

La relación de la transferencia y la interpretación en la terapia psicoanalítica*

John Klauber

(LONDRES)

Uno de los más tempranos descubrimientos del psicoanálisis fue que había otro factor involucrado en la terapia además de las interpretaciones del analista. Se trataba del desarrollo de intensos sentimientos de apego por parte del paciente. Freud llegó a considerar tales sentimientos como indispensables, no sólo como fuente de material para la interpretación analítica sino como una ayuda beneficiosa para el tratamiento. En 1913 recomendó que la transferencia positiva del paciente no se interpretara hasta que éste la usara como una resistencia.

No obstante, el énfasis total del criterio freudiano de la terapia psicoanalítica radicó en destacar el valor de la capacidad de entender, hallándose aquí la esencia de la revolución psicoanalítica. “Donde era el ello, debe serse el yo.” ** A pesar de la utilidad del apego del paciente al analista, en cuanto a inducirle a tomar en cuenta y aceptar las interpretaciones, y también como una fuente de material, la naturaleza cruda e infantil de dicho apego era tal que en última instancia la transferencia resultaba ser una resistencia contra el análisis, tanto si adoptaba ostensiblemente una forma libidinal como una agresiva. De modo similar, debía entenderse la contratransferencia primordialmente como la resistencia no analizada del analista al material del

* Publicado originalmente en “The International Journal of Psychoanalysis”, vol. 53, pp. 385-91 (1972).

** *Wo Es war, soll Ich werden*. La traducción literal de la famosa cita de Freud sería: “Donde era el ello, ha de devenir el yo”, o “debe llegar a ser el yo”, pero estas traducciones causan la sensación de una pasividad del yo, por lo cual se emplea el reflexivo del verbo ser, con el que se desea expresar la actividad implícita requerida del yo. A su vez, el uso de “devenir” o “llegar a ser” da la idea de un proceso cuando Freud pone énfasis en la necesidad de la instalación de ese yo. [N. de T.]

paciente, y especialmente a su transferencia, la cual requería una resolución mediante la interpretación de su contenido inconciente.

Quisiera en este trabajo presentar mi propia manera de entender algunas tendencias en el desarrollo de la teoría de la transferencia y lo que suele denominarse contratransferencia, e intentar a su vez algunas formulaciones adicionales en cuanto a su interacción con la interpretación. Naturalmente reconozco que sólo he de lograr una aproximación a un tema tan sumamente complejo y difícil.

Por más que un psicoanalista quiera prescindir de la “falacia genética” de Hartmann de considerar el presente equivalente a sus orígenes, la psicología psicoanalítica es una psicología de pulsiones, las que, en última instancia, son biológicas; se deriva, como Bernfield lo mostró claramente, de la escuela de Helmholtz, encarnada en Brücke, maestro de Freud, quien reconoció en aquél la influencia intelectual más importante de su vida.

La técnica del análisis en función de pulsiones biológicas, inevitablemente posee una tendencia “reductora”, como temprano lo hiciera notar Jung. Si las interpretaciones reductoras se dan hábilmente, liberan, al revelar la medida en que los impulsos interpretados son ajenos al yo, y surge a su vez la creatividad, con la cual el yo es capaz de utilizar los impulsos, como en la riqueza de su elección del simbolismo. Esto resulta especialmente evidente en el análisis de los síntomas. Si las interpretaciones reductoras se dan crudamente para “explicar” sistemas de valores, tienden a devaluar las aspiraciones que se basan en aquellos, y provocan una sensación de desesperanza. En la práctica, la habilidad del analista en gran parte ha de medirse por su éxito en balancear estas implicancias reductoras con otros rasgos del psicoanálisis que las hacen liberadoras. El psicoanalista logra esto de diversas maneras: con las cualidades morales a su disposición para interesar al paciente y permitir la identificación con él; mostrándole el valor positivo de mecanismos primitivos, como por ejemplo, cuando la envidia y la incorporación oral se usan para la adquisición de nuevos ideales para el yo; mediante la educación que acompaña a la interpretación, al aceptar las realidades del ello; mediante el análisis de angustias corrientes en términos cotidianos; y con los innumerables intercambios entre el paciente y el analista que hacen que la experiencia

