

El problema de la transferencia

Relato teórico por Daniel Lagache⁽¹⁾

Primera parte

Historia de la teoría de la transferencia

INTRODUCCIÓN

Para relatar la teoría de la transferencia, nos ha parecido cómodo y aún necesario, antes de esbozar una síntesis teórica, poner a disposición de los miembros de la Conferencia los elementos de una historia que se extiende sobre casi sesenta años, tomando como punto de partida la fecha de la primera publicación donde la palabra “transferencia”, con el significado que le dan los psicoanalistas, ha sido usada (1895). Además, el planteo de los problemas surge de su historia, y la elaboración del movimiento de las ideas proporciona aclaraciones. Aunque historia difícil de reconstruir, y no se pretende haber salvado los peligros de lagunas ó errores en la perspectiva. La literatura sobre la transferencia es inagotable, ya que la transferencia está en todas partes en el psicoanálisis; y sin embargo podíamos decir que no está en ninguna: si la literatura técnica es poco abundante, la literatura sobre la transferencia es pobre; aún son pocos los títulos que hacen uso explícito del término transferencia. En medio de esas dificultades, hemos encontrado guías, aparte de las obras de Freud, en la historia de la técnica a partir de 1925 relatada por Fenichel en sus Problemas de Técnica Psicoanalítica (1941) y en las partes

¹ Presentado en la XIV Conferencia de Psicoanalistas de lengua francesa. París, 1º de noviembre de 1951. Publicado en la Revue française *Psycho-analyse*, Tomo XVI, Nos. 1-2.

históricas del trabajo que Ida Macalpine ha consagrado recientemente al desarrollo de la transferencia (1950). La confrontación con lecturas y conversaciones nos da la impresión, ilusoria quizá, que esta parte de nuestro relato no ha dejado de lado ningún aspecto esencial del problema. Huelga decir que hemos tratado de la clínica y de la técnica únicamente con el enfoque del problema teórico cuyo estudio nos había sido encargado.

I. LA TRANSFERENCIA EN EL MÉTODO CATÁRTICO (BREUER) Y EN EL ANÁLISIS CATÁRTICO DE LOS SÍNTOMAS (FREUD) (1882-1895)

Toda psicoterapia descansa en la relación del paciente y del terapeuta. Por lo tanto, un estudio histórico de la transferencia tenía que remontarse hasta los orígenes de la psicoterapia. La experiencia enseña que tales investigaciones son a menudo divertidas más que provechosas. Evidentemente, la teoría de la hipnosis y de la sugestión, en tanto que está subordinada al desarrollo del concepto de transferencia, no fue aclarada hasta que el psicoanálisis adelantó lo suficiente en esa dirección. Bastará, pues, para nuestro propósito, y será de mucho provecho, remontarse a la época pre - psicoanalítica en que el análisis catártico de los síntomas por Freud sucedió al método catártico de Breuer.

Leyendo la descripción más sencilla del método catártico, aparece que los síntomas podían suprimirse retrotrayendo al paciente al estado psíquico en el cual había surgido cada uno de ellos por vez primera: “En este estado, dice Freud, surgen en la mente del paciente recuerdos, ideas e impulsos, ausentes hasta entonces de su conciencia; una vez que el sujeto los comunicaba al médico, entre intensas manifestaciones afectivas, quedaban vencidos los síntomas y evitaba su reaparición”. (1904, pág. 57, T. XIV). La repetición de una vivencia anterior es, literalmente, un punto común del método catártico y de la transferencia psicoanalítica; la polaridad de la vivencia y del recuerdo, del afecto y del intelecto, tema principal de la historia de la técnica psicoanalítica, está ya en la catarsis ⁽²⁾. Pero Breuer no había descubierto las conexiones de

² Hablando de los orígenes del psicoanálisis, Freud escribe: “Su primera fase fue la catarsis de Breuer, la concentración directa sobre los acontecimientos que habían excitado la formación de los síntomas, y esfuerzos persistentes, según ese principio, para conseguir la reproducción de los procesos psíquicos de aquella situación inicial, para conseguir su derivación Por medio de la actividad consciente. “Pero Freud agrega más adelante: La evocación de los recuerdos no suscitaba grandes dificultades en el tratamiento hipnótico primitivo. El paciente se transfería a una situación anterior, *que no parecía confundir nunca con*

esta repetición y de la relación paciente - médico. Así como Freud lo ha explicado más tarde, Breuer disponía, para el restablecimiento de los enfermos, de un intenso “rapport” sugestivo; frente a este “amor de transferencia”, ha retrocedido como frente a un acontecimiento indeseable (1914, pág. 147, T. XIV. 1925, pág. 107, T. XII).

En 1895, Freud ya se había apartado de Breuer por el papel que atribuía a la sexualidad en la patogenia de las neurosis. Había renunciado a la hipnosis, que no siempre se podía aplicar, y utilizaba la sugestión, que ayudaba con la imposición de las manos sobre la frente del paciente, o la presión de la cabeza, estando el paciente recostado sobre un diván; los síntomas constituían el punto de partida de las asociaciones. Mas que cualquier otro texto, el admirable capítulo IV consagrado por Freud, en los Estudios sobre la Histeria, a la “Psicoterapia de la Histeria”, nos convence que el genio de Freud consistió en convertir a las dificultades en instrumentos. Toda dificultad, todo fracaso, fueron puntos de partida de una investigación psicológica y de una innovación técnica. De ser todos los pacientes hipnotizables, no hubiera existido el psicoanálisis; y en este sentido, se puede sostener que el psicoanálisis ha nacido de la resistencia y de los efectos negativos de la transferencia.

En “La Histeria”, la experiencia psicoterápica y la profundidad del pensamiento de Freud son considerables. Un comentario detallado mostraría la intervención casi constante, aunque latente, de la transferencia. Aún limitándose a los textos más significativos, se comprueba que ya en aquella época la metapsicología del tratamiento está alcanzada en gran parte. El análisis catártico no consiste en extirpar algo; provoca un ablandamiento de la resistencia, es decir, de la defensa del Yo, abriendo en esta forma un camino hacia un terreno que había quedado cerrado (p. 183) ; la idea del fortalecimiento del Yo está expresada claramente, aunque incidentalmente (p. 155). La importancia de la relación paciente - médico aparece ya con claridad: en muchos casos, la autoridad personal del médico puede bastar para romper la resistencia (p. 172) ; Freud recalca la importancia de lo que fue llamado más tarde contra - transferencia positiva, así como de las disposiciones amistosas u hostiles del paciente (p. 156) ; entre los factores que permiten superar la resistencia, señala el interés intelectual que se despierta y crece en el curso del

la actual, etc.”. (Subrayado del autor. Freud 1914, pp. 139-140. T. XIV).

tratamiento (pág. 171. T.X.). Son todavía observaciones superficiales, y por así decirlo, de sentido común. No así en la idea que expone en la página 159; llega aquí a esa idea profunda, y muy relacionada con la transferencia: tenía que superar una fuerza psíquica, que, en el paciente, se oponía al reconocimiento consciente de la representación patógena: “Esta energía psíquica debía ser la misma que había contribuido a la génesis de los síntomas histéricos, impidiendo entonces la percatación consciente de la representación patógena”; Freud muestra a continuación que esta fuerza psíquica no es sino la defensa del Yo contra representaciones de naturaleza penosa, apropiadas para despertar afectos displacientes, tales como la vergüenza, el remordimiento, el dolor psíquico, el sentimiento de la injusticia. Esta hipótesis se puede cotejar con un descubrimiento que Freud describe más adelante, en las páginas 184 - 185: en cuanto entramos en aquella región de la organización patógena que contiene la etiología del síntoma, el síntoma “interviene” en la situación, es decir, aparece de nuevo o se intensifica y acompaña, así, la labor analítica, con oscilaciones características, muy instructivas para el médico; dando el ejemplo de las náuseas histéricas, Freud escribe: “Recibimos una impresión plástica de que el “vómito” sustituye a una acción psíquica (la expresión verbal) como lo afirma la teoría de la conversión”.

