

**Elaboración y resignificación:
Un modo de pensar la Transferencia**

Sylvia Braun de Bagnulo*

Diciembre 1988.

No es el objetivo de esta comunicación, seguir la evolución del concepto de transferencia en la obra de Freud, sino poner a consideración el carácter elaborativo de ésta en el proceso de la cura.

Nos apoyaremos en dos nociones, que desde diferentes perspectivas nos permiten buscar algunas respuestas, así como dejar abiertas otras Interrogantes. Nos referimos a las nociones de trabajo psíquico y de resignificación.**

En “Recordar, Repetir y Reelaborar”. Freud plantea la transferencia como una forma de repetición, como la pieza más importante: “el analizado no recuerda en general nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo sino como acción, lo repite sin saber desde luego que lo hace”.⁽²⁾

* Av. Italia 2540- Montevideo - Uruguay

** Debo aclarar que no me refiero al concepto de pre-elaboración, concepto que queda más unido al trabajo Interpretativo, así como al vencimiento de las resistencias del Ello, es decir a la compulsión a la repetición. (1)En este abordaje no nos ocuparemos del aspecto interpretativo, cuya Importancia no desconocemos, pero que excede los límites de esta comunicación.

Freud se pregunta en este texto, qué se repite o se actúa. Nosotros lo acompañamos en esta interrogante y vemos cómo se va contestando en este y en otros textos. Se repite todo lo que se abre paso desde lo reprimido.

Antes de proseguir, quisiera detenerme en la acepción que le otorgamos al término actuar. En este texto Freud opone el recordar y el repetir, el recordar solo no alcanza. El paciente debe volver a vivenciar, de modo que lo reprimido debe surgir como vivencia presente, actual.

Encontramos varios pasajes que nos dan cuenta de este sentido: “Los fenómenos de transferencia nos brindan el inapreciable servicio de volver actuales y manifiestas las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes, pues en definitiva, nadie puede ser ajusticiado en ausencia”.⁽³⁾

También en “Análisis Terminable e Interminable” sostiene: “si un conflicto pulsional no es actual, no se exterioriza, es imposible influir sobre él mediante el análisis” (4)

Este punto nos llevó a consideraciones acerca del lugar del analista, el cual retomaremos más adelante.

Volviendo a lo que Freud se va contestando en relación a la repetición, encontramos⁽³⁾

a) La transferencia se produce en la cura y tiene sus raíces en modelos Infantiles. Se repiten mociones libidinales. Desde un punto de vista metapsicológico, la transferencia daría cuenta de la fuerza de

lo reprimido que busca expresarse en la relación con el analista.

b) La transferencia está unida a la resistencia, debe considerársela una resistencia en tanto reemplaza el recuerdo verbalizado por la repetición. La resistencia usaría la transferencia.

Este punto de vista es retomado en “Más Allá del Principio del Placer y en” Inhibición Síntoma y Angustia”.

En el primer texto,⁽⁵⁾ se enfatiza el aspecto defensivo ejercido por el yo: «la resistencia en la cura proviene de los mismos estratos y sistemas superiores que en su momento llevaron a cabo la represión”.

En Inhibición Síntoma y Angustia”, distingue la resistencia del Yo, dentro de las que ubica la resistencia de transferencia; de las resistencias de la compulsión a la repetición, que serían las del Ello, es decir, la atracción de los prototipos inconcientes sobre lo pulsional reprimido”. (6)

Ahora bien, si miramos desde la tónica, se perfila una distinción entre una tendencia a la repetición del lado del Yo y una tendencia a la repetición del lado del Ello.

La repetición del Yo estaría al servicio de la resistencia, en este caso la repetición es “ganada para el bando del Yo”, dice Freud.

Nosotros nos ocuparemos de la repetición del deseo inconciente que busca expresarse, que no adscribimos a la compulsión de repetición. Cuando Freud(5) intenta articular la nueva oposición Pulsión de Vida -Pulsión de Muerte con su concepción anterior, plantea como un escollo para su argumentación el no poder encontrar respecto a la pulsión sexual, el carácter de compulsión a la repetición.

Buscando el origen de las pulsiones sexuales, recurre al Mito de “El Banquete” de Platón, para fundamentar la aspiración a la reunión de estas pulsiones.

La repetición del deseo inconciente buscaría la reunión, que es lo que se hallaría en el origen y no el cero de lo inorgánico. Desde un punto de vista económico, buscaría una cierta descarga y no el cero.

La cuestión que quiero dejar abierta a discusión, es si podemos encontrar en la transferencia, otra participación del Yo que no sea la de resistencia. Nos parece que la noción de trabajo psíquico nos ofrece algunas respuestas.

La otra cuestión que quiero traer, es acerca de la repetición de lo reprimido. En este punto, la noción de resignificación nos abre un camino de reflexión.

La elaboración psíquica

La propuesta es considerar una función elaborativa que se despliega en la transferencia, promovida por la Pulsión de Vida.

Laplanche y Pontalis (1) definen la “elaboración psíquica” como “El trabajo realizado por el aparato psíquico con vistas a dominar las excitaciones que le llegan y cuya acumulación ofrece peligro de resultar patógena. Este trabajo consiste en integrar las excitaciones en el psiquismo y establecer entre ellas conexiones asociativas”.

La propuesta de Laplanche es realizar una analogía entre el trabajo de la cura y el modo de funcionamiento espontáneo del aparato

psíquico.

El trabajo que realiza el aparato es el de ligar la energía a determinados contenidos (7).

Este modelo es, a nuestro entender el que encontramos en la conceptualización de la represión primaria. El torrente pulsional queda fijado por la representación y determina que la pulsión se haga psíquica. La represión primaria implica por un lado la fijación de los representantes y por el otro, la fijación de la excitación pulsional.

Este autor,⁽⁷⁾ concibe distintos niveles de ligazón y de elaboración, ubicando la angustia y el afecto como el primer nivel. Este primer nivel no supone para él, una ligazón con representaciones, adjudicándole más bien el significado de reacciones somáticas. Nosotros nos detendremos en la ligazón con representaciones.

En “Psicoterapia de la histeria”,⁽⁸⁾ Freud se refiere a la noción de “falso enlace” o “falsa conexión”. “Primero había aflorado en la conciencia de la enferma el contenido del deseo, pero sin los recuerdos de las circunstancias colaterales que podrían haberlo resituado en el pasado, y en virtud de la compulsión a asociar, dominante en la conciencia, el deseo ahora presente, fue enlazado con mi persona, de quien era lícito que la enferma se ocupara”

En “Nuevos Caminos de la Terapia Analítica”, (9) retorna la Idea de Psicoterapia de la histeria” de la función integradora del Yo “si conseguimos descomponer un síntoma, librar de cierta trama a una moción pulsional, ella no permanecerá aislada: enseguida se insertará en una nueva”.

Esto nos plantea un problema complejo, ya que esta compulsión a asociar sería ejercida por el Yo. ¿Podemos hablar de función integradora, elaboradora en la transferencia por parte del Yo inconciente?

Encontramos en Freud otras respuestas del lado de la libido, cuando nos dice que la libido es buscadora de objetos. O, en “Introducción del Narcisismo” ⁽¹⁰⁾, en el que sostiene que se sale del narcisismo para no enfermar. Por último, en la segunda teoría de las pulsiones, la ligazón queda adscripta al Yo instancia. La ligazón es el fin de las pulsiones de Vida.