analítica sea una experiencia humana. Pero estos elementos más complejos en la interacción entre paciente y analista, si bien descritos en la obra de Freud, sólo surgieron de a poco como tema de discusión teórica. Jugaron un papel secundario en la consideración de Freud de los mecanismos de la cura psicoanalítica. En realidad Freud desaprobaba las indagaciones frecuentes en los mecanismos de la cura, considerando que ya debían entenderse suficientemente. Con esta actitud dejaba de aplicar los principios que él mismo había descubierto: decía que la persistencia de una duda indica que por lo menos queda un problema inconciente.

Para mí, el trabajo de Strachey de 1934, “La naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis”, representa un giro decisivo. Por un lado representó la apoteosis del criterio helmholtziano de la terapia psicoanalítica como el descubrimiento y la resolución de fuerzas latentes en el paciente, las que luego se expresaban como “paquetes de energía del ello” dirigidos hacia el psicoanalista. Por esta razón la única posibilidad de una interpretación “imitativa” radicaba en interpretar la transferencia, y todas las otras interpretaciones o mecanismos terapéuticos no eran sino una preparación para esto. Por otro lado, y según mi punto de vista en incómoda yuxtaposición con este modo de pensar, la mutación se daba mediante la incorporación al superyó del paciente de las actitudes del analista con respecto a los impulsos. Esto se lograba mediante la capacidad del analista de interpretar, y también de comportarse de un modo objetivo al confrontarse con los impulsos del paciente. En mi opinión es claro que esto debe implicar la incorporación de aspectos de sus sistemas de valores, los que en la práctica resultan ser complejos e individuales. [El estudio de pacientes que previamente se han tratado con otro psicoanalista revela las enormes diferencias existentes entre los analistas en cuanto a la moral y otros juicios de valor.] A pesar del respeto que Strachey profesaba por la importancia del comportamiento no verbal del analista que podía resultar en una interpretación imitativa “implícita”, subrayó que la interpretación detallada de las fantasías específicas en general es esencial.

El trabajo de Strachey, con su énfasis en liberar las fuerzas latentes en la transferencia, tuvo una influencia inmensa sobre todos los psicoanalistas, y este autor presentó un modelo bastante convincente de aquellas fases de un

análisis que son satisfactorias tanto para el paciente como para el analista. En vez, no presentó un cuadro convincente del análisis “con todas sus verrugas”, y yo creo que hay unas cuantas verrugas en la mayoría de los análisis. El trabajo de Strachey, de hecho, finaliza con preguntas no resueltas con respecto a la dificultad interna del analista en hacer interpretaciones, y es aquí donde surge la necesidad de enfoques nuevos.

El modelo de Strachey otorga gran importancia al aspecto técnico de la interpretación del analista, técnica cuidadosamente protegida al mantener la personalidad de éste tan al margen como sea posible. Si bien se trata de un ideal de gran valor heurístico, puede considerarse un poco intimidatorio en cuanto descripción de un proceso clínico. Como puntualizó Winnicott, todos reaccionamos de modo diferente a cada uno de nuestros pacientes, de manera que frecuentemente vienen al caso las palabras usadas en la Sociedad Psicoanalítica Británica: “la meta del análisis es que el análisis sea estándar”. Lo que Winnicott aparentemente quería decir era que en estos casos, cuando nuestra capacidad de interpretar finalmente funciona sin tropiezos, hallamos que el paciente está en vías de estar curado. Esto es un fenómeno bastante común, pero la mejora del paciente parece difícil de explicar basándose en la hipótesis de Strachey de la necesidad de una interpretación precisa y específica de la transferencia sin modificación alguna.