Hoy en día, aparece con claridad que estas observaciones y estas ideas atañen a la teoría de la transferencia. Pero Freud no menciona específicamente la transferencia sino al final de la “Psicoterapia de la Histeria”, y no da todavía a ese concepto la amplitud que cobrará después. Son los fracasos del análisis catártico y de la sugestión acompañada por la presión sobre la frente que lo llevan a cuestionar específicamente las perturbaciones en la relación paciente - médico. En efecto, el método y el procedimiento no tenían constancia: ora, el paciente no tenía nada para evocar, y lo comprobaba su tranquilidad; ora, se presentaba una resistencia, como lo mostraba la tensión del paciente; en fin, en un tercer caso, el peor, se trataba de una perturbación en la relación del paciente y del médico. Ahora, Freud tenía plena consciencia, ya lo hemos visto, de la importancia de una buena relación personal entre el paciente y el médico: la colaboración del paciente implica un sacrificio personal, especialmente cuando se trata de mujeres y de contenidos eróticos; este sacrificio tiene que ser compensado por algún equivalente del amor, y para eso deben bastar los esfuerzos, la paciencia y la benevolencia del médico. Si esta relación está

perturbada, cuando el médico pide informes sobre la idea patógena que se presenta después, el paciente tiene que vérselas con el mal humor que vino acumulando en contra del médico. Por lo que Freud sabe en aquel entonces, el caso se puede dar en tres situaciones.

En el primer caso, se trata de reacciones persecutorias, cuando el paciente siente su auto - estimación amenazada, o que ha oído comentarios desfavorables sobre el médico; Freud recalca la propensión de los histéricos a tales reacciones; sin embargo, una discusión basta para salvar este obstáculo, que es el menos serio.

En el segundo caso, la paciente teme volverse dependiente del médico, aún sexualmente. La paciente tiene entonces un nuevo motivo de resistencia, que se manifiesta frente a todos los recursos del tratamiento. Cuando el médico recurre a la presión sobre la frente, la paciente se queja de que le duele la cabeza, es decir, produce un nuevo síntoma histérico para expresar su defensa contra el influjo del médico.

Sólo cuando trata del tercer caso, Freud habla específicamente de la transferencia: “Cuando el enfermo se atemoriza, al ver que transfiere a la persona del médico representaciones displacientes emergidas durante el análisis”. De estas páginas memorables se desprenden las ideas siguientes:

1° La transferencia es un fenómeno frecuente y aun normal ; cualquier reivindicación a la persona del médico es una transferencia, y el paciente cae en cada nueva oportunidad.

2° Según los ejemplos y las explicaciones que Freud proporciona, el mecanismo de la transferencia supone:

a) En el pasado, la represión de un deseo.

b) En el presente y en la relación con el médico, la emergencia del mismo afecto que, originalmente hizo que el paciente rechazara este deseo prohibido.

El mecanismo de la transferencia es, pues, una “falsa conexión”, “une mesalliance”.

3° Técnicamente, esta dificultad no se puede salvar sino haciendo que, en primer término, el paciente se haga consciente del obstáculo.

4° Terapéuticamente, Freud se sintió al principio molesto por este desvío, hasta que se dio cuenta que el nuevo síntoma tenía que ser tratado como el anterior: “La labor de la paciente era la misma, esto es, la de vencer el afecto

displaciente de haber abrigado por un momento un tal deseo, y con respecto al resultado, parecía indiferente que instituyésemos en tema de nuestras tareas analíticas la repulsa psíquica de dicho deseo, referido a su historia o referido a su relación conmigo”.

En los estudios sobre “La histeria”, pues, Freud tiene ya una idea clara de la transferencia, de su génesis, de su importancia para la técnica y la terapia. No tiene todavía un concepto bastante amplio de su alcance, en el sentido que separa de ella los obstáculos que constituyen las reacciones persecutorias y la defensa contra la dependencia. Empero, hace una descripción adecuada de los fenómenos, vinculando la transferencia con la emergencia del mismo afecto que, originalmente hizo que el paciente rechazara el deseo inaceptable. La transferencia, en los estudios sobre “La Histeria”, aparece como la transferencia de una defensa contra un afecto penoso, relacionado con un impulso reprobable. Es sólo mucho más tarde que el alcance de esas ideas iniciales pudo ser plenamente estimado.

II. LA TRANSFERENCIA Y LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

El caso Dora. - Estudios de Abraham y Ferenczi (1895-1910)

EL CASO DORA

I

El caso de Dora, analizado en los tres últimos meses de 1900, escrito en las dos primeras semanas de 1901, publicado en 1905, debe permitirnos medir el camino recorrido. Es en el epílogo, que no tiene fecha, que Freud expone su punto de vista sobre la transferencia, o más bien, sobre “las transferencias”. Las transferencias son “reediciones o repeticiones de los impulsos y fantasías que han de ser despertados y hechos conscientes durante el desarrollo del análisis y que entrañan como particularidad, característica de su especie, la sustitución de una persona anterior por la persona del médico”; Freud las describe también como experiencias psíquicas pasadas y que cobran vida, pero no ya como pasado, sino como relación actual con la persona del médico. Algunas de estas transferencias se distinguen tan sólo de su modelo en la

sustitución de persona; otras han experimentado una modificación de su contenido, una sublimación, que cambió su fin y su modo de expresión. El médico no juega papel en su producción, aunque el paciente se apoye en detalles reales; el origen de la transferencia está en el proceso neurótico: la cura interrumpe la producción de nuevos síntomas, pero la productividad de la neurosis no se extingue con ello: "Actúa en la creación de un orden especial de productos mentales, inconscientes en su mayor parte, a los que podemos dar el nombre de transferencias"; el paciente actúa en vez de recordar. Con las transferencias, pues, el paciente pone obstáculos de toda clase, que hacen inaccesible el material al tratamiento. El diagnóstico resulta tanto más difícil que el médico no puede contar con la colaboración del paciente, como ocurre por ejemplo con los sueños; tiene que guiarse tan sólo por levísimos indicios, y evitar incurrir en arbitrariedad. Técnicamente, el análisis y la destrucción constantes de la transferencia condicionan el éxito de la investigación y de la cura; la sugestión hipnótica también utiliza la transferencia, la ciega dependencia duradera que liga al enfermo con el médico, pero queda inerme frente a los impulsos hostiles que llevan al abandono del tratamiento: "En el psicoanálisis, y a consecuencia de una distinta disposición de los motivos, son despertados todos los impulsos, también los hostiles, y utilizados, haciéndolos conscientes para los fines del análisis, quedando luego destruida en todo caso la transferencia. La transferencia, destinada a ser el mayor obstáculo del psicoanálisis, se convierte en su más poderoso auxiliar cuando el médico consigue adivinarla y traducírsela al enfermo". Desde el punto de vista terapéutico, en fin, Freud vuelve sobre la idea que ya había expresado en "La Histeria", de que la labor es la misma, esto es. la de superar un impulso en su relación con el médico o con otra persona; pero va más allá, señalando la destrucción de la transferencia como condición de la desaparición de los síntomas; si bien el análisis de la transferencia hace más oscuro y más lento el tratamiento en su principio, asegura más su desarrollo contra resistencias súbitas e insuperables.

La auto - crítica de Freud revela el concepto que tiene en esta época de la transferencia. Si el caso de Dora es claro, es porque el tratamiento fue corto, por su prematura interrupción, y la interrupción se debe a que Freud, cuya advertencia anterior de que la curación habría de exigir un año de tratamiento no había encontrado objeciones, no consiguió darse cuenta a tiempo de la

transferencia. Al principio, se advertía claramente que Freud sustituía al padre, con quien Dora lo comparaba de continuo, preguntándose si era sincero para con ella, mientras el padre “prefería siempre el misterio y los caminos torcidos”. En el primer sueño, Freud no se dio cuenta de la advertencia que le daba Dora: que sería mejor para ella dejar el tratamiento como había dejado anteriormente la casa de K. . . En este momento, Freud debía haberle mostrado que estaba realizando una transferencia de K. . . sobre él, posiblemente a partir da algún problema con el dinero o de celos de otra paciente que después de su curación siguió en relación con la familia de Freud; la solución de esta transferencia hubiera procurado al análisis el acceso a algo análogo, aunque de importancia mucho mayor, referente a K. . . a nuevos recuerdos de acontecimientos probablemente reales; pero Freud pensaba disponer aún de tiempo: no presentaban nuevos estadios de la transferencia, ni parecía agotarse aún el material analizable; pero, escribe Freud, “a causa de un “algo” en que yo le recordaba a K., Dora hizo recaer sobre mí la venganza que quería ejercitar contra K. y me abandonó como ella creía haber sido engañada y abandonada por él. La paciente *vivió* así de nuevo, un fragmento esencial de sus recuerdos y fantasías en lugar de reproducirlo verbalmente en el tratamiento. “Las alusiones numerosas y claras al tratamiento que aparecen en el segundo sueño, se refieren a un significado esencial en la existencia de Dora: “Puesto que todos los hombres son tan detestables prefiero no casarme. Tal es mi venganza”. El sentido único de la vida de la paciente y de la transferencia aparece así con toda claridad: “En aquellos casos en los que el enfermo transfiere sobre el médico, en el curso del tratamiento, impulsos de crueldad y motivos de venganza utilizados ya para mantener los síntomas, y antes de que aquél haya tenido tiempo de desligarlos de su persona retrotrayéndolos a sus fuentes, no podemos extrañar que el estado del enfermo no aparezca influido por la labor terapéutica. En efecto, ¿qué venganza mejor para el enfermo que mostrar en su propia persona cuan impotente e incapaz es el médico?”