Volviendo al tema de la transferencia, quiero referirme al aspecto que tiene que ver con la figura del analista. El analista se encuentra ahí para ser asociado (enlazado) como representación, a semejanza de los restos diurnos, posibilitando la puesta en escena de la pulsión. Ya mencionamos que Freud sostuvo que la transferencia tiene que ser encarnada. El analista estaría ubicado así en la serie psíquica, como las representaciones preconcientes que vehiculizan la emergencia a la conciencia del deseo inconciente.

Repetición y resignificación

Refiriéndose al juego infantil, Freud propone la coexistencia de la compulsión a la repetición con la satisfacción pulsional: “compulsión de repetición y satisfacción pulsional placentera directa parecen enlazarse en íntima comunidad” (5)

En relación a la transferencia ubicamos a esta repetición como Instrumento del trabajo analítico. No sería esta una repetición estereotipada, repetición de lo igual, sino una nueva forma de repetir el deseo inconciente.

En este sentido, nos resultó muy enriquecedora la tesis de Michel de M'Uzan⁽¹⁶⁾, acerca de la oposición entre “lo mismo y lo idéntico”. En esta oposición funda la distinción entre la repetición regida por el principio del placer, tales como los síntomas neuróticos, donde resurge lo reprimido; de las repeticiones de otro orden.

Este autor considera que en la repetición de los neuróticos se asiste a una nueva elaboración. De modo que, la repetición de “lo mismo” se inserta en el marco de la neurosis de transferencia, mientras que la repetición de lo idéntico”, se insertaría en una transferencia distinta. Si bien él no menciona la transferencia psicótica, podemos desprender que la repetición de lo idéntico estaría en el campo de la psicosis, mientras que la repetición de lo mismo estaría en el campo de la neurosis.

Este autor, manteniendo la concepción freudiana acerca del Edipo como complejo nuclear de la neurosis, concibe la noción de pasado en el neurótico en inextricable conexión con la elaboración del Edipo.

En este punto la resignificación entra en escena. El pasado para el neurótico, no sería una serie de eventos vividos, sino su reinscripción a partir de un primer relato. Este primer relato es el que se elabora con el Edipo. De este modo las etapas anteriores serán retomadas en el marco del deseo edípico y de la angustia de castración.

Por el contrario, en la repetición de lo idéntico, las bases para la constitución del pasado, tal como se plantea para el neurótico, se encuentran alteradas por el mecanismo de la forclusión. De modo que la repetición de lo mismo queda obstruida, dominando la reduplicación de lo idéntico.

Volviendo a Freud. ¿Por qué decimos que se trata de una nueva forma de repetir el deseo inconsciente?

Permítanme una breve referencia al énfasis que pone Neyraut al aspecto de reedición, de reinscripción que posee la transferencia, entendiéndola no como un movimiento pasivo, sino como un movimiento que crea, que inventa.

Nosotros, ahora sí, volviendo a Freud, pensamos en el lugar del analista en este movimiento. Nos referimos al analista como promotor del deseo a través de la frustración que impone la regla de abstinencia.

El deseo es movimiento, búsqueda impulsada por la libido sexual, la cual como propone en “Nuevos Caminos de la Terapia Analítica”, debemos evitar que busque satisfacciones sustantivas para permitirle así reeditar, crear un nuevo síntoma que es la transferencia.

Pero, no es sólo un nuevo síntoma lo que crea, porque al hablar de la neurosis de transferencia, Freud se refiere a la nueva significación que se da en la situación transferencial: “Conseguimos casi siempre dar a todos los síntomas de la enfermedad un nuevo significado transferencial”.⁽²⁾ Se trata de algo del orden de lo nuevo, lo que lo aleja de la repetición, pero se trata también de una nueva significación.

La transferencia queda ubicada como una zona intermedia, reino Intermedio, nos dice Freud, entre la enfermedad y la vida, por medio de la cual se da el tránsito de la primera a la segunda. Es desde la neurosis de transferencia que accedemos al esclarecimiento de la neurosis infantil.

Lo que sucede con el analista lleva a algo del pasado, el que adquiere una significación, **una nueva significación**.

¿Cómo un suceder aquí resignifica un suceder en el pasado?

La interpretación lineal de la historia del sujeto, ya estaba cuestionada en la carta N° 52 (11) sabemos en ésta, se plantea la hipótesis de que nuestro aparato psíquico se ha originado por un proceso de estratificación. El material psíquico o sea las huellas mnémicas se reordenan de tanto en tanto de acuerdo con las nuevas circunstancias. Esta traducción debe hacerse en el límite de dos épocas: “En cada límite de esas dos épocas el material psíquico debe ser sometido a una traducción”.

A la falta de traducción la denomina represión. El motivo es el displacer y se ejerce “contra las huellas mnémicas de una fase anterior que aún no han sido traducidas”. La condición de esta defensa patológica es “la índole sexual del suceso y su ocurrencia en una fase anterior”.

En la “Historia de una Neurosis Infantil (12). Freud vuelve una vez más al tema de la resignificación, llevándola a los primeros años de la infancia y vinculándola con la noción de fantasías originarias.

En dicho historial, observamos cómo estos aportes centrados alre-

dedor del descubrimiento de la sexualidad infantil, enriquecieron su concepción de la resignificación. Al analizar la relación del sueño con la escena primaria, dice que el sueño le da a la observación de la escena primaria, una eficacia con posterioridad: “se nos evidencia que la activación de esa escena (adrede evito el término recuerdo), tiene el mismo efecto que si ella fuera una vivencia reciente”.

En “Recordar Repetir y Reelaborar”, Freud opone el repetir y el recordar. En este pasaje aclara que evita el término recordar y usa activar. Activar, según el Diccionario de la Real Academia Española, significa avivar, excitar, mover, conteniendo la idea de movimiento.⁽¹³⁾

Si incluimos la idea de movimiento en la transferencia, podemos hablar de un movimiento de lo actual a lo pasado y viceversa.

Neyraut,⁽¹⁴⁾ refiriéndose a la transferencia en Dora dice que la transferencia evoluciona en dos polos, “un polo infantil y un polo actual”. Lo actual reactiva el deseo infantil y el deseo infantil da nuevo impulso a la realidad.

La transferencia se inscribe así en un momento dinámico como una oscilación entre el presente y el pasado.

Tomando la idea de este autor, de concebir la situación analítica como un segundo acontecimiento en relación a los acontecimientos traumáticos que lo precedieron, la transferencia queda situada como un proceso que articula dos acontecimientos.

Nosotros diríamos, que articula dos acontecimientos, (el pasado y el actual) en el ciclo de una repetición que concebimos como la

repetición del deseo inconciente.

Esta repetición de lo pasado en el presente, en la transferencia, permite la recuperación de recuerdos de situaciones anteriores, que al ser reprimidas habían perdido su conexión originaria en relación al complejo edípico. Al ser restituidas estas conexiones, en el marco de la situación analítica, cobran su significación edípica: “De las reacciones de repetición que se muestran en la transferencia, los caminos consabidos llevan luego al despertar de los recuerdos...” (2)

El enfatizar la repetición en la transferencia, permite dimensionar el papel de la resignificación en el curso de la misma

Lo que se abre paso desde lo reprimido se vuelve a significar. Ya no es el recordar en si mismo el promotor del progreso en la cura. Este podrá ser despertado, pero es el “volver actual”, el que abre los caminos hacia el recuerdo.

Para finalizar, quisiera dejar abierto a reflexión el problema del dolor. ¿Qué lugar darle, en la transferencia a lo penoso?