Si el progreso terapéutico depende de la introyección del sistema de valores del analista en relación con los impulsos del ello, estos valores en este tipo de caso no se han transmitido sólo mediante el contenido detallado de la interpretación del analista en la transferencia, pues la transferencia se ha entendido con gran dificultad, y las interpretaciones han sido inexactas. La modificación del superyó del paciente debe haber acontecido por alguna forma de la comunicación inconciente: o sea, mediante la interpretación mutativa “implícita” de la que habla Strachey. Esta hipótesis, sin embargo, requiere una reconciliación complementaria con su énfasis general en la importancia de la interpretación detallada y específica. La aceptación que la interacción de la transferencia - contratransferencia entre el paciente y el analista es algo considerablemente más complejo, de hecho ganó terreno en forma creciente desde la época del trabajo de Strachey; y ha resultado ser

correspondientemente difícil delimitar los significados de estas expresiones mediante definiciones precisas. Quizás pueda decirse que la contribución más sorprendentemente original a este tema fue el trabajo “Sobre la transferencia y la contratransferencia” (1939), de Alice y Michael Balint, autores que señalaron el hecho de que el analista también tiene una necesidad emocional de conducir su trabajo de un modo que se adecuó a su personalidad. Sin embargo concluyeron que salvo unas pocas excepciones, la transferencia del paciente evoluciona independientemente de la contratransferencia del analista. Michael Balint, no obstante, no quedó atrás en destacar el factor correspondiente en las operaciones del analista: o sea, cada analista tiene su atmósfera individual, fácilmente reconocible. Es decir, la transferencia del analista a sus pacientes evoluciona en cierta medida dentro de un molde fijo determinado por su propia personalidad. Seguramente se podría añadir: dentro de un molde determinado por su propia transferencia a su propio analista y al psicoanálisis. Es interesante que Alice y Michael Balint formularan tan temprano como en 1939 que en general se estaba cuestionando la posibilidad en sí de la actitud de tipo espejo que recomendaba Freud. Una segunda etapa en la reconsideración del criterio clásico ocurrió después de la guerra. Esta etapa pone el acento en la importancia terapéutica de la respuesta del analista. En 1947 Winnicott subrayó en “Odio en la contratransferencia” que el paciente necesita la realidad de las emociones del analista, las que pueden ser inclusive intensas y negativas, para apreciar la realidad de su propia personalidad; y en 1950 Paula Heimann señaló que la respuesta emocional del analista a su paciente podría ser una herramienta valiosa para entender por empatía, siempre y cuando estuviera debidamente controlada. Por primera vez la contratransferencia fue algo más que un asunto de la transferencia y de la resistencia no resueltas del analista. Una tercera etapa, a la que Searles y Racker contribuyeron de modo importante, reconoció la frecuencia de un vínculo complejo entre el paciente y el analista, mientras que una cuarta etapa, aún no resuelta satisfactoriamente, se caracteriza por la tentativa de diferenciar los elementos transferenciales y no-transferenciales en la relación y definir la “realidad” en la situación analítica.

Me parece que una de las dificultades en la teoría del proceso terapéutico ha sido una tendencia a verlo demasiado desde el punto de vista del contenido de la interpretación a expensas de un estudio adecuado del significado de la

interpretación en la compleja relación de la transferencia mutua. El trabajo de Charles Rycroft de 1956 sobre “La naturaleza y la función de la comunicación del analista con el paciente” fue una excepción notoria.

Los elementos de la transferencia que se han interpretado clásicamente son los componentes insatisfechos de los impulsos amorosos del paciente, sus defensas contra éstos, y sus reacciones frente a la frustración de los mismos, entre ellas, especialmente la agresión. La interpretación de estos impulsos también subyace a gran parte del análisis de la proyección y de la introyección expresada en función del *self*, como Strachey trató de mostrar con respecto al superyó. En la medida que la interpretación en esta dirección actúa para mantener al paciente, lo mantiene mediante las satisfacciones afectivas inherentes en la resolución del conflicto, al aumentar su conciencia de tal conflicto, y mediante la estimulación incrementada de su vínculo afectivo con el analista. Pero habitualmente sólo somos capaces de analizar la naturaleza del vínculo real en términos comparativamente crudos y generales, sumamente dependientes de una reconstrucción. Lo que expresa el paciente, sea abierta o inconcientemente, es, en el contexto, en gran parte fantasía, y esto ya es defensivo. Podemos inferir algo de la naturaleza general de los impulsos amorosos que mantienen al paciente en el análisis por la forma que adoptan sus trastornos; sea la angustia por una separación, sea la idealización o las defensas posteriores contra la agresión, sean las actitudes orales hacia la interpretación, etcétera, o sea la naturaleza de las hostilidades latentes. Pero con la naturaleza positiva del vínculo —aquella parte de nuestras personalidades y del proceso analítico que hace revivir los recuerdos de la continuidad normal de la niñez, y lo que son estos recuerdos—, frecuentemente trabajamos en gran parte a oscuras. Creo que estas perspectivas se hallan en una dirección algo semejante a la que Freud expresa en “Las construcciones en el análisis” (1937). Puede verse algo similar cuando el paciente viene por un segundo análisis con un analista nuevo; este paciente está mejor capacitado para contar al analista nuevo qué es lo que anduvo mal en su análisis previo que lo que puede manifestar con respecto a los aspectos positivos que lo ayudaron durante los años de su análisis anterior. Es cierto que cuando reconstruimos el afecto del paciente hacia sus padres, nos gratifica (obsequia) con sus recuerdos. Pero éstos desempeñan un papel comparativamente