De estas páginas de Freud podemos sacar dos conclusiones: la primera, que ya en aquella época Freud tenía en su poder las ideas esenciales referentes a la transferencia; la segunda, que aunque se forme una idea del amplio alcance psicológico del concepto de transferencia, Freud no se aleja en ningún caso de la experiencia clínica y terapéutica: La transferencia se presenta como perturbación de la asociación, que impide el acceso a los

recuerdos rechazados; es una “falsa conexión”, “une mésalliance”; en otros términos, parece que Freud se impone, en lo que se refiere a la elaboración teórica del concepto de transferencia, restricciones que ciertos trabajos analíticos anteriores a 1910 habían ya superado.

KARL ABRAHAM (1908)

Cuando Freud habla de transferencia, establece una relación entre un acontecimiento particular y otro acontecimiento Particular. Abraham (1908), habla menos de transferencia que de la “capacidad de transferencia de la libido”, sobre personas del sexo opuesto, sobre los seres humanos en general, (sublimación, sentimientos hacia la familia o la sociedad), sobre los objetos; esta capacidad de transferencia, que se confunde con la capacidad de adaptación, sería en razón inversa del auto - erotismo. En el artículo mencionado, la transferencia no concierne algún acontecimiento particular de la vida del sujeto, alguna modalidad especial, sino una posición libidinal; en este sentido, Abraham habla de la capacidad de transferencia extraordinaria que había tenido uno de sus pacientes antes de los tres años, con respecto a su madre. La capacidad de transferencia está aumentada en la histeria, disminuida en la demencia precoz. En suma, en parte por la influencia de Jung, Abraham menciona consideraciones económicas y tópicas, en las cuales podemos ver un signo de sus teorías ulteriores.

S. FERENCZI (1909)

El papel de preocupaciones económicas y sobretodo tópicas aparece más claramente en Ferenczi., como se puede deducir aún del título de su artículo “Introyección y transferencia”, publicado en 1909. Difícilmente se puede dar cuenta exacta de su riqueza en hechos y en ideas. Resulta cómodo intentar extra tilas relaciones a veces un poco confusas, que Ferenczi establece entre la transferencia y algunos otros conceptos. La comparación de la transferencia con el desplazamiento pertenece al enfoque dinámico y económico; el desplazamiento es un proceso general del cual la transferencia constituye un

caso particular; el proceso de la transferencia permite que el neurótico huya de sus complejos inconscientes y vincule con objetos conscientes la excitación libidinal flotante que no consiguió convertir, como en la histeria, o sustituir, como en la neurosis obsesiva; el médico tiene al respecto una función “catalítica”. Ferenczi es todavía más innovador cuando coteja la transferencia con la introyección. Mientras el paranoico, por medio de la proyección, expulsa de su Yo las pulsiones que se han vuelto displacientes, el neurótico intenta absorber dentro de su Yo una parte del mundo la mayor posible que toma como objeto de sus fantasías inconscientes, tratando por esta “introyección” de mitigar las pulsiones inconscientes que no están satisfechas ni se pueden satisfacer; la transferencia está constituida por la serie de introyecciones que, el curso del análisis, toman como objeto la persona del médico (pág 715). Estos mecanismos intervienen tempranamente en el desarrollo de las relaciones del individuo con el mundo externo; la proyección primitiva sería la fuente de la percepción de “los objetos malos que constituyen un mundo externo sobre el cual la voluntad no tiene poder”. He aquí el mecanismo que utiliza más tarde el paranoico; los primeros afectos cariñosos u hostiles son una transferencia de afectos autoeróticos placientes y displacientes sobre objetos que evocan tales afectos: “El primer objeto de amor” y este primer “objeto de odio”, constituyen, por así decirlo, las transferencias primordiales, las raíces de toda introyección futura (pág. 711). Asimismo, Ferenczi señala con la mayor nitidez, el papel de la introyección de las imágenes parentales en la formación de la conciencia moral. En la situación analítica, esta censura moral se afloja, el sentido de responsabilidad disminuye; el médico es el responsable de todo lo que ocurre, es él que favorece la emergencia de los ensueños, inconscientes al principio* después medio conscientes, que toman a menudo como tema un ataque violento de parte del médico, culminando con castigo ejemplar del mismo; el médico “lo puede todo”, es decir, puede suprimir cualquier posible consecuencia de una *liaison* (pág. 707). En la sugestión y la hipnosis, lo mismo que en el psicoanálisis, el paciente atribuye inconscientemente al médico el papel de las imágenes parentales queridas o temidas. Estos procesos subjetivos de la transferencia y de la introyección son responsables de todo, y la resistencia a la hipnosis o a la sugestión son también una reacción al complejo parental. Ferenczi, pues, para su interpretación de la transferencia,

crea un nuevo sistema de referencias, constituido por las relaciones fantaseadas del yo y de los objetos, buenos y malos, externos o internos.

OTROS ARTÍCULOS DE FREUD

En esta época, lo mismo que en los trabajos técnicos que siguen, Freud utiliza muy poco este enfoque. No se encuentra para nada en las cinco conferencias dictadas en setiembre de 1909 en la Clark University, donde resume en una página vigorosa las principales ideas referentes a la transferencia; recalca el carácter espontáneo de la transferencia, y su eficacia para convencer de la exactitud de su concepto sobre la patogenia de la neurosis, vale decir, sobre el papel de la sexualidad. La transferencia está concebida ya como predominantemente libidinosa. ⁽³⁾

III. LA TRANSFERENCIA EN LOS ESCRITOS TÉCNICOS DE FREUD Y EN LA INTRODUCCIÓN AL PSICOANÁLISIS (1910-1919)

LA DINÁMICA DE LA TRANSFERENCIA (1912)

Entre los escritos técnicos de Freud, “La dinámica de la transferencia” ocupa un lugar particular; primer intento de una explicación sistemática, este trabajo quedará como la síntesis más completa y el texto más significativo del período en que el concepto “dinámico” de la transferencia lo hizo depender del principio del placer - displacer. Las primeras líneas anuncian que no se trata de describir, como lo hizo Stekel, sino de dilucidar “por qué la transferencia surge necesariamente en toda cura psicoanalítica y como llega a desempeñar, en el

³ El mismo concepto se puede desprender de un texto de “Gradiva”: “El proceso de la curación se completa por un resurgimiento del amor si es que podemos dar este nombre a la reunión de todos los heterogéneas componentes del instinto sexual, y esta recaída amorosa es indispensable, pues los síntomas a causa de los cuales se sometió al enfermo a tratamiento no son sino residuos de anteriores luchas de represión o de retorno a la consciencia y sólo por una nueva crecida de las mismas pasiones que han provocado el combate pueden tales restos ser ahogados y removidos. Todo tratamiento psicoanalítico es, por lo tanto, una tentativa de libertar amor reprimido que había hallado en un síntoma un insuficiente exutorio transaccional. Mas cuando esta coincidencia de nuestro procedimiento con el descrito por el poeta en su “Gradiva” llega a su grado máximo, es al añadir que también en la psicoterapia analítica la pasión nuevamente despertada — sea amor u odio — elige siempre como objeto a la persona del médico”. Freud, 1907. T. III, pág. 283. (Cita señalada por el Dr. Y. Blanc).

tratamiento, el papel que todos conocen”. Podemos, siguiendo el desarrollo del pensamiento de Freud, estudiar primero la explicación de la transferencia en general, e investigar después como se hace más específica para dar cuenta de la transferencia en el psicoanálisis.