En algún sentido podríamos referirlo a] Principio de Realidad, que surge en estrecha relación con la frustración. Dice Freud: ‘solo la ausencia de la satisfacción esperada, el desengaño, trajo como consecuencia que se abandonase ese intento de satisfacción por vía alucinatoria... Así se introdujo un nuevo principio de la actividad psíquica, ya no se representa lo que era agradable, sino lo real, aunque fuese desagradable’.(15)

Este rodeo o aplazamiento se efectúa esperando una satisfacción real.

Se trata de una función del Yo, Yo realidad definitivo que va ganando terreno al Yo placer: “Así como el Yo placer no puede más que desear, el Yo realidad no tiene más que aspirar a beneficios y asegurarse contra perjuicios”.

Entendemos que el Yo realidad está presente en la situación analítica. Este le haría un espacio a la frustración ya lo doloroso en la misma, como ese rodeo para lograr una satisfacción real.

Pero, ¿toda la vivencia penosa se origina ahí, o ya estuvo como dice Freud, en el desengaño con los padres y vuelve a actualizarse en la transferencia?

Resumen

La propuesta del trabajo es **ARTICULAR** la noción de transferencia con las de elaboración psíquica y resignificación. La elaboración psíquica es el trabajo que el aparato realiza para dominar las excitaciones que le llegan, ligando la energía a determinados contenidos (representaciones).

Desde sus escritos más tempranos Freud **se ocupa** de la función integradora del Yo. **Articulando** esta noción con la de transferencia, **se destaca** el lugar del analista como representación, a semejanza de los restos diurnos, la cual al tiempo que liga, permite la puesta en escena de la pulsión. Esta función elaborativa que se despliega en la transferencia sería ejercida por el Yo inconciente.

La noción de resignificación se aborda desde la repetición. Se

diferencia la repetición propia de la pulsión de muerte, de la repetición del deseo inconsciente que busca expresarse. La repetición del deseo inconsciente en la transferencia, al articular dos acontecimientos (pasado y actual), promueve el despliegue de las resignificaciones.

Por último se deja abierto el problema del dolor en la transferencia.

Summary

The proposal of this work is to articulate the notion of transference with those of psychic elaboration and new significance. The psychic elaboration is the work the mental apparatus carries out to dominate the arriving excitements, binding the energy to certain contents (representations).

Since his earliest papers, Freud dealt with the integrating function of the Ego. When articulating this notion with that of the transferences, it emphasized the position of the analyst as representation, similarly to day residues, which, at the same time that binds, allows for the appearance of the drive. This elaborative function, deployed during the transference, would be performed by the unconscious Ego.

The notion of new significance is reached through repetition. The repetition peculiar to the death drive, differs from the repetition of the unconscious desire trying to express itself. The repetition of the

unconscious desire in the transference, when articulating two events (past and present), promotes the display of the new significances.

Finally, there remains open the problem concerning pain during the transference.

BIBLIOGRAFIA

1. LAPLANCHE, PONTALIS. Diccionario de Psicoanálisis. Edit. Labor 1971.
2. FREUD. SIGMUND. Recordar, repetir y reelaborar. 1914. T. XII. E. A.
3. FREUD, Sigmund. Sobre la dinámica de la transferencia. 1912. T. XII. E. A.
4. FREUD, Sigmund. Análisis terminable e interminable. 1937. T. XXIII. E. A.
5. FREUD, Sigmund. Más allá del principio del placer. 1920. T. XVIII. E. A.
6. FREUD, Sigmund. Inhibición, síntoma y angustia. 1926. T. XX. E. A.
7. LAPLANCHE, Jean. Problemática psicoanalítica. La angustia en la neurosis. E. Nueva Visión. 1979.
8. FREUD, Sigmund. Estudios sobre la histeria. Sobre la psicoterapia de la histeria. 1893-5. T. II. E. A.
9. FREUD, Sigmund. Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica.

1919. T. XVII. E. A.
10. DE M'UZAN, Michel. De l'art a la mort. Le meme et l'identique. E. Gallimard.
1977.
 11. FREUD, Sigmund. Los orígenes del psicoanálisis. Carta 52. T. IX E. Biblioteca Nueva.
 12. FREUD, Sigmund. De la historia de una neurosis infantil. 1918 (1914) T. XVII. E. A.
 13. Diccionario de la Real Academia Española. Decimonovena Edición. E. Espasa Calpe 1982.
 14. NEYRAUT, Michel La transferencia. Edic. Corregidor 1976.
 15. FREUD, Sigmund. Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. 1911. T. XII. E. A.

De las dificultades contratransferenciales de la interpretación transferencial

Luisa de Urtubey*

Obvio es señalar que, desde Freud, el instrumento esencial del tratamiento analítico es la interpretación transferencial]. A ella hay que agregar, también descubierto por Freud pero de algún modo sin que él mismo se percatara de su importancia más allá de lo empíricamente útil, el establecimiento y el respeto del encuadre —espacio fijo, tiempo uniforme y suficiente, neutralidad del analista—.

Sin elaboración de la transferencia, sin respeto del encuadre, el tratamiento puede tener efectos terapéuticos (mejoría sintomática), pero no será analítico (adquisición de la capacidad de descubrir el propio inconsciente).

El encuadre no es en general difícil de mantener, salvo en los casos cuya patología no se presta a la técnica clásica. Pero, en lo que a la interpretación transferencial] se refiere, sucede que, por razones que más adelante intentaré desarrollar, no siempre logramos formularla.

* 75, rue Saint Charles. 75015 Paris, Francia

Dedicaré un momento a recordar los pasos esenciales dados por Freud hasta comprender la existencia inevitable de la transferencia y la necesidad imprescindible de su interpretación. Freud descubrió la transferencia (como el inconsciente, la imposibilidad de distinguir la fantasía de la realidad en los recuerdos infantiles, la utilidad de la asociación libre...) en su trabajo clínico. Expuso lo que había comprendido especialmente en el relato de los casos de Dora y del Hombre de las Ratas. Luego profundizó su concepto de la transferencia en los llamados escritos de técnica.

Consideraré brevemente estos dos aspectos en la forma cronológica que reviste su publicación.

En el post-scriptum escrito en 1905 al caso de Dora, en el momento de su publicación, cinco años después de la interrupción de ese análisis, Freud escribe que durante el tratamiento la productividad neurótica se manifiesta por la creación de estados psíquicos particulares, en su mayor parte inconscientes, las transferencias (1) Ya había dicho algo semejante en la **Interpretación de los sueños**, pero únicamente en relación con el desplazamiento de las representaciones. En cambio, en el citado post-scriptum, su punto de vista es más clínico que metapsicológico y nos introduce a la práctica analítica cotidiana.

Las transferencias reemplazan una persona anterior por la persona del médico (2) y son nuevas ediciones, coplas, de mociones pulsionales y de fantasías que deberán conscientizarse mediante el análisis.

No reviven como estados pasados sino como situaciones actuales con el analista (3). "... No se puede evitar la transferencia de ninguna manera (4). "... Pero esta parte del trabajo es la más difícil. La interpretación de los sueños, la extracción de ideas y de recuerdos inconscientes, las asociaciones del paciente así como los procedimientos de traducción son fáciles de aprender; es el paciente él mismo quien proporciona siempre el texto. Pero la transferencia, por el contrario, debe ser adivinada (es la palabra empleada por Freud) sin la ayuda del paciente, guiándose por pequeños signos y sin arbitrariedad..." La convicción no se forma en el paciente hasta que la transferencia no se haya resuelto (5).

Freud señala que el análisis no crea la transferencia, sólo la desenmascara (6), ya que en otros tratamientos (psiquiátricos o médicos en general) los enfermos abandonan, cambian de terapeuta, se enojan, etc... La diferencia estriba en que esos médicos no comprenden que el paciente repite su pasado infantil, lógicamente no se lo hacen ver, como consecuencia de lo cual no hay conscientización sino acting out.