pequeño en un análisis que trata con trastornos, y tienden a surgir después del análisis de la agresión defensiva.

Yo sostengo que las transferencias que mantienen al paciente con nosotros pueden analizarse más fácilmente en términos instintivos bastante crudos que en términos de actitudes caracterológicas y de simpatías derivadas de la cristalización compleja de fantasías que en su mayoría se hallan en la fase fálica y en la latencia. ¿Quién sabe en todos los casos qué es lo que causa una simpatía inmediata entre el paciente y el analista o una rapidez de entendimiento (aunque podamos analizar lo opuesto más fácilmente)? Puede depender, por ejemplo, de un aprecio inconsciente inmediato de las zonas de vulnerabilidad mutua, que no se revelan hasta un segundo análisis si es que llegan a revelarse. Sin embargo, la naturaleza de esta transferencia no analizada debe desempeñar un papel importante en el resultado. Después de todo, el paciente trae sus asociaciones al analista como persona. ¿En qué grado su concepción básica del analista ha de influir en la selección de lo que trae? ¿Y hasta qué punto no nos afecta esto, y nuestra propia contratransferencia en lo que podemos decir? Yo reconozco que las asociaciones libres del paciente y nuestros propios análisis suponen contrarrestar esto. Pero, ¿por qué es que a pesar de nuestros análisis y nuestro constante autoexamen, sólo podemos conceptualizar los análisis de nuestros pacientes satisfactoriamente para nosotros después que finalizaron? ¿Y por qué los pacientes frecuentemente logran la pieza más significativa de su labor analítica o incluso sólo abordan su problema principal después de finalizado el análisis?

En otras palabras, ¿qué tipo de amor secreto y de odio secreto han necesitado el paciente y el analista para que la relación fuera viable? La situación afectiva y de entendimiento en el análisis en cierta medida descansa sobre un contrato social. Una cosa es indudable; ningún paciente relata o puede relatar todo a su analista, ni siquiera todo lo que le acontece conscientemente. Todos los pacientes guardan sus secretos, ya sea debido a un anhelo de conservar una región de su vida no analizada, o para convencerse a sí mismos de su propio poder de contener sus temores más profundos, o porque temen herir excesivamente al analista. Pero sea cual fuere el motivo, implica una zona considerable de reservas. Y por más comprensivo y exitoso

que sea el analista con el paciente, creo que la mayoría de los analistas empiezan a sentir una clara sensación de irritación cuando un paciente osa demorarse más de veinte segundos en su camino a la puerta. ¿Y es solamente porque trabajamos tan fuerte que tomamos vacaciones tan largas? Todo esto debe operar significativamente en algún nivel de la decisión de finalizar un tratamiento, y aun más en aquellos tratamientos que terminan porque el paciente y el analista de algún modo han cesado de hacer una labor constructiva juntos.

Pero todo esto le da una perspectiva muy unilateral al psicoanálisis. La transferencia no analizada puede ser un vehículo importante de la cura o de la deficiencia de la cura tanto en el análisis como en otras terapias, pero la contribución específica del psicoanálisis radica claramente en sus interpretaciones.