En términos generales, la capacidad de amor de cada individuo se caracteriza por la repetición constante, a través de toda la vida, de un clisé o de una estereotipa (o una serie de ellos), que determina esa capacidad de amor, así como las necesidades y los fines que habrá de satisfacer. El clisé o la estereotipa que determina esta repetición es la resultante de la acción conjunta de la disposición congénita y de los acontecimientos de la infancia. Es susceptible también de alguna modificación bajo la acción de las impresiones recientes. En la formación de este clisé, las tendencias libidinosas satisfechas se desarrollan y se vuelven hacia la realidad; las tendencias frustradas quedan detenidas en su desarrollo: se despliegan en la fantasía, o permanecen confinadas en el inconsciente, a la espera de alguna oportunidad; Freud habla al respecto de introversión de la libido, de regresión, de reanimación de imágenes infantiles. El individuo cuyas necesidades eróticas no son satisfechas por la realidad, orienta hacia toda nueva persona que surja en su horizonte representaciones libidinosas. Es muy probable que las dos porciones de su libido, la capaz de consciencia y la inconsciente, participen en este proceso. En suma, para explicar la transferencia, Freud recurre implícitamente a la secuencia que todos conocen: fijación, frustración, regresión. Los mismos mecanismos entran en juego en la relación del paciente y del psicoanalista, conforme a prototipos pre - existentes, sea que el médico se pueda incluir en una de las series psíquicas del paciente, sea en forma más o menos, y a menudo excesivamente, irracional y fuera de la realidad, por la naturaleza y la intensidad de los fenómenos de transferencia.

Las particularidades de la transferencia psicoanalítica se entienden en relación con la resistencia, que no se puede explicar sino por la distinción entre transferencia positiva y transferencia negativa. La transferencia positiva es la transferencia de afectos cariñosos y amistosos; su aspecto actual tanto como sus prolongaciones inconscientes proceden de fuentes eróticas. La transferencia negativa es la de sentimientos hostiles. Coexiste con la transferencia positiva, apareciendo ambas dirigidas simultáneamente, en muchos casos, sobre el mismo objeto (“ambivalencia” de Bleuler, “bipolaridad” de Stekel). La

ambivalencia parece ser normal hasta un cierto límite; pero un alto grado de ambivalencia es un rasgo neurótico; de donde la aptitud de los neuróticos de convertir la transferencia en resistencia; allí donde la transferencia se ha hecho esencialmente negativa, como en los “paranoides”, cesa toda posibilidad de influjo y de curación. Técnicamente, el análisis de la transferencia desliga de la persona del analista los sentimientos hostiles y los impulsos eróticos reprimidos. El componente positivo, capaz de conciencia y libre de culpabilidad, persiste y condiciona la prosecución y el éxito del análisis, o, en otros términos, permite el análisis de la resistencia.

Freud describe con toda precisión las relaciones de la transferencia y de la resistencia. La resistencia emana de dos fuentes. Cuando el psicoanalista tropieza con los escondites de la libido introvertida, todas las fuerzas que han motivado la regresión se alzan contra la labor analítica; pero la resistencia que aquí tiene su origen y que ya fue mencionada en “La Histeria”, no es la más intensa; Freud destaca sobretudo la atracción de los complejos inconscientes: la libido puesta a disposición de la personalidad se hallaba siempre bajo la atracción de los elementos inconscientes de los complejos, en la medida en que se debilitó la atracción de la realidad; de ahí la represión secundaria de las pulsiones inconscientes y de sus derivados, ⁽⁴⁾ Cada pensamiento, cada acto mental del sujeto es un compromiso entre las fuerzas favorables a la curación y las opuestas a ella.

En estas condiciones, ¿qué ocurre cuando el analista intenta perseguir un complejo patógeno desde su representación consciente hasta sus raíces inconscientes? Se llega fatalmente a un momento en que la ocurrencia inmediata es una transacción entre la resistencia y la exploración. La experiencia muestra que es este el punto en que la transferencia inicia su actuación, es decir, en que el contenido del complejo se transfiere a la persona del psicoanalista; el detenimiento de las asociaciones se puede vencer a menudo asegurando al paciente que se trata de un pensamiento relacionado con el psicoanalista. La idea transferida puede llegar hasta la conciencia con preferencia a todas las demás posibles precisamente porque satisface también a la resistencia. Este proceso se repite muchas veces: siempre que nos aproximamos a un complejo patógeno, es impulsado, en primer lugar hacia la

⁴ Freud no habla aquí de represión secundaria, pero el término se adecua a su pensamiento.

consciencia, aquel elemento que resulta adecuado para la transferencia. El paciente lo defiende entonces tenazmente; una vez vencido este, los demás elementos del complejo no crean grandes dificultades. Cuanto más se prolonga un psicoanálisis y más claramente va viendo el enfermo que las deformaciones del material patógeno no constituyen por sí solas una protección contra el descubrimiento del mismo, más consecuentemente se servirá de una clase de deformación que le ofrece máximas ventajas: de la deformación por medio de la transferencia, llegándose así a una situación en la que todos los conflictos han de ser combatidos ya sobre el terreno de la transferencia: “En este terreno ha de ser conseguida la victoria, cuya manifestación será la curación duradera de la neurosis. Es innegable que el vencimiento de los fenómenos de la transferencia ofrece al psicoanalista máxima dificultad, pero no debe olvidarse que precisamente estos fenómenos nos prestan el inestimable servicio de hacer actuales y manifiestos los impulsos eróticos ocultos y olvidados de los enfermos, pues en fin de cuentas nada puede ser vencido *in absentia* o *in effigie* (11)12. T. XIV, pág. 103),

La transferencia psicoanalítica expresa, pues, en último análisis, un conflicto entre el paciente y el psicoanalista: “Los impulsos inconscientes no quieren ser recordados, como la cura lo desea, sino que tienden a reproducirse conforme a las condiciones características de lo inconsciente. El enfermo atribuye, (le; mismo modo que en él sueño a los resultados del estímulo de sus impulsos inconscientes, actualidad y realidad; quiere dar alimento a sus pasiones sin tener en cuenta la situación real. El médico quiere obligarle a incluir tales impulsos afectivos en la marcha del tratamiento, subordinarlos a la observación reflexiva y estimarlos según su valor psíquico. Esta lucha entre el médico y el paciente, entre el intelecto y el instinto, entre el conocimiento y la acción, se desarrolla casi por entero en el terreno de los fenómenos de la transferencia”. (1312. T. XIV, Pág. 103).

La resistencia de la transferencia no tiene evidentemente sentido sino en una situación analítica donde el médico intenta llevar al paciente hacia la realidad y el comportamiento racional; en esta forma, la actitud terapéutica e interpretativa constituye para el paciente una fuente de frustración y de regresión. Una explicación de la transferencia que tuviera en cuenta el ambiente y la técnica psicoanalítica era, según pensamos, muy posible en el

marco general de los conceptos de Freud sobre la fijación, la frustración y la regresión. Algunas palabras de Freud dejan pensar que va a considerar la situación analítica; buscando el motivo por el cual la resistencia por transferencia aparta violentamente el analizado de sus relaciones reales con el médico, lo encuentra “en la situación psíquica en la que la cura ha colocado al analizado”. (1912, T. XIV, pág. 102). Pero necesidades distintas incitaban a Freud, para explicar la transferencia, a no tener en cuenta el papel de la técnica psicoanalítica; desde tiempo, los psicoanalistas se han preocupado con absolverse de la responsabilidad de la transferencia: la transferencia se produce en los demás métodos psicoterápicos, con esa diferencia que no se analiza y no se reconoce; el carácter intenso e irracional de los fenómenos de la transferencia ha de atribuirse a la neurosis. La transferencia psicoanalítica aparece, pues, en último término, como el producto de la disposición a la transferencia, vale decir, de la libido introvertida y esperanzadamente pronta, y de la resistencia, que sustituye la acción al recuerdo.

FUNCIÓN DEL PSICOANALISTA

En todos los trabajos técnicos, la preocupación constante de Freud fue demostrar y recomendar la actitud acogedora del psicoanalista. En los “Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico” de 1912, hace la conocida comparación con el espejo: “El médico debe permanecer impenetrable para el enfermo y no mostrar, como un espejo, más que aquello que le es mostrado”. (T. XIV, pág. 110). Por este motivo, condena la ambición terapéutica (p. 107), las confidencias recíprocas (p. 110) la actuación educadora (p. 111). Aconseja el análisis didáctico, así como el auto - análisis, para controlar la contra - transferencia (página 109). La regla de la “atención flotante” es simétrica de la “regla fundamental” (p. 105) y el analista “debe orientar hacia lo inconsciente emisor del sujeto, su propio inconsciente, como órgano receptor. . . Como el receptor (del teléfono) transforma de nuevo en ondas sonoras las oscilaciones eléctricas provocadas por las ondas sonoras emitidas, así también el psiquismo inconsciente del médico está capacitado para reconstruir con los productos de lo inconsciente que le son comunicados, este inconsciente mismo, que ha determinado las ocurrencias del sujeto”. (p. 108). Freud aconseja también al psicoanalista la frialdad de sentimientos del cirujano, que no se preocupa sino de practicar la operación conforme a las

reglas. El analista tendría que hacer suya la divisa de un antiguo cirujano: “Je le pansai, Dieu le guérit” (p. 108).

