pp. 411- 414) Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de:
<https://app.box.com/s/xxzbin1uiezlnl8pejq>
- Leibson, L. et al. (2012a) Variantes de la resistencia en el curso de tratamientos psicoanalíticos en instituciones. *Anuario de investigaciones*. 19 (2), 83-89.
Recuperado de:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862012000200013&lng=es&nrm=iso. ISSN 1851-1686.

Magan de Cid, I. (2004) *La transferencia*. Buenos Aires: Longseller.

Miller, J. (1981/1984) *Recorrido de Lacan, 8 conferencias*. Clase: La transferencia de Freud a Lacan. Buenos Aires: Manantial.

Sadías, P. & Soliz, D. (2008) Un caso de transferencia (Enfoque sicoanalítico).

Ajayu. 6 (1), 80-95. Recuperado de:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612008000100005&script=sci_arttext

Sazbon, J. (1976/ 1996) *Saussure y los fundamentos de la lingüística*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.