¿Hemos de creer que las interpretaciones son simplemente el autobús al que se sube la transferencia analítica del paciente del mismo modo como una vez se subiera a la estimulación galvánica y como quizás se suba ahora al descondicionamiento? Strachey era totalmente conciente de este problema; se refería a la dificultad de conocer el efecto de cualquier interpretación por la libidinización que el paciente hace de aquella. De vez en cuando parecería casi que la interpretación no fuera más que un autobús. Como ya se indicara, el analista puede experimentar y aun sentir una obvia confusión intelectual, y el paciente puede a pesar de ello fortalecerse. Creo que hay un error, un error cometido a menudo, de tomar el progreso del paciente como una demostración de que el analista ha “entendido” al paciente. Pero hay grandes dificultades en el informar analítico, aunque de todos modos, casos así, si bien no son fuera de lo común, no son típicos. La situación típica, tal como la describe Strachey, es que hay una correlación categórica entre la especificidad y el detalle de la interpretación y el progreso del paciente. Yo agregaría dos puntos más. Primero, la interpretación exitosa acerca emocionalmente a paciente y analista; y en segundo lugar, como lo han subrayado varios analistas franceses, esto presupone las cualidades morales pertinentes en el analista.

La interpretación, pues, ocurre en el contexto de una relación, y por lo tanto debemos ser cuidadosos en determinar sus efectos. ¿Cuánto depende del contenido de las interpretaciones, cuánto del entendimiento sutil de un

código sobre el cual hay acuerdo inconsciente; cuánto depende de la autoridad prestada al analista por su convicción? Por -ejemplo, ¿cómo puede un analista que no está convencido de las reconstrucciones kleinianas de la temprana infancia, y de la validez de la técnica basada en aquellas, explicar satisfactoriamente los resultados kleinianos? ¿Como una ilusión? Eso implica un peligro para todos nosotros: nuestros opositores siempre han pensado que los resultados psicoanalíticos son una ilusión. ¿Una ilusión parcial? Entonces, /de qué dependieron los resultados si no de las interpretaciones basadas en las hipótesis kleinianas sobre la patología? ¿Simplemente dependieron de una transferencia no analizada o de aquellas porciones de la labor interpretativa que eran clásicamente freudianas, produciendo resultados parciales en proporción a su aceptabilidad clásica? Yo no creo que muchos psicoanalistas considerarían convincente la hipótesis de una relación tan directa entre el contenido de la interpretación y los resultados obtenidos.

¿Podrían explicarse los resultados exitosos por la catexia de la función analítica por el paciente, exactamente del mismo modo como el niño puede investir las funciones de la madre más que a la misma madre, con lo cual está en mejores condiciones para soportar algunas de las vicisitudes provenientes de relaciones objétales cambiantes? Esto ubicaría el contenido de la interpretación analítica como sugestión, * y su efectividad dependería en realidad de la afinidad del paciente por el método analítico, y en cierta medida de la personalidad y la inclinación interpretativa del analista, quizás reforzada en proporción al grado de consistencia interna de las interpretaciones. ¿O un analista tan escéptico explicaría los resultados kleinianos como si se basaran en la verdad psicológica, aun cuando esta verdad se exprese en un lenguaje simbólico que por sí mismo no hace frente al examen lógico? Esto ubicaría a la interpretación kleiniana en el ámbito de la verdad religiosa, y plantearía dudas acerca de la verdad objetiva de toda interpretación psicoanalítica. Yo creo que en cierta medida tales incertidumbres son inevitables en cualquier tipo histórico de entendimiento, especialmente cuando los postulados básicos del psicoanálisis apenas pueden someterse a la verificación por observación directa, o aun a mucha verificación por evidencia histórica. Esto es un problema

* El original dice "*suggestion*", único vocablo de significados múltiples, los que se extienden desde la simple sugerencia a la total sugestión, pasando por la indicación y la insinuación. [N. de T.]