En el tratamiento analítico todas las mociones pulsionales, aun las más hostiles, deben ser interpretadas por el analista para tomarlas conscientes. De este modo, "la transferencia, destinada a ser el mayor obstáculo al análisis, se toma en su más poderoso auxiliar" (7).

El fracaso con Dora se debió a que Freud, lo dice él mismo, no logró adueñarse a tiempo de la transferencia del Sr. K. sobre él y entonces Dora actuó su recuerdo y sus fantasías en lugar de

rememorarlas(8). Dora se vengó de Freud como deseaba vengarse del Sr. K. y abandonó y engañó a su analista como creía que el Sr. K. la engañaba a ella (9). El resultado fue el lógico y natural cuando no ha habido interpretación transferencial]: no aparecen recuerdos infantiles, no se produce el insight y surge el acting-out.

Cuando Dora vuelve a ver a Freud quince meses después de la interrupción, éste se niega a reiniciar el tratamiento y le promete “perdonarle de haberlo privado de la satisfacción de desembarazarla más radicalmente de su enfermedad”(10). Pero no quiso retornarla, de donde comprendemos que aquella ausencia de interpretación transferencial provenía de una dificultad contratransferencial de Freud. Esto no es sorprendente, puesto que, en el momento del análisis de Dora, cinco años antes de publicar el caso, Freud no había aún descubierto la transferencia como relación repetitiva (sólo la había señalado como desplazamiento de representaciones). Naturalmente, había aún menos descubierto la contratransferencia. Pero hablar de “perdonarle” a Dora muestra francamente su molestia, la agresión de la que se había sentido objeto y tal vez la identificación con un enamorado rechazado y todavía ofendido por ello.

Si nos volvemos hacia el tratamiento del Hombre de las Ratas (realizado en 1907. publicado en 1909), otros aspectos surgen.

En esta ocasión, Freud ha tomado en cuenta la transferencia. Es así que escribe: “Le fue necesario convencerse por la vía dolorosa de la transferencia que sus relaciones con su padre implicaban verdaderamente sus sentimientos inconscientes” (11) (se refiere a sus

sentimientos hostiles).

En las notas que Freud ejecutaba diariamente leemos que el paciente, desde la segunda sesión, llama a su analista “Mi capitán”, luego de referir el relato, hecho durante unas maniobras militares por un capitán cruel, del suplicio sádico cuya representación imaginativa desencadenó el estallido de la neurosis. Freud no interpreta explícitamente esa transferencia, pero sí implícitamente cuando le asegura al paciente que él. Freud, no tiene ninguna inclinación a la crueldad y ningún deseo de atormentarle (12) Al decir esto Freud muestra que comprende que el paciente ve en él al capitán, diríamos que ha proyectado sobre él a ese oficial, al que naturalmente subyace el padre. También está implícita la contratransferencia de Freud, que se reconoce en el lugar del capitán sádico y rechaza este rol, tal vez con demasiada premura, pero habiendo admitido en su sistema perc-consc que, para el paciente, él es cruel y sádico.

En este escrito. Freud, siempre sincero, muestra mucho su contratransferencia: reasegura, hace elogios, declara su estima. Es probable que esto le sucede a Freud, como es generalmente el caso, porque la interpretación transferencial es insuficiente y el auto-análisis de la contratransferencia escaso.

Así por ejemplo en una circunstancia el enfermo relata que había deseado, en la clínica donde estaba internado, la muerte del Profesor vecino de su pieza para que en ella se instalara la joven, con quien en una ocasión anterior había mantenido placenteras relaciones sexuales. Freud no señala que él mismo es Profesor, cosa que el paciente sabe,

probablemente porque, en su contratransferencia, le es difícil ser objeto de deseos de muerte tan directos.

Después de un mes y medio, aparecen conscientemente en la transferencia pensamientos insultantes concerniendo a la hija de Freud, que el paciente declara no atreverse a proferir, de miedo de ser expulsado. Freud interpreta esto de manera tal que el odio transferido desde el padre puede ser elaborado. Los días siguientes aparecen fantasías sobre la madre de Freud. Nuevamente, el paciente teme (y desea) ser expulsado, previa paliza. Otro día, habla de un hermano de Freud que habría sido condenado a muerte y ahorcado. También dirá que si tuviera intenciones asesinas contra Freud, éste se lanzaría sobre él como una fiera (13).

La transferencia es manifiesta, aceptada por Freud y verosímilmente interpretada, puesto que él ya sabe que hay que hacerlo y que el progreso del material lo muestra.

Comparando el análisis de Dora y el del Hombre de las Ratas observamos la diferencia en la contratransferencia de Freud cuando se trata de agresión contra otros (su hija, su madre) o directamente contra él, es decir cuando él está en el centro mismo de la transferencia. En el primer caso lo repara, en el segundo no siempre (por ejemplo no refiere a él los deseos de muerte hacia el Profesor). Observamos también la diferencia en la contratransferencia de Freud frente a un hombre (mayor aceptación) y frente a una mujer (mayor rechazo). Las dificultades de Freud con la transferencia y la contratransferencia no se limitaron a sus comienzos y tampoco

nosotros nos hemos librado de ellas.

Echemos ahora un vistazo sobre los artículos llamados de técnica.

En la “Dinámica de la transferencia” (1912) Freud afirma que la transferencia permite el tratamiento, ya que cuando no la hay, como en la paranoia, el análisis es imposible.

Precisa que la lucha entre el médico y el paciente se desarrolla casi exclusivamente en la transferencia, que es el terreno sobre el cual hay que alcanzar la victoria para obtener la curación (14).

Nadie puede ser ultimado “in absentia” o in effigie” (15), sólo en la transferencia puede “matarse”, vencerse, conscientizarse a los representantes pulsionales. Esto explica que, si nos limitamos a hablar de los padres del paciente, sin interpretar las distintas fantasías o mociones pulsionales dirigidas hacia nosotros, como sustitutos de los objetos del pasado, sólo trabajamos in effigie”. Habrá entonces una labor intelectual eventualmente reaseguradora o instrumento de apoyo o susceptible de fortificar al narcisismo del yo; pero no será resolutiva y el éxito o bien no se alcanzará o bien no será duradero. Puede ser que desaparezcan algunos síntomas, pero el paciente no habrá captado directamente su inconsciente y no podrá continuar auto-analizándose luego de terminado el tratamiento.

Freud llega a la conclusión que la transferencia es la más fuerte de las resistencias, pero también el agente de la curación (16),

En “Los comienzos del tratamiento” (1913). Freud nos enseña que al otorgar las energías prontas a ser transferidas, el tratamiento analítico proporciona las cantidades de afecto necesarias a la

supresión de las resistencias (17) “El nombre de psicoanálisis no se aplica más que a los procedimientos donde la interpretación de la transferencia es utilizada contra las resistencias”. (18)

En “Rememoración, repetición, elaboración” (1914), Freud indica que lo que ha sido olvidado y reprimido se expresa mediante acciones. El paciente no sabe que se trata de una repetición (19), ésta es su manera de recordar. (20)

La repetición es la transferencia del pasado olvidado (21) —vemos que Freud se acerca a la repetición compulsiva que le llevará a descubrir la pulsión de muerte—. “... El paciente deberá tratar su enfermedad no como un acontecimiento del pasado sino como una fuerza que actúa en el presente (22), pues “... es imposible abatir un enemigo ausente o demasiado lejano (23), aunque si se hace presente haya una agravación temporada de la enfermedad.