Un artículo de 1913 revela las mismas preocupaciones (“La iniciación del tratamiento”. T. XIV, pág. 119-138). Es cierto que la transferencia es asimilada a la sugestión (p. 126) ; la posición recostada del paciente, con el médico fuera del alcance de su vista, aparte de sus ventajas para el análisis de la transferencia, es un residuo de la hipnosis (p. 129) ; el paciente aprovecha la interpretación sólo en la medida en que la transferencia lo impulsa a ello (p. 138). Pero la curación por la transferencia, es decir, sin supresión de la transferencia, no permite sino resultados incompletos y provisionales (p. 138). Freud condena de nuevo toda actitud tendiente a transformar al psicoanalista en representante de una persona o de una moral (p. 135). Sin embargo, aconseja al psicoanalista un papel positivo, que ya no nos permite considerarlo inactivo; contestando la pregunta “Cuando se da al enfermo la primera interpretación?”. Freud expresa lo siguiente: “Nunca antes de haberse establecido en el paciente una transferencia de dependencia, un “rapport” en toda regla con nosotros. El primer fin del tratamiento es siempre ligar al paciente a él y a la persona del médico. Para ello no hay más que dejarle tiempo. *Si le demostramos un serio interés, apartados cuidadosamente las primeras resistencias y evitamos ciertas torpezas posibles* ⁽⁵⁾, el paciente establece en segunda espontáneamente un tal enlace y agrega al médico a una de las imágenes de aquellas personas de las que estaba habituado a recibir afecto. En cambio, si adoptamos desde un principio una actitud que no sea de cariñoso interés y simpatía y nos mostramos rígidamente moralizantes o aparecemos ante los ojos del paciente como representantes o mandatarios de otras personas, de su cónyuge o sus padres, por ejemplo, destruiremos toda posibilidad de semejante resultado positivo”, (p. 135).

LA COMPULSIÓN A LA REPETICIÓN

La idea de repetición, tema principal de un artículo de 1914, (“Recuerdo, repetición y elaboración”. T. XIV, pág. 139-146), no es una idea nueva; si bien las fórmulas de Freud son especialmente claras, había demostrado ya anteriormente que en la transferencia el paciente actúa su pasado en vez de

⁵ Subrayado por el autor

recordarlo; lo que más se destaca, es la insistencia sobre el carácter compulsivo de esta repetición: “Y ahora observamos que, al hacer resaltar la obsesión repetidora no hemos descubierto nada nuevo, sino que hemos completado y unificado nuestra teoría. Vemos claramente que la enfermedad del analizado no puede cesar con el comienzo del análisis, y que no debemos tratarla como un hecho histórico, sino como una potencia actual” (p. 143). La compulsión a la repetición de 1914, parece anunciadora de las futuras teorías y algunos puntos comunes muestran que cuando escribió “Más allá del principio del placer”, Freud recordó su artículo de 1914; por ejemplo, está en los dos textos la idea de que el análisis despierta algo que mejor hubiera quedado dormido ⁽⁶⁾. Otro aspecto común es que Freud, cuando trata rápidamente del contenido de la transferencia, destaca sobretodo contenidos desfavorables: “...repite todo lo que se ha incorporado ya a su ser partiendo de las fuentes de lo reprimido: sus inhibiciones, sus tendencias inutilizables y sus rasgos de carácter patológico. Repite también, en el curso del tratamiento, todos sus síntomas” (p. 143). La idea de que la repetición por efecto de la transferencia se extiende a toda la vida diaria del paciente, tampoco - nueva, salvo por la insistencia de Freud sobre los peligros que esta exteriorización, cuando se actúa, acarrea para el tratamiento para la vida. Por algunas palabras, podríamos pensar que Freud estaba en camino de descubrir la teoría del automatismo de repetición. Pero, salvo cuando recalca el carácter compulsivo de la repetición en la transferencia, no erige nunca la repetición en causa de la transferencia. Las únicas ideas referentes al determinismo de la transferencia la hacen depender, como anteriormente, de la resistencia: en la hipnosis, donde la resistencia es absoluta, el recuerdo del pasado es completo, y el paciente no parece nunca propenso a confundir el pasado con el presente; cuando el tratamiento comienza bajo el patrocinio de una transferencia positiva no muy acentuada, nos permite penetrar, al principio, en los recuerdos, como antes la hipnosis; pero cuando la transferencia se hace hostil o muy intensa, la represión hace que el recuerdo quede sustituido en el acto por la repetición; las resistencias van marcando la sucesión de las repeticiones: “El paciente extrae del arsenal del pasado las armas con las cuales se defiende contra la continuación de la cura y de las cuales hemos de ir despojándole poco a poco” (p. 142). Podemos, pues, entender como sigue las ideas de Freud en cuanto a

⁶ Comparar pág. 144. arriba, con “Más allá del principio del placer”. T. II, pág. 253, abajo.

la producción de la transferencia: el concepto de compulsión a la repetición destaca el papel del paciente; las relaciones cuantitativas de la transferencia y de la resistencia implican que la situación psicoanalítica juega también su papel; aunque no esté nunca explícito, varias expresiones lo sugieren: "... el analizado se abandona a la obsesión repetidora, que sustituye *entonces* en él el impulso a recordar" (p. 142) ; la actitud consciente del enfermo hacia su enfermedad se modifica, "*concedemos* también a la enfermedad un cierto margen de tolerancia" (p. 143) ; "el nuevo estado ha acogido todos los caracteres de la enfermedad, pero constituye *una enfermedad artificial* (⁷), asequible por todos lados a nuestra intervención (p. 145) ; por el manejo de la transferencia, "conseguimos hacerla (la compulsión a la repetición) inofensiva y hasta útil, reconociendo en cierto modo sus derechos y dejándola actuar libremente en un sector determinado" (página 145).

EL AMOR DE TRANSFERENCIA

El trabajo "Observaciones sobre el "amor de transferencia" (1915), T. XIV, pág. 147-158), plantea los mismos problemas y propone las mismas soluciones. Freud define esta situación en forma sencilla: "... una paciente demuestra, con signos inequívocos, o declara abiertamente, haberse enamorado, como otra mortal cualquiera, del médico que está analizándola" (p. 147). Este sentimiento, que puede considerarse como un signo de transferencia positiva si no es muy intenso, se transforma en resistencia si se torna demasiado intenso o se trueca en hostilidad. Un examen detenido de la situación nos descubre que ciertos factores son los concomitantes a todo enamoramiento: la paciente quiere comprobar el poder de sus atractivos, quebranta la autoridad del médico haciéndole descender al puesto de amante, y consigue ciertas satisfacciones para su amor. Otros factores se relacionan más específicamente con la resistencia: el amor de transferencia constituye una trampa para el analista. y más que todo, experimentamos la impresión de que intensifica el enamoramiento para justificar, luego, la resistencia. La participación de la resistencia en el amor de transferencia es indiscutible y muy amplia; pero la resistencia misma no crea este amor; lo encuentra ya ante sí, y se sirve de él, pero no aporta nada contrario a la autenticidad del fenómeno (p. 155). El amor

⁷ Subrayado por el autor.

de transferencia es una repetición, pero tal es el carácter esencial de todo enamoramiento; no hay ninguno que no repita modelos infantiles. Precisamente aquello que constituye su carácter obsesivo, rayano en lo patológico, procede de su condicionalidad infantil; es más repetitivo, menos adecuado a la realidad que el amor normal, pero su capacidad de rendimiento no es distinta: “En este punto, el amor de transferencia parece no tener nada que envidiar a los demás. Nos da la impresión de poder conseguir todo de él” (p. 155). Tiene importancia el texto que resume el pensamiento de Freud: “No tenemos derecho alguno a negar al enamoramiento que surge en el tratamiento analítico el carácter de “auténtico”. Si nos parece tan poco normal, ello se debe principalmente a que el enamoramiento corriente, ajeno a la cura analítica, recuerda más bien los fenómenos anímicos anormales que los normales. De todos modos, aparece caracterizado por algunos rasgos que le aseguran una posición especial 1º, es *provocado* por la situación analítica; 2º, queda *intensificado por la resistencia* (8) dominante en tal situación; 3º, es menos prudente, más indiferente a sus consecuencias y más ciego en la estimación de la persona amada que otro cualquier enamoramiento normal. Pero no debemos tampoco olvidar que precisamente estos caracteres divergentes de lo normal constituyen el nódulo esencial de todo enamoramiento” (p. 155-156). Freud expresa pues con toda claridad que la situación analítica participa en la génesis del amor de transferencia, y eso no significa que sea la persona del médico: “Tiene que reconocer que el enamoramiento de la sujeto depende exclusivamente de la situación analítica y no puede ser atribuido en modo alguno a sus propios atractivos personales. . .” (p. 148). Técnicamente, no debe negar ni dar nada. Freud insiste sobre los inconvenientes de una actitud represora: “Invitar a la paciente a yugular sus instintos, a la renuncia y a la sublimación, en cuanto nos ha confesado su transferencia amorosa, sería un solemne desatino. Equivaldría a conjurar a un espíritu del Averno, haciéndole surgir ante nosotros, y, despedirle luego sin interrogarle. Supondría no haber atraído lo reprimido a la conciencia más que para reprimirlo de nuevo, atemorizados. Tampoco podemos hacernos ilusiones sobre el resultado de un tal procedimiento. Contra las pasiones, nada se consigue con razonamientos, por elocuentes que sean. La paciente no verá más que el desprecio y no dejará de tomar venganza de él” (p. 151). El analista tampoco puede pretender a sublimar el amor de