de muchas ciencias, en las que, como señaló Woodger, la controversia habitualmente ha demostrado ser irreal o, como lo formulara recientemente J. O. Wisdom (1969), se interesa no en lo fáctico sino en la *Weltanschauung*. Lo que nuestras controversias parecen manifestar, sin embargo, es que con la falta de métodos de evaluación del proceso psicoanalítico, nuestra fe en nuestros sistemas interpretativos no parece mostrar una gran capacidad de modificación. Una “confirmación” a través de la creciente comprensibilidad de las comunicaciones del paciente, reforzadas con recuerdos, y con el desarrollo de actitudes neuróticas en relación con el psicoanalista, frecuentemente parecen menos impresionantes cuando se examinan lógicamente que cuando aparecen en su impacto convincente en el consultorio. Estas experiencias “confirmatorias” son aceptadas por psicoanalistas que sostienen que sus enfoques son incompatibles entre sí. Como lo afirmara Bernfeld en 1932, no es tanto que reconstruimos el pasado como que construimos un modelo de la personalidad, y el psicoanálisis comparte las mismas dificultades con otros estudios retrospectivos. He sugerido en mi trabajo, “El método histórico y científico en psicoanálisis” (1968), que este modelo podrá adoptar una forma variable, y que debe llegarse a algún acuerdo inconciente entre el paciente y el analista para su aceptación.

No niego aquí el valor de la interpretación y de la construcción, tan cuidadosamente estudiadas por autores tales como Loewenstein y Kris. La mente humana se satisface, y en cierto sentido se cura, con lo que siente como verdad. En el caso del psicoanálisis, la verdad se expresa en un sistema de explicación histórica. Pueden haber historiadores mejores o peores, y pueden haber sistemas históricos que satisfacen a algunos pacientes por su complejidad y sutileza, y a otros por su simpleza o flexibilidad. Pero se cumple para casi todos los pacientes que algún sistema sólido y convincente de explicación histórica es necesario para que se produzca satisfacción, vínculo y cura, y que éstos son los recursos sin los cuales el analista estaría perdido.

El papel de la interpretación por lo tanto sigue siendo el de la descripción clásica: el entendimiento detallado de la evolución de la neurosis del paciente, especialmente de sus reacciones compulsivas con el analista, en un sistema de

hipótesis enlazadas, en última instancia relacionadas con el carácter otorgado a la expresión de las pulsiones por experiencias tempranas.

Quisiera volver a las angustias que interrumpen este proceso de interpretación mutuamente satisfactoria, y a la luz de esto quisiera sugerir algunas conclusiones acerca de la interrelación de la interpretación y la transferencia mutua.

Strachey termina su trabajo advirtiéndole que la Sra. Klein le sugirió que debe haber alguna dificultad interna bastante especial que el analista debe superar al hacer una interpretación. Señala especialmente dicho autor que las interpretaciones de la transferencia tienden a evitarse, y atribuye esto al conocimiento del analista de que eso atraería cierta cantidad de energía del ello sobre sí mismo. Pero no comenta sobre la dificultad interna general al hacer interpretaciones.

En “Los elementos del psicoanálisis” (1963), Bion plantea como punto importante que a menudo las interpretaciones se hacen por parte del analista con la finalidad de negar la angustia que surgió en él por el hecho de que la situación le es desconocida y correspondientemente peligrosa. Esto obviamente se cumple para analistas inexpertos, pero yo estoy de acuerdo con Bion que sigue funcionando así. La formulación de Bion es, sin embargo, una muy general, en la que considera equivalentes lo peligroso y lo desconocido. Aquí puede haber arrancado una hoja del libro de Strachey, ya que la compulsión de interpretar debe relacionarse claramente con la angustia acerca de la relación del analista con el paciente. [Bion, naturalmente, ha vuelto al problema de la interpretación, por ejemplo en “La atención y la interpretación” (1970).]

¿Cómo puede definirse esta angustia? Parcialmente, como lo hace Strachey, o sea, como el temor a los impulsos del ello que se dirigirán hacia el analista. Pero si semejante temor ha de resultar comprensible por parte del analista, debemos observarlo más en detalle. Este temor debe estar vinculado a la angustia del analista con respecto a lo que puede forzársele a sentir, y con respecto a cómo puede reaccionar en consecuencia.