En “Observaciones sobre el amor de transferencia” (1915), Freud describe ese amor, que se produce siempre (24), Señala la necesidad de efectuar ‘hábilis conjuraciones para obligar a un espíritu a salir de los infiernos’, metáfora que utiliza frecuentemente para aludir a los deseos Infantiles reprimidos, sepultados pero dinámicos (25).

Freud recomienda controlar la contratransferencia (26), pero pienso que se refiere a la ‘tentación’ de ceder al amor de la paciente mujer, como ya le había sucedido a Jung y. bajo el aspecto de formación reactiva a Breuer cuando, una vez declarado por Anna O. su enamoramiento, la abandonó.

A lo dicho por Freud sobre la imprescindibilidad del trabajo con la

transferencia agregaré la referencia a un pilar de la teorización sobre la necesidad de esta labor, Strachey, con su célebre artículo de 1934 “La naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis” (27), Su posición es a mí parecer siempre valedera y no ha sido superada en claridad. Freud mismo, en el Esquema del psicoanálisis (1938) hizo suyas algunas de las tesis de este autor(28).

El objetivo de Strachey es el de insistir en que la solución del conflicto transferencial implica simultáneamente la del conflicto infantil, dado que aquél no es más que una reedición de éste.

El instrumento fundamental de la práctica analítica es la interpretación “mutativa”, término con el que Strachey designa la interpretación que pone en relación lo que sucede aquí y ahora con el analista con lo que sucedió allá y entonces con los objetos infantiles. El analista, objeto de los impulsos del ello del paciente, al no enojarse, no comportarse como los objetos arcaicos “malos” o “buenos”, permite al paciente distinguir su objeto fantaseado arcaico interno del objeto real actual externo. La interpretación es así mutativa: abre una brecha en el círculo vicioso neurótico consistente en proyectar objetos malos y reintroyectar otro tanto. Dos fases pueden distinguirse: primero el paciente se da cuenta que ha dirigido hacia el analista una cantidad particular de energía del ello y luego comprende que dicha energía se dirige hacia un objeto fantaseado arcaico y no hacia uno real.

El resultado exitoso del análisis depende de la habilidad del paciente para distinguir entre su objeto fantaseado y el analista real,

en el momento crítico de la aparición en la conciencia de la cantidad liberada de energía del ello. La situación analítica amenaza continuamente con degenerar en una situación real porque el enfermo está siempre dispuesto a proyectar el objeto arcaico. Es por eso que el analista debe evitar ser bueno” o “malo”. (Strachey no considera los riesgos que pudieran provenir de la contratransferencia).

Una interpretación mutativa sólo puede dirigirse a un impulso del ello que está en estado de catexia en ese momento. (Aquí Strachey nos evoca la expresión de Freud “In effigie”). De ahí que una interpretación informativa no dará resultados. Una interpretación mutativa debe ser emocionalmente actual, para que el paciente la experimente como algo real.

La interpretación extratransferencial no puede desencadenar el proceso analítico, pues es mucho menos probable que se refiera al objeto del impulso del ello activo en ese momento, ya que tiende a dirigirse a impulsos alejados en el tiempo y el espacio y por lo tanto desprovistos de energía disponible. A veces puede sin embargo utilizarse como preparación.

Strachey recuerda que M. Klein ha sugerido que el analista, al Interpretar, debe superar una dificultad interna especial (lo que yo considero una dificultad contratransferencial). Strachey piensa que este impedimento actúa contra las interpretaciones mutativas, a menudo encubierto por racionalizaciones que aluden al problema de decidir si se ha llegado o no al momento particular de interpretar. El analista tiene entonces la tentación de decir cualquier cosa en

reemplazo de la interpretación transferencial, siempre que aluda a que el amor o el odio reprimidos se dirigen hacia otra persona y no hacia él mismo: podrá preguntar, apoyar, aconsejar, explicar teóricamente o interpretar en forma extratransferencial.

Aunque con Freud y Strachey (y tantos otros) sabemos que hay que proceder interpretando transferencialmente, no siempre podemos hacerlo.

Por otra parte, es exacto que, sin interpretaciones transferenciales, todo se desarrolla como en sordina, sin tormentas afectivas, en una calma aparente, quizás reaseguradora para el analista.

Procuraré esbozar e ilustrar con referencias cénicas las distintas variedades de situaciones en las que la interpretación transferencial se hace sea difícil sea aparentemente imposible porque la contratransferencia se encuentra demasiado perturbada. De manera esquemática diré que es: por “culpa” del paciente que obstaculiza la interpretación transferencial] de una manera que atañe al analista; por ‘culpa” del analista cuya contra-transferencia se ve influenciada por su pasado infantil: por “culpa” de una situación externa que involucra a ambos protagonistas.

“Por culpa” del paciente. Podemos distinguir, creo, varias variantes. He aquí las que mi experiencia, hasta ahora, me ha permitido identificar.

a) En algunos casos se trata de la influencia de la patología narcisística del paciente que repercute sobre el analista. El caso más claro es el del paciente que se habla a sí mismo, o discurre frente al

analista, pero no a éste y menos aún como a un objeto investido de afecto. El analista duda, a veces indefinidamente, sobre cuándo deberá incluirse. Al paciente “no oír”, el analista se sentirá frustrado y a veces terminará por callarse o frenar toda interpretación transferencial.

Otra dificultad contratransferencial frente a estos casos es la opuesta: querer entrar a toda costa- en el universo consciente del paciente, forzar, no poder esperar, tal vez no resignarse a renunciar.

Si estas dificultades logran superarse se desarrollará luego, muy luego quizás, un análisis clásico. De lo contrario deberemos contentarnos con efectos limitados de reforzamiento del narcisismo de vida por tener a alguien que escuche ¿admire? ¿contemple? ¿refleje?) y reconocer que la indicación de análisis no era adecuada.

Así una paciente, en tratamiento conmigo, ha seguido previamente dos análisis lacanianos, de siete años de duración cada uno, con sesiones de entre cinco y quince minutos, con silencio absoluto de parte del terapeuta. Yo, encontrándola frágil, con defensas débiles, cercana a la psicosis, preferí tomarla en psicoterapia frente a frente. Habla de sus dificultades, en particular de una relación familiar simbiótica en grado extremo, donde todos forman una sola persona indiferenciada (ella, su marido y un hijo cronológicamente adulto). Monologa como si estuviera sola, desde la puerta del apartamento al entrar y hasta la salida, independientemente de que otras personas, el paciente siguiente o la empleada, estén presentes y escuchen. La paciente es una ‘hija de la guerra’ y tuvo una infancia muy

traumática: varios exilios, campos de concentración, desaparición de ambos padres. Busca conmigo la relación fusional con la madre, de la que no pudo emerger, sin haber tenido tampoco la ocasión de disfrutarla. En su infancia, separarse la familia significó la desaparición definitiva de los padres, que debió negar para subsistir, como también hubo de negar la existencia de los objetos perseguidores externos. Yo intento, tal vez exageradamente, ubicarme transferencialmente en la madre con quien desea la fusión. Pero durante años no me ha oído, suscitando en mi desaliento. Recién luego de cinco años, durante los cuales argumentaba sólo necesitar consejos, que por otra parte ni espacio hubiera tenido yo para dárselos si tal hubiese sido mi intención ya que hablaba continuamente, comienza a tener alguna conciencia de la situación. Un lapsus o desorientación en el tiempo me lo reveló: poco antes de las últimas vacaciones me pregunta si ya hace un año que viene a verme — cuando en realidad hacen cinco—. Ello significa, creo, que hace un año que comenzó a oír mis interpretaciones transferenciales, probablemente aún en forma confusa y a percibir mi existencia como objeto separado de ella, lo que supone fuera de control, pudiendo atacar o desaparecer. Los tratamientos anteriores, con sesiones brevísimas y silencio del terapeuta, “convenían” a su situación, narcisística por la casi inexistencia del contacto con el terapeuta, pero, naturalmente, no le ofrecieron la posibilidad de reconocer la existencia del objeto externo.