⁸ Todo lo subrayado lo es por el autor

transferencia (p. 151). La única solución es interpretar, aplicando la regla de abstinencia: “Ya antes, he dejado adivinar, que la técnica analítica impone al médico el precepto de negar a la paciente la satisfacción amorosa por ella demandada. La cura debe desarrollarse en la abstinencia. Pero al afirmarlo así, no aludimos tan sólo a la abstinencia física, ni tampoco a la abstinencia de todo lo que el paciente pueda desear, pues esto no lo soportaría quizá ningún enfermo. Queremos, más bien, sentar el principio de que debemos dejar subsistir en los enfermos, la necesidad y el deseo, como fuerzas que han de impulsarle hacia la labor analítica y hacia la modificación de su estado, y guardarnos muy bien de querer amansar con subrogados las exigencias de tales fuerzas, Y en realidad, lo único que podríamos ofrecer a la enferma serían subrogados, pues mientras no queden vencidas sus represiones su estado la incapacita para toda satisfacción real” (p. 152), Tales son las condiciones bajo las cuales el médico puede interpretar la transferencia en forma provechosa; la paciente se siente suficientemente segura para comunicar todas las fantasías de su deseo sexual y todos los caracteres de su enamoramiento; todos los detalles individuales de su modalidad de amar son evidenciados ; ella misma nos muestra el camino que ha de conducirnos a los fundamentos infantiles de su amor. La regla de abstinencia constituye así el complemento de la regla de que el médico no debe sacar del amor de transferencia ninguna ventaja personal: “Por mucho que estime el amor, ha de estimar más su labor de hacer franquear a la paciente un escalón decisivo de su vida. La enferma debe aprender de él a dominar el principio del placer y a renunciar a una satisfacción próxima, pero social-mente ilícita, en favor de otra más lejana e incluso incierta, pero irreprochable tanto desde el punto de vista psicológico como desde el social” (p. 157).

LA TRANSFERENCIA EN LA “INTRODUCCIÓN AL PSICOANÁLISIS

Desde 1915 hasta 1919, los escritos técnicos de Freud presentan una solución de continuidad, no compensada por la “Introducción al Psicoanálisis”, que forman clases dictadas en 1915-1916 y en 1916 -1917, a un público sin formación técnica, sea médicos, sea “legos”. La composición de su auditorio explica porque, en la “Introducción”, Freud pone tanto cuidado en describir las relaciones de la transferencia y de la sugestión. Describe ahí lo que podríamos

llamar el “tipo ideal” de desarrollo del tratamiento, en que una fase inicial de transferencia positiva, lo que se llama a veces con humor “la luna de miel psicoanalítica”, precede la fase de transferencia negativa (pág. 192-215. T. V). La transferencia negativa, aunque se mencione a menudo, parece muy poco estudiada, en comparación con las resistencias y la transferencia positiva. Pues es sobretodo el aspecto libidinal de la transferencia que recalca Freud; es él que fundamenta la asimilación de la transferencia a la sugestión: la “sugestionabilidad” de Bernheim no es sino la tendencia a la transferencia, concebida en una forma algo

limitada, con exclusión de la transferencia negativa (⁹), pero Bernheim no ha visto el lazo de dependencia entre la sugestionabilidad y la libido (p. 199); y la sugestión se asemeja a la magia” (p. 202). El psicoanálisis, sin embargo, no queda comprometido por esta comparación: los resultados terapéuticos conseguidos demasiado rápidamente, es decir, por obra de la transferencia, son obstáculos que hay que destruir; el psicoanálisis utiliza la transferencia para vencer resistencias, y la transferencia misma queda finalmente vencida. En cuanto a la transferencia negativa, más que un fenómeno específico, aparece como un producto secundario de la transferencia positiva; sea que la espera sexual se vuelva tan intensa que exija una resistencia, sea que los sentimientos cariñosos se tornan secundariamente en sentimientos hostiles: “Generalmente, estos sentimientos hostiles surgen con posterioridad a los amorosos, pero a veces aparecen también simultáneamente a ellos, ofreciéndonos entonces una excelente imagen refleja de aquella ambivalencia sentimental que domina en la mayor parte de nuestras relaciones íntimas con las demás. Los sentimientos hostiles indican, al igual de los amorosos, una adherencia sentimental, idénticamente a como la obediencia y la rebelión son indicios de signo contrario de una misma dependencia real. Resulta, pues, incontestable, que tales sentimientos hostiles hacia el médico merecen igualmente el nombre de transferencia, dado que la situación creada por el tratamiento no proporciona pretexto alguno suficiente para su formación. Esta necesidad en que nos vemos de admitir una transferencia negativa nos prueba que no nos hemos engañado en nuestros juicios sobre la transferencia positiva o de sentimientos de ternura” (p. 196-197). Los pacientes masculinos no dejan de producir una transferencia positiva, en base a su homosexualidad latente, pero en ellos la transferencia negativa es más frecuente (p. 196). Las relaciones entre la transferencia y la resistencia no quedan esclarecidas: Freud

⁹ Esta precaridad del resultado provenía de que la transferencia, y sobretodo la transferencia negativa, no había sido analizada, como lo muestra un texto de la “Introducción al psicoanálisis”, p. 202, T.V.: “En una ocasión, pude observar que la reproducción de un grave estado patológico, cuya curación habíamos conseguido después de un coito tratamiento hipnótico, coincidió con la emergencia, en la enferma, de sentimientos hostiles hacia mi persona. Reanudando el tratamiento, logré una nueva curación, más completa que la primera, en cuanto me fue dado hacer que la paciente se reconciliara conmigo; pero al poco tiempo, una nueva aparición de los sentimientos hostiles trajo consigo una segunda recaída”.

se limita a repetir que la transferencia positiva permite analizar y superar las resistencias y que las resistencias saben transformarse en transferencias negativas (p .205).

Resumiendo, los textos de la “Introducción” nos parecen tener la utilidad de mostrar con claridad el concepto sobretodo libidinoso que Freud tiene de la transferencia en aquel entonces, concepción que hace de la transferencia negativa una especie de dependencia de la transferencia positiva.

ACTIVIDAD Y REGLA DE ABSTINENCIA

En sus escritos técnicos, Freud parece haberse preocupado mucho, cíclicamente, por preservar el tratamiento psicoanalítico contra algunas desviaciones peligrosas, vale decir, contra excesos sea de gratificación, sea de frustración. En 1919, el artículo “Los caminos de la terapia analítica” (T. XIV, p. 159) parece, al principio, señalar nuevas direcciones. Sin embargo, Freud expresa que no hay nada que se pueda cambiar en la dinámica de la cura, tal como la ha descrito en 1912. El hecho es que Freud quiere sobretodo contestar a Putnam y a la escuela de Zürich, partidarios de un psicoanálisis más normativo y moralización y a Ferenczi, quien, basándose en las dificultades técnicas de un caso de histeria, acababa de preconizar la técnica “activa” (1919). Freud persiste en rechazar toda actitud moralizadora: “No podemos evitar encargarnos también de pacientes completamente inermes ante la vida, en cuyo tratamiento habremos de agregar al influjo analítico una influencia educadora, y también con los demás surgirán alguna vez ocasiones en las que nos veremos obligados a actuar como consejeros y educadores. Pero, en estos casos, habremos de actuar siempre con máxima prudencia, tendiendo a desarrollar y robustecer la personalidad del paciente, en lugar de imponer las directivas de la nuestra propia”, (p. 164). En cuanto a la actividad que preconiza Ferenczi, Freud afirma su posición en forma muy clara. Es cierto que el psicoanalista es activo en sus dos tareas esenciales, hacer consciente lo reprimido y descubrir las resistencias. ¿Debemos quedar satisfechos con esto? Sería natural colocar al paciente en la situación psíquica más favorable - la solución del conflicto; sus realizaciones dependen en parte de múltiples circunstancias exteriores cuya influencia converge sobre él; la actividad del médico es inobjetable en cuanto modifica esta constelación de circunstancias interviniendo en ella de un modo