Puede, por ejemplo, reaccionar con agresión. En vez de sentir empatía por el paciente puede hallarse irritado o aburrido con éste, y comenzar a dar una interpretación imparcial y sin compasión. Es un fardo pesado para un analista el tener un paciente por el cual no siente simpatía * pero la causa fundamental de la angustia del analista no es su tendencia a la agresión. La agresión del analista es después de todo su defensa contra una tarea que se le exige pero que él encuentra imposible. Lo que debe repudiar es su identificación con los impulsos primitivos del paciente, que siguen siendo un peligro para él; es decir, la sexualidad agresiva temprana que busca gratificarse usando al analista como un objeto. Si el analista repudia estos impulsos, debe ser por el peligro de que él a su vez pueda sucumbir a ellos. La angustia subyacente del analista por lo tanto debe tener que ver con el peligro de introyectar al paciente, y luego, habiéndolo introyectado, responderle al nivel de la sexualidad repelida y derivada ** que se extiende por debajo de su carácter y de sus valores.

La interpretación debe por lo tanto servir para reducir el peligro de la estimulación sexual excesiva tanto para el analista como para el paciente. Es la habilidad de interpretar del analista lo que hace tolerable la situación para él y le asegura que mantendrá el control del yo. Quizás esto explique tan bien como ninguna otra cosa por qué, tal como sugiere Bion, el analista puede hacerse propenso a la interpretación compulsiva o, quizás pueda agregarse, a la retirada. “Allí donde era el ello, debe serse el yo” es la meta del análisis para ambas partes, y la interpretación representa *par excellence* la tentativa por promover la función del yo.

Ahora nos es posible definir más íntimamente la relación mutua de la interpretación, la transferencia y la contratransferencia. Detrás de las quejas del paciente, como descubrió Freud, hay una perturbación en su capacidad de amar o de trabajar, o dicho de otra manera, de integrar la libido con la agresión y con las exigencias de la realidad. El vehículo para la restauración de esta capacidad es el proceso analítico y actúa en la primera instancia alentando la

* La palabra simpatía (*sympathy*) tiene en inglés una amplitud mayor que en español, abarcando la simpatía en sí, pero también la benevolencia, la compasión y la solidaridad. [N. de T.]

** *Ward off* literalmente es atajar, apartar y cambiar de rumbo. Se traduce en general por rechazado y/o desviado (rechazar-desviar) pero he evitado esta traducción para no emplear términos que tienen una connotación propia en psicoanálisis que “*ward(ed) off*” no posee. [N. de T.]

capitulación del paciente ante lo reprimido. Hace esto de diversas maneras: abrogando la realidad mediante el uso del sofá y de la asociación libre, mediante la confirmación por el analista de la realidad psíquica que el paciente ha desechado, y mediante interpretaciones diseñadas precisamente para alentar a los impulsos repelidos y derivados a expresarse de otra manera. La primera cualidad del proceso analítico en general y de la interpretación en particular, por lo tanto, consiste en excitar el deseo sexual, e implícitamente, asumiendo la posibilidad de la cura, que equivale en el inconsciente a la liberación sexual, es promesa de gratificación, en última instancia. La interpretación, por consiguiente, se torna ella misma en un objeto sexual, y el paciente responde apropiadamente cuando la libidiniza, como lo hace indefectiblemente.

Sin embargo, el análisis también contiene una desilusión inherente. La interpretación es una gratificación sustitutiva. En vez de obtener la gratificación sexual directa, el paciente debe satisfacerse con una formulación intelectual. Aquí la interpretación tiene la función de limitar el deseo sexual, y hace esto dirigiéndose al contraste entre las fantasías excitadas del paciente y sus posibilidades realistas. Se comienza a vislumbrar una pugna inherente en el psicoanálisis —casi una broma— que quizás explique la relación ambivalente que no pocas veces caracteriza la actitud del paciente hacia su analista anterior, y el anhelo de volver al análisis, lo cual frecuentemente es un residuo más serio del tratamiento, no debidamente reconocido como tal.