Otra paciente se analizó conmigo durante siete años. En las entre-

vistas preliminares me pareció neurótica, pero apenas comenzadas las sesiones, mostró una estructura narcisista durísima, debido a la cual jamás pudo tolerar que yo le hablara y menos aún que le interpretara en la transferencia. Si yo lo hacía, literalmente no oía y hablaba al mismo tiempo, muy ligero y muy fuerte, Al punto que preferí dejarla seguir su propio camino. Sentí que no podía sino renunciar a analizarla y conformarme con un rol terapéutico de escucha de una reconstrucción preconsciente de la infancia, que ella consideraba como un trabajo analítico de gran valor (una producción idealizada). Tratar de dismantelar ese convencimiento se me antojó peligroso para su equilibrio narcisístico. Yo podía captar situaciones transferenciales indefinidas donde yo era alguien pero no se sabía quién, ¿el padre, la madre, ella misma, su doble? Esperé, hasta que razones profesionales aparentemente valederas la llevaron a mudarse a una ciudad de provincia alejada de París. Yo también debo haber contribuido al bloqueo de la situación, ya que atravesaba un período de cuestionamiento de mi manera de trabajar, al instalarme en París y constatar que muchos, incluso colegas respetados, procedían de distinto modo que nuestro grupo uruguayo en aquél entonces, incluso eventualmente escuchando en silencio la reconstrucción de la historia. Es muy probable que no busqué con suficiente ahínco la brecha por donde acceder a sus afectos. Ahora pienso que mis respetados colegas sufrían aún en esa época el peso de la guerra y de la ocupación: preferían evitar los afectos transferenciales y contratransferenciales y guardar silencio, en particular sobre partes de ellos mismos

insuficientemente analizadas. Actualmente la mayoría ha abandonado ese modo de proceder.

b) Otra variedad es la resistencia frente al carácter regresivo de la transferencia. Hay pacientes que temen un estallido afectivo traumático, miedo que puede abarcar también al analista, que se volverá prudente en demasía, evitando él también los afectos demasiado violentos. Una paciente mía se encontraba hasta hace unos pocos días en esta situación. Sólo me hablaba de sus dificultades actuales, bastante importantes, con los demás, en particular con una madre muy absorbente y perturbada, con la que vive por momentos una relación de fusión. Le interpreté naturalmente su defensa: el temor a que se reeditaran conmigo esas situaciones conflictivas. Ella reconocía y aceptaba el carácter resistencial de su modo de actuar pero afirmaba que tenía demasiado miedo y no podía actuar de otra manera. Hasta hace unos días no habíamos podido localizar exactamente a que, quizás, pensaba yo, a que la relación conmigo la invadiera y acaparara o a que se volviera demasiado conflictual o tal vez a que la madre, interna, externa, o ambas, no soportaran que los afectos se dirigieran ahora hacia mí. Era prudente no forzarla y darle su tiempo. Pero ya hacían tres años y yo comenzaba a sentirme impaciente, para defenderme de lo cual a menudo me encontraba pensando en otra cosa en vez de escuchar el relato de sus últimas discusiones y malos tratos a ella infligidos. La presencia de un núcleo paranoide era (y sigue siendo) de temer y no estaba de más fortificar con mi “holding” los aspectos buenos, continentes de nuestra relación, antes de albergar en

ella el lado persecuidor. Me parece importante en este tipo de dificultad que ambos protagonistas sean conscientes de lo que sucede mediante la interpretación del analista. A mi último regreso de vacaciones, me encontré con una carta de esta paciente, en la que me decía que me pedía que le avisara si había decidido cambiarle los horarios. Naturalmente, no es mi costumbre hacer tal cosa —sin embargo sé que existe ese procedimiento en París fuera de mi grupo analítico, la Sociedad de París—. Retomadas las sesiones, primeramente recurrió a su esquema habitual de relatar las dificultades surgidas con personas más o menos malvadas o perturbadas. Pero esta vez yo insistí considerablemente en el significado transferencial de la carta y logramos conscientizar y luego elaborar una fantasía de abandono: desde el principio del tratamiento temía que, debido a sus resistencias, yo la echara. Me decía que los otros eran inadecuados o demasiado enfermos como medio de justificarse ella. No avanzar en el recorrido transferencial era sobre todo para no quedarse “colgada”, abandonada y llena de amor rechazado. Mejor, antes de estar segura de mí, mantenerse a distancia. ¿Qué me llevó a no comprender esto antes? Sin duda mi dificultad a imaginarme utilizando un procedimiento loco, a identificarme con la madre perturbada. O tal vez yo comprendí inconscientemente que, para estar segura de mí, necesitaba tiempo.

c) Otros pacientes sufren de una fobia transferencial, situación esta menos difícil, ya que pertenece de lleno a la patología neurótica. Un joven psiquiatra, aquejado de fobias varias “trajo” la fobia a la

transferencia. Todos sus síntomas desaparecieron de su vida externa, mientras que me tenía fobia a mí, no lograba venir regularmente a las sesiones, llegaba tardísimo y sobre el diván sentía enorme angustia. Después de algún tiempo, mediante interpretaciones transferenciales, el proceso siguió el curso propio del tratamiento de un neurótico. Descubrimos que se trataba del miedo a una seducción genital materna, como algunos sueños, al final de este período, lo mostraron claramente: en uno aparecía un personaje femenino, aquejado de erotomanía, que perseguía a un muchacho; en otro, una bailarina exhibía sus senos, sobre fondo de música de “harem”. Asoció que, en los primeros años del análisis, fantaseaba que a mí sólo me interesaba lo sexual (tanto con él como con los demás pacientes de donde lo del harem) y quería que hablara únicamente de ello. Mi participación consistió probablemente en una cierta presión para que avanzara rápido. Favorecí con mi prisa sus fantasías de ser seducido.

“Por culpa” del analista. Este, a veces, no logra autoanalizar suficientemente su contratransferencia. He observado algunas situaciones típicas.

a) Un escollo contratransferencial es característico frente a la paciente histérica seductora, en tratamiento con un hombre, a quien inspira el miedo a la seducción recíproca, el temor contratransferencial frente al tabú del incesto y al superyo analítico. Un joven analista en supervisión conmigo me hablaba de una paciente según él “débil y frágil”. Ella había desarrollado una evidente transferencia paterna erótica. Pero el candidato no lograba, primero

comprender estoy, luego, una vez que se lo hube señalado más de una vez y que él estuviera de acuerdo, interpretarlo. En vez, se refugiaba en interpretaciones ubicadas en la transferencia materna, considerada por él como menos seductora, al menos genitualmente, y que no despertaban ninguna reacción afectiva en la paciente por ser ajenas al pasado reactivado en ese ahora. Luego de un período bastante largo, fue capaz el supervisado de conscientizar que se sentía seducido por la paciente y que este “amor” era vivido como peligroso, por su propio carácter de muy reprimido y porque su superyo lo condenaba absolutamente. Comprendió que ello tenía que ver con situaciones edípicas con su propia madre. Después de este trabajo con su contratransferencia, logró finalmente interpretar los deseos seductores de la paciente, en ese caso una proposición poco disfrazada de que fueran juntos al cine a ver una película de amores, como había sucedido una vez con su padre cuando ella tenía cinco años. El supervisado llegó muy contento a su sesión de control, luego de su ‘triumfo’ sobre aquella dificultad contratransferencial. Pero hete aquí que, a la sesión siguiente, la paciente faltó. El joven analista estuvo preocupadísimo, al punto que me llamó por teléfono a preguntarme ‘qué había que hacer’. Creía haberle infligido un daño a su paciente-hija y pensaba que no vendría más, se habría enloquecido o quién sabe qué. Yo lo desculpabilicé temporariamente y, al día siguiente, la paciente retornó, quejándose de un poco de gripe, probablemente causada por la excitación transferencial y el deseo de vengarse por no haber sido llevada al cine después de todo. Existía gran desproporción

entre la culpabilidad del analista y el “daño” infligido porque estaban involucradas numerosas fantasías genitales de penetración de origen edípico y algunos conflictos edípicos propios aún no suficientemente conscientizados.