adecuado. Se abre aquí a la técnica analítica un nuevo camino. Freud no intenta recomendar esta nueva técnica, todavía en formación, y se limita a hacer resaltar el principio que ha de ser la norma fundamental en el estudio de este nuevo campo: “La cura analítica ha de desarrollarse, dentro de lo posible, en una situación de privación, de abstinencia”. El concepto de abstinencia no supone la ausencia de toda satisfacción, — cosa, naturalmente, imposible — ni la privación sexual, sino “algo mucho más estrechamente enlazado a la dinámica de la adquisición de la enfermedad y de su curación”. Reproducimos integralmente el párrafo siguiente: “Recordaréis, que lo que hizo enfermar al sujeto fue una privación y que sus síntomas constituyen, para él, una satisfacción sustitutiva. Durante la cura podéis observar que todo alivio de su estado patológico retarda la marcha del restablecimiento y disminuye la fuerza instintiva que impulsa hacia la curación. Ahora bien; no nos es posible, en modo alguno, renunciar a esta fuerza instintiva, y toda disminución de la misma significa un peligro para nuestros propósitos terapéuticos. ¿Cuál será entonces la consecuencia obligada? Que, por muy cruel que parezca, hemos de cuidar de que la dolencia del enfermo no alcance un término prematuro. Al quedar mitigada por la descomposición y la desvalorización de los síntomas, tenemos, pues, que instituir otra nueva, sensible privación, pues si no, corremos peligro de no alcanzar, ya nunca, más que alivios insignificantes Y pasajeros” (p. 162). En las páginas siguientes, Freud explica las aplicaciones esenciales de la regla de abstinencia: 1º Fuera del tratamiento, a medida que los síntomas desaparecen, el paciente aprovecha la extraordinaria facultad de desplazamiento de a libido para crearse nuevas satisfacciones sustitutivas, que acaparan la energía necesaria para la propulsión del tratamiento; as desviaciones pueden resultar de gravedad, cuando gratifican la culpabilidad y la necesidad de castigo que mantienen a muchos enfermos tan tenazmente adheridos a su neurosis. “La actividad del médico ha de manifestarse en todas estas situaciones como una enérgica oposición a las satisfacciones sustitutivas prematuras” (p. 163). 2º Pero más que en otra parte, es en el tratamiento, es decir, en la relación transferencial con el médico, que el paciente busca satisfacciones sustitutivas. Habremos de hacerle alguna concesión a este respecto, y más o menos amplia según la naturaleza del caso y la idiosincrasia del enfermo (es lo que fue llamado “regla del mínimo” D. L.). Pero no es conveniente extremar la tolerancia: “Gran parte de los deseos del enfermo en

cuanto a su relación con el médico habrán de quedar incumplidos, debiendo serle negada precisamente la satisfacción de aquellos que nos parezcan más intensos y que el mismo manifieste con mayor apremio” (p. 164).

Para concluir, la formulación y el comentario de la regla de abstinencia permiten profundizar la dinámica del psicoanálisis y de la transferencia. Podemos resumir este adelanto en las proposiciones siguientes:

1° En el tratamiento, el psicoanalista es activo, no sólo por su actitud atenta y comprensiva, no sólo cuando interpreta las resistencias y lo reprimido, sino también por la aplicación de la regla de abstinencia.

2° Ya que Freud homologa la frustración que produce la aplicación de la regla de abstinencia con la frustración que fue al origen de la enfermedad, y la neurosis de transferencia con los síntomas de la neurosis, es lógico admitir una relación dinámica entre la aplicación de la regla de abstinencia y el desarrollo de la neurosis de transferencia.

IV. LA TRANSFERENCIA Y LA REVISIÓN DE LAS TEORÍAS FREUDIANAS (1920-1939)

La transferencia ha aparecido como un eje del psicoanálisis, no sólo porque representa uno de los instrumentos esenciales de la acción terapéutica, sino porque constituye un camino de transición de la práctica a la teoría; Freud afirmó muy tempranamente y repitió a menudo que la transferencia era una de las mejores pruebas de la etiología sexual de las neurosis. Ya que Freud hace revisiones importantes de sus teorías, se podría esperar: 1° que la transferencia haya participado por algo en la necesidad de estas revisiones; 2° que la transferencia haya sufrido la repercusión de las mismas. Desgraciadamente para el historiador, la transferencia está mucho menos presente de lo esperable. Sin embargo, las dos previsiones están en parte justificadas, la primera por lo que se refiere a la revisión de la teoría de los instintos, la segunda por lo que se refiere a la revisión de las teorías tópicas y por la segunda teoría del aparato psíquico.

**LA TRANSFERENCIA Y EL ELLO: LA COMPULSIÓN A LA
REPETICIÓN**

El problema de la transferencia es considerado varias veces en “Más allá del principio del placer” (1920. T. II, p. 219 etsqtes); la transferencia, junto con la neurosis traumática y el juego de los niños, es uno de los datos psicológicos que sirven a Freud para demostrar la existencia de un automatismo de repetición que trasciende al principio de Placer- Displacer.

Estas ideas ya se habían transparentado en trabajos anteriores; Freud ha siempre admitido que la transferencia era una repetición: en “La dinámica de la transferencia” (1912), habla de clisés, de estereotipas; en “Recuerdo, repetición y elaboración” (1914), hace resaltar el carácter “compulsivo” de la repetición; además, cita este trabajo en “Más allá del principio del placer”, al principio del capítulo III, cuando empieza con el problema de la transferencia (p. 231, Nº 1) ; por otra parte, la descripción no aporta nada nuevo; desde el punto de vista técnico, el principio del capítulo III es un admirable resumen de los descubrimientos de Freud. Pero los hechos están presentados con un enfoque distinto. La experiencia sexual infantil fue una experiencia dolorosa, un fracaso y una herida narcisista; el Principio del Placer exigía, pues, su represión por el Yo; su repetición en la transferencia, trayendo de nuevo los instintos reprimidos, es contraria al Principio del placer y proviene de la compulsión a la repetición (p. 231-236). Es cierto que el pensamiento de Freud parece implicar algunas reservas: en un principio, el niño esperaba placer; más tarde, lo que produce displacer a una instancia (el Yo) puede resultar placentero para la otra (el Ello): la experiencia puede resultar menos displacentera cuando aparece bajo la forma de recuerdos y de sueños. Sin embargo, no hay que tomar estas observaciones como dificultades, y en el capítulo V, Freud afirma del modo más categórico que la compulsión a la repetición, en la transferencia, es independiente del Principio del Placer: “Al contrario (de la repetición en el juego del niño), en el analizado, se ve claramente que la obsesión de repetir, en la transferencia, los sucesos de su infancia, se sobrepone en absoluto al principio del placer, lo trasciende. El enfermo se conduce en estos casos por completo infantilmente y nos muestra de este modo que las reprimidas huellas de recuerdo de sus experiencias primeras no se hallan en él en estado de ligadura, ni son hasta cierto punto capaces de proceso secundario. A esta libertad deben también su capacidad de formar por adherencia a los restos diurnos una fantasía onírica optativa. La misma obsesión de repetición nos aparece con gran frecuencia como un obstáculo terapéutico, cuando al final de

la cura queremos llevar a efecto la total separación del médico, y hay que aceptar que el oscuro temor que siente el sujeto poco familiarizado con el análisis, de despertar algo que a su juicio sería mejor dejar en reposo, presente en el fondo la aparición de esta obsesión demoníaca” (p. 249).