Lo que necesita agregarse, siguiendo a Strachey, es que la interpretación también fija límites a la transferencia del analista. El analista opera enfáticamente mediante el uso controlado de la identificación proyectiva. Cuanto más sensible sea por lo tanto a los impulsos instintivos del paciente, tanto más constante es el peligro de la introyección, para obtener la vida de impulsos con la que se ha identificado y de contrarrestar la frustración despertada por las inhibiciones del paciente.

El predicamento posee gran importancia para entender la trascendencia de la interpretación como un regulador de la tensión psíquica entre el analista y el paciente. Durante la jornada de trabajo el analista tiene poco tiempo para el

autoanálisis; su energía se concentra en los pacientes. Las interpretaciones del tipo de primeros auxilios que se da a sí mismo deben por lo tanto expresarse en función del material del paciente. Por eso el analista es propenso a descargar su propia angustia por medio de interpretaciones abiertamente dirigidas al paciente. Esto es un segundo modo más activo en que el analista opera mediante la identificación proyectiva y permite una definición tentativa de un aspecto de la interpretación a hacerse. En un sentido la interpretación es la técnica de ponerse de acuerdo sobre una fórmula verbal que reducirá la tensión psíquica entre el analista y el paciente. La reducción de la tensión tiende a ser una necesidad aguda para el paciente; es una necesidad crónica para el analista que pasa su vida tratando pacientes, y requiere una atención constante. No estoy aquí describiendo las necesidades especiales de un analista perturbado. Los analistas viven de la interpretación. Nos ofrece una resolución emocional e intelectual. Cuando sentimos que entendemos algo debemos hallar nuestro camino para comunicarlo. Si se nos despoja de esta satisfacción no ha de pasar mucho tiempo sin que nos sobrevenga un cierto grado de inquietud.

La interpretación por lo tanto es libidinizada tanto por el analista como por el paciente, aunque de un modo más estructurado en el analista por la integración con el yo y el superyó. Quizás sea esta catexia de la interpretación con la libido crecientemente neutralizada tanto por el paciente como por el analista, lo que explica gran parte del *modus operandi* del análisis exitoso. La catexia de la interpretación es el vehículo del desplazamiento de la persona. Es el papel sexual estimulante desempeñado por la interpretación el que prepara el terreno para la introyección por parte del paciente de la función del analista más que de su persona, a la vez que prepara el terreno para que el analista esté más excitado por su trabajo que por un paciente individual cualquiera. Quizás también la catexia de la interpretación sea parcialmente la responsable de un temor disminuido al pensar según el proceso primario, y por lo tanto de una mayor potencialidad para la sublimación.

La desinvertidura de la persona del analista no es un proceso fácil para el paciente, especialmente porque a su personalidad se le ha otorgado un peso

adicional con toda la autoridad de la tradición psicoanalítica. Esta autoridad fuerza al paciente (en mi opinión) a desempeñar, en cierta medida, un papel subyugado. La prueba de la medida en que se siente forzado a acomodarse al analista y sus reservas acerca de esto se revelan en la región secreta que él guarda hasta que el análisis haya terminado. Ocurre frecuentemente, quizás siempre, que tan sólo después de finalizado el tratamiento formal, desaparece la represión-resistencia del paciente en ciertas zonas vitales, de modo que éste puede progresar de un modo nuevo, usando el análisis sólo para sí mismo.

Para el analista hay un problema similar pero diferente. El psicoanalista también ve al paciente de un modo nuevo después que termina el análisis, confirmando el grado de pugna mutua que debe de haber ocurrido durante el tratamiento. Freud sabiamente escribió todos sus historiales sólo después que habían finalizado los análisis. Pero el analista que se somete a un análisis de capacitación (didáctico) tiene un problema difícil no compartido por el paciente corriente y los efectos de aquél merecen ser estudiados. El analista capacitado no puede olvidar a la persona de su analista del mismo modo ni restablecer tan fácilmente el funcionamiento de defensas espontáneas normales. Las identificaciones formadas durante su análisis están constantemente en acción por lo que debe mantener un autoanálisis perpetuo. Yo creo que esto le impone una tensión especial al analista de la que el paciente se halla libre.

(Traducido por Bea J. de Capandeguy)