b) Otro escollo contratransferencial consiste en una necesidad de reparación exagerada. Esto me sucedió en una oportunidad con un paciente que había sufrido considerables dificultades externas que, por su naturaleza —persecución política—, me eran particularmente empáticas. Luego de varios años, descubrí que, desde el comienzo del tratamiento, pagaba honorarios muy inferiores a sus posibilidades reales y a los que yo cobraba a los demás pacientes, de lo que yo me había sin duda percatado inconscientemente pero que había reprimido para compensar, con una discriminación en su favor, sus desgracias —como en esa época, principio de mi exilio en París, hubiese querido, no siempre con éxito, que otros lo hicieran conmigo—. Luego de esta constatación, igual demoré mucho en reajustar los referidos honorarios, sin comprender demasiado qué me movía así, razón por la cual decidí esperar a que la situación se aclarara. Posteriormente me di cuenta que a mi identificación con él sobre el plano político subyacía un punto mucho más importante de identificación, consistente en una situación infantil de déficit afectivo en la primera infancia, que yo trataba de reparar mediante un acto —acting out— y mágicamente, en vez de interpretarlo en la transferencia. La falta de interpretación transferencial conduce, repito, tarde o temprano, al acting out, en este caso de mi parte.

c) Otra dificultad típica es la identificación excesiva, pero no con fines reparadores sino narcisística o en espejo. Una supervisada mía atendía a una paciente cuya historia infantil era terriblemente traumática, como también lo era la de la candidata, aunque de distinta manera. Esta había terminado por resolver sus dificultades infantiles “dando vuelta la página”, luego de muchos años de-un análisis exitoso. Pero frente a la paciente le era difícil abandonar su actitud recientemente por fin adquirida y no lograba evitar pensar que la paciente exageraba y no adoptaba la posición adecuada. Sintiéndose incomprendida, la paciente era agresiva y hacía sufrir a la analista que, en el fondo, sabía que su actitud era inadecuada y se sentía culpable. Luego de auto-analizar largamente este conflicto, discutido además conmigo en la supervisión, Comprendió que necesitaba ella misma permitirse repensar en su propia infancia una vez terminado su análisis y revivir, aunque fuera en pequeña escala esta vez, algunas de sus situaciones dolorosas a fin de poder interpretar adecuadamente el temor de su paciente a ahondar en su traumática infancia, sin saber si iba, o no, a poder salir de ella —dar vuelta la página—.

d) Otra dificultad contratransferencial para interpretar transferencialmente, se observa en los casos de invasión por parte del paciente, que el analista no logra limitar. Otro supervisado atendía a una paciente cuyas identificaciones proyectivas eran invasoras y de naturaleza muy agresiva. Lo eran a tal punto que él mismo no se daba cuenta en el momento, negando y quedando como paralizado. Durante la supervisión se hacía patente que la paciente le llenaba literalmente

la cabeza con asociaciones deshilvanadas, verdaderas emanaciones fecales. Esto repercutía sobre mí, que sentía fastidio y desgano. Todo pudo modificarse cuando el joven analista comprendió la situación e interpretó la destructividad dirigida contra él para impedirle pensar y así vengarse de los objetos de la infancia. Esto solo fue posible cuando retomó un análisis y, según me dijo, descubrió aspectos masoquistas no elucidados anteriormente. Luego de un largo proceso, la paciente fue comprendiendo, disminuyeron sus identificaciones proyectivas masivas y correlativamente la parálisis del joven analista y el fastidio mío.

“Por culpa” de una situación externa que involucra a ambos protagonistas.

Situaciones exteriores desfavorables pueden dificultar el trabajo en la transferencia debido a escollos contratransferenciales ligados más a la situación externa y a su repercusión interna que a la patología del paciente o del analista.

Veamos primero situaciones sólo relativamente externas, ligadas sea a la institución analítica sea a la existencia de terceros. El caso más simple y común es el del joven analista en supervisión, que vive esta situación de modo tal que el supervisor esté demasiado presente, sea porque el candidato tema exageradamente la desaprobación o porque tenga excesivos deseos de complacer o de ser amado. También puede suceder que sea el supervisor quien quiera dirigir, sea sádico, etc. O que la institución sea demasiado rígida (por ejemplo, en algunos institutos, si el candidato pierde su paciente debe recomenzar

otra supervisión).

Se trata en un menor grado de la misma situación cuando el analista trata al cónyuge o al hijo de un colega o a un candidato que será luego evaluado por terceros.

Un caso más complejo se plantea cuando el analista reemplaza a alguien manifiestamente incapaz o que cometió actings-out graves. Hay aquí un riesgo de idealizar el propio trabajo y denegar los buenos aspectos de la labor precedente. Encontré una dificultad contratransferencial de este tipo con una paciente que realizaba conmigo su tercer análisis. Los dos anteriores, llevados a cabo con lacanianos, parecían haber sido calamitosos. A más de los consabidos 5 minutos y del silencio absoluto, estas personas habían cometido actings serios: uno de ellos bebía copiosamente durante la sesión y relataba sus propios problemas conyugales: el otro, en una ocasión abrió la puerta del consultorio estando desnudo. Yo procuré permitir que se expresara su agresividad hacia los terapeutas anteriores, la desilusión y otros afectos negativos. Pero tardé tiempo en percatarme que esos analistas, por malos que fueran, se habían ocupado algo de ella (o así le había parecido a ella) al contrario de sus padres, que ella les estaba agradecida y que por eso se sentía culpable de criticarlos ante mí y de haberlos abandonado “irreparables”, lo que le impedía sentirse feliz y dejar que las interpretaciones elaboradas en nuestro trabajo hicieran efecto. A mi, me costaba contratransferencialmente ubicarme en transferencia materna en triángulo con esos terapeutas y durante bastante tiempo me empeñaba en verme en triángulo sí pero con el

padre de la infancia -que, aunque fallecido, era una figura “buena”.