Podemos decir, pues, que si los fenómenos de transferencia están en el primer plano de los hechos que llevan a Freud a postular la compulsión a la repetición, la compulsión a la repetición repercute a su vez sobre la forma pesimista en que describe los fenómenos de transferencia; no utiliza más que la repetición automática de los impulsos reprimidos; deja de lado el aspecto dinámico y quizá creador de la tensión que los lleva a nuevas experiencias y atrae hacia nuevos objetos. Simultáneamente, las hipótesis tópicas, formulando en forma nueva la oposición del Yo y de los impulsos reprimidos, llevan a hacer resaltar la conformidad de la defensa del Yo con el Principio del Placer, y por consiguiente, su disconformidad con el Ello.⁽¹⁰⁾

TRANSFERENCIA Y SUPER – YO

Este nuevo concepto de la tópica o estructura del aparato psíquico, Freud lo expone en 1923 en “El Yo y el Ello”; pero es en “Psicología de las masas y análisis del Yo” que muestra como incide, no sobre la transferencia en el psicoanálisis, sino sobre la transferencia tal como se presenta en el enamoramiento, en la hipnosis y en la vida social.

En un trabajo anterior, había señalado ya la idealización del objeto amoroso. Tratándose de casos extremos, Freud piensa que “toda la situación puede ser resumida en la siguiente fórmula: *el objeto ha ocupado el lugar del ideal del Yo*” (T. IX, p. 57) ; por otra parte, si el objeto ocupa el lugar del Yo, el Yo se modifica parcialmente conforme al modelo del objeto perdido, es decir,

¹⁰ En las “Observaciones sobre la teoría y la práctica de la interpretación onírica” (1923. T. XIX, p. 175), Freud precisa algo más el papel de la compulsión a la repetición en la transferencia: “...Cabe agregar, aquí, que es la transferencia positiva la que presta semejante ayuda al impulso de repetición. En tal trance, se ha llegado a una alianza del esfuerzo terapéutico con este impulso; alianza que se dirige ante todo contra el principio del placer, pero que en última instancia persigue la entronización del principio de la realidad. Como señalé en esa oportunidad, ocurre con harta frecuencia que el impulso de repetición se libera de los compromisos implícitos en esta alianza, conformándose con el retorno de lo reprimido en la forma de imágenes oníricas”.

se identifica con él (p. 58) ; de todos modos, se trata, según lo expresa Ferenczi, de una introyección del objeto en el Yo.

La hipnosis es semejante al enamoramiento. El hipnotizador ocupa el lugar del Ideal del Yo; es como el líder de una formación colectiva de dos personas (p. 59, p. 72); es como el padre primitivo que constituye el ideal de la masa, que domina a la masa sustituyéndose a su Ideal del Yo (p. 72); el carácter inquietante de la hipnosis proviene de la represión de estos sentimientos, de estos deseos y de estos impulsos a la vez bien conocidos y arcaicos. En este grupo de dos, la sugestión se basa, no en la percepción ni en el razonamiento, sino en un lazo erótico. Es un abandono amoroso total con exclusión de toda satisfacción sexual, mientras que en el enamoramiento, dicha satisfacción no se halla sino temporalmente excluida y perdura en segundo término, a título de posible fin ulterior. El ejercicio de la prueba de la realidad, que Freud ha de considerar, en “El Yo y el Ello”, como una función esencial del Yo (¹¹), es subyugado por el hipnotizador: El Yo experimenta como en un sueño todo lo que el hipnotizador exige y afirma. Los procedimientos hipnóticos no sirven más que para desviar y fijar la atención consciente; el hipnotizador evita atraer sobre sus intenciones el pensamiento consciente del sujeto, y cae éste en una actitud en la que el mundo tiene que parecerle desprovisto de todo interés; inconscientemente, concentra toda su atención sobre el hipnotizador, y se establece entre el hipnotizador y el sujeto un estado de “rapport”, de transferencia. “Los métodos indirectos del hipnotismo producen pues... el efecto de impedir determinadas distribuciones de la energía psíquica, que perturbarían la evolución del proceso inconsciente, y conducen, finalmente al mismo resultado que las influencias directas ejercidas por la mirada o por los “pases”. “Parece demostrable que Freud ha pensado, necesariamente, en la regla fundamental analítica, pues, aquí mismo, Freud evoca en una nota una observación que hizo a menudo: cuando las asociaciones libres quedan detenidas, y los estímulos que de costumbre las provocan permanecen ineficaces, es siempre por la interferencia de contenidos transferenciales: “... a fuerza de insistir, se acaba por hacer confesar al paciente que piensa en el

¹¹ En “Psicología de las masas y análisis del Yo”, la prueba de la realidad es una función del Yo Ideal. Ulteriormente, como lo decimos, Freud restituye esta función al Yo. Pero es clásico admitir que el Yo, en la prueba de la realidad, no queda independiente del Super-Yo. Un resultado del tratamiento es proporcionarle esta independencia.

paisaje que descubre a través de las ventanas del gabinete de consulta, en el tapiz que adorna el muro o en la lámpara que pende del techo. Deducimos, entonces, que comienza a experimentar la transferencia, que es absorbido por ideas aún inconscientes que se refieren al médico, y vemos desaparecer la detención de sus asociaciones en cuanto le explicamos su estado” (p. 71). No queremos confundir situaciones distintas, pero podemos pensar que Freud estuvo muy cerca de la idea de que el analista no necesita más que el hipnotizador decir al paciente: “Ahora se va Ud. a ocupar exclusivamente de mi persona; el resto del mundo carece de todo interés”; limita a formular la regla fundamental. ⁽¹²⁾

En “Inhibición, síntoma y angustia” (T. XI), que resulta, importante para varios problemas y para este mismo que ríos ocupa, no hay, por así decirlo, ninguna referencia explícita la transferencia. Las observaciones más específicas se encuentran en la sección A del apéndice (cap. XI, p. 67) donde Freud hace una nueva clasificación de las resistencias que se presentan en el curso de un análisis. Tres de estas resistencias provienen del Yo: la primera es la represión; la segunda, es la resistencia de la transferencia de la misma naturaleza, pero que hace en el análisis apariciones distintas y más claras, pues ha conseguido constituir una relación con la situación analítica o con la persona del analista y reanimar con ello una represión que sólo debía ser recordada; la tercera es el beneficio secundario de la enfermedad, y se basa en la integración del síntoma por el Yo. La resistencia del Ello, que perdura después de la superación de la resistencia del Yo, es la compulsión a la repetición, la atracción que ejercen los prototipos inconscientes sobre los procesos instintivos reprimidos; se supera por la elaboración (Durcharbeiten). La quinta clase de resistencia, la del Super-Yo, la más oscura, aunque no siempre la más débil, proviene del sentimiento de culpabilidad y de la necesidad de castigo; desafía todo esfuerzo y por lo tanto toda curación por medio del análisis.

¹² Cf Anna Freud: “El Yo y los mecanismos de defensa”, p. 38: “Invariablemente, observamos al paciente dentro de la situación analítica, en un estado intrapsíquico artificial. La lucha entre las fuerzas de las dos instancias psíquicas — el Ello y el Yo — se decide en favor del Ello, sea por de estado de sueño, o por la obediencia a la regla analítica fundamental”; y as adelante, p. 39: “La posibilidad de tornar consciente lo inconsciente y la influencia terapéutica de las relaciones entre el Ello, el Yo y el Super Yo tal vez dependan de la situación analítica, la cual se establece en forma artificial y es todavía muy similar a la de la hipnosis, donde la actividad las instancias del Yo hállase reducida”.

ÚLTIMOS TRABAJOS (1926-1939)

Difícilmente se podría sobrevalorar la importancia de la revisión por Freud de sus teorías en lo que se refiere a la teoría de la transferencia. No se puede discutir el interés de las ideas sobre la transferencia que expresa en “Más allá del Principio del Placer” o en “Psicología de las masas y análisis del Yo”. Entretanto, no podemos pensar que, respecto a la transferencia, Freud haya desarrollado todo lo que implicaban las nuevas ideas; no establece relación entre sus ideas nuevas y los conceptos anteriores, por ejemplo, los que están expresados en “La dinámica de la transferencia” (1912). Sin embargo, entre los años 20 y 30, ha escrito muy poco directamente sobre este problema, y este poco muestra bien que no ha cambiado sus ideas esenciales. El mismo, en la “Nueva introducción al psicoanálisis” (1932) manifiesta explícitamente que no tiene nada para agregar a la teoría del tratamiento tal como la ha descrito, quince años antes, en la “Introducción”. Lo mismo se puede decir, según nos parece, de los últimos trabajos; cierta página de “Análisis terminable e interminable” (Revista de Psicoanálisis, T. IV, p. 229), deja transparentarse alguna resistencia a la promoción de la transferencia negativa, que sería sin embargo la consecuencia lógica de los adelantos aportados por Freud en el conocimiento de la agresividad y de los mecanismos de defensa del Yo. ⁽¹³⁾

(Traducido por Madeleine Baranger)

¹³ En el próximo número, se publicará la segunda parte de este trabajo