He dejado para el final el caso más complicado: cuando las situaciones exteriores ejercen un efecto paralizante sobre la contratransferencia e impulsan a alejarse de la interpretación transferencial porque ésta conjura”, en el sentido de llamar mágicamente, a los afectos y es peligrosa por poder provocar consecuencias más o menos traumáticas en la realidad. Esto me resultó claro hace años con un paciente mío. El había desarrollado una transferencia erótica, con características de amor de transferencia resistencial, tal como el descrito por Freud en 1915. Yo había interpretado esa situación, pero él, así lo decía, no me había ‘perdonado’ mi ‘rechazo”. Era además alguien muy ambivalente, agresivo y actuador. De profesión veterinario, operaba sin anestesia, aspecto cuya interpretación le había molestado. Sin embargo no expresaba directamente su agresividad hacia mí, punto al que yo no presté suficiente atención, paralizada por los motivos siguientes: era en tiempos de la dictadura (en los postreros meses de mi ejercicio en Montevideo). El era partidario de ese régimen y suponía que yo no, dado que conocía mis actividades de enseñanza en el ciclo básico de Medicina, a su juicio un reducto de guerrilleros y terroristas. Yo, sin duda paralizada y ya con miedo, cometí el error de no entrar demasiado en todo eso. Debería haberlo trabajado mejor en mi contratransferencia, pero probablemente en ese momento me era demasiado difícil.

Un día, cerca del fin de la sesión, el paciente declaró que le preocupaba lo que pasaría con su análisis si yo era detenida. Claro, yo debería haberle interpretado sus deseos hostiles, por ejemplo vengativos frente a mi rechazo edípico, por ejemplo de revancha frente a mis supuestas preferencias afectivas por personas que consideraba enemigas, pero lo dejé pasar, esperando una vez más hacerlo al día siguiente. Pero al día siguiente, me dijo que había ido a la Jefatura de Policía a informarse de las posibilidades de continuar su tratamiento luego de mi detención. Le habían dicho que claro que sí, que diera mis datos y las razones por las cuales pensaba que me iban a arrestar, cosa a la que había accedido gustoso, a fin de “hacer buena impresión” y asegurarse que le dejarían entrar para su sesión luego de mi detención. Imaginen mi furia contratransferencial “objetiva”, mi disgusto de no haber vigilado mejor transferencia y contratransferencia y la paralización que invadió todo el tratamiento a partir de ese momento. Yo le tenía miedo, no deseaba más ayudarlo; en tanto él sabía que, en la realidad y de manera irreparable, me había atacado gravemente. Pero ni él ni yo podíamos decir esas verdades: él porque creía que yo le echaría, yo porque temía que me denunciara aún más activamente.

El peso de la situación exterior ha podido observarse en otros lugares. Sin referirme al vasto tema de la necesaria huida de Freud y de tantos analistas durante la segunda guerra mundial, que ha sido estudiado desde múltiples puntos de vista, apuntaré brevemente a algo más específico y que he podido observar en parte yo misma.

Después de la guerra, sucedió en Francia algo de este tipo: regia la así llamada en ese momento “regla de oro del silencio”, consistente en la opinión que el analista debía guardar un silencio casi absoluto, mientras el proceso analítico se desarrollaría por sí mismo, con la sola ayuda del encuadre y de la presencia del analista. “Casualmente”, también había un profundo silencio de todo el país sobre innumerables hechos terribles, como ser que gran cantidad de franceses habían más o menos colaborado con los ocupantes nazis y que muchos estaban enterados de la exterminación de los judíos y no habían intentado lo más mínimo para protegerlos. Es sorprendente, desde un punto de vista ingenuo, pensar que esta regla de oro del silencio fue por así decir establecida por analistas que, en fuerte proporción, eran judíos ellos mismos, así como gran número de sus pacientes, o sea víctimas. Pero todos, las antiguas víctimas, los antiguos cobardes, los antiguos sádicos (aunque fuera sólo en la fantasía) preferían callarse. Por lo tanto, en los análisis no se podía hablar y no era esto inadecuado, sino “una regla de oro”. El analista callaba (sigue haciéndolo en grupos ajenos al mío), los pacientes hacían juegos de palabras o relataban recuerdos infantiles conscientes. Monique Cournut-Janin ha expresado recientemente un punto de vista semejante (29).

Uno de los efectos de los regímenes dictatoriales sobre el trabajo analítico —amén de destruirlo más o menos enteramente en el momento— se observa en los rastros que quedan después.

Esto he podido observarlo en mi misma luego de abandonado el

Uruguay en 1976, en los colegas franceses —en los escritos posteriores a la guerra, así como en algunos que quedaron como fijados a ese período— y, en menor grado, ya que he tenido mucha menos oportunidad, en algunos grupos latinoamericanos. Creo que hay dos efectos, ambos ligados a la represión: el apego al silencio del analista y a veces hasta del paciente (existen colegas franceses que han insistido años ha sobre el beneficio de los tratamientos llevados a cabo en el silencio del paciente, sin que el analista intentara sacarle de él) y la evitación de la intervención transferencial, buscando ahorrarse conflictos. Esto es una reacción comprensible luego de un período de sentimientos demasiado violentos de persecución, de angustia, de miedo, de culpa.

Los regímenes políticos en los que estamos insertados tienen efectos sobre nuestra práctica y más concretamente sobre la libertad de enfrentarnos con nuestra contratransferencia, guía de la interpretación transferencial. No considerar este impacto puede ser, según los casos, un resultado de la represión externa, luego internalizada, o una negación.

Un régimen autoritario estimula el carácter persecutorio del superyo, el masoquismo, todos los afectos dolorosos en general. Frente a ellos hay que elaborar defensas. Una de éstas es la intelectualización: estudiemos cosas alejadas de lo que aquí sucede y olvidemos, dejemos de lado, los afectos penosos, busquemos los conflictos con los padres -allá lejos, muy lejos-. Esto permite huir de las dificultades presentes y protegerse de complicaciones afectivas suplementarias a

las que ya nos trae o nos trajo la situación exterior paralizante aún viva en nuestro interior. Nunca mi paciente “el de la Jefatura” hubiera realizado su gestión si hubiésemos estado haciendo juegos de palabras, en vez de conjurar los espíritus” peligrosos y vengativos del amor narcisista frustrado. Además, con una actitud intelectual y lejana. no importa —o menos— que detengan, torturen o maten a nuestros pacientes, con quienes hacemos un trabajo intelectual, que puede interrumpirse sin dificultad o continuar fácilmente con otra persona si somos nosotros los detenidos o los que debemos irnos para evitar esa eventualidad.

Solo que tal vez sea mejor que, una vez pasada la situación externa traumática y procesado su impacto en nosotros mismos, podamos volver a trabajar como Freud nos lo enseñó.

Bibliografía

- (1) FREUD, S. “Fragmentos d’une analyse d’hystérie (Dora)” in *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF. 1975. p. 86.
- (2) Ibid. p. 87
- (3) Ibid. p. 87
- (4) Ibid. p. 89
- (5) Ibid. p. 87
- (6) Ibid. p. 88
- (7) Ibid. p.88

- (8) Ibid. pp. 88-89
- (9) Ibid. p. 89
- (10) Ibid. p. 91
- (11) FREUD, S. **L'homme aux rats** (Journal d'une analyse), Paris, PUF, 1974, p. 233
- (12) Ibid. p. 43
- (13) Ibid. p. 161
- (14) FREUD, S. "La dynamique du transfert" In **La technique psychanalytique**. Paris, PUF, 1975, p. 60.
- (15) Ibid. p. 60
- (16) Ibid. p. 53
- (17) FREUD, S. "Le debut du traitement" In **La technique psychanalytique**. Paris, PUF, 1975, p. 103.
- (18) Ibid. p. 103
- (19) FREUD, S. "Remémoration, répétition, élaboration" en **La technique psychanalytique**, Paris, PUF, 1975, p. 108.
- (20) Ibid. p. 109
- (21) Ibid. p. 108
- (22) Ibid. p. 110
- (23) Ibid. p. 111
- (24) FREUD, S. "Observations sur l'amour de transfert" In **La technique psychanalytique**, Paris, PUF, 1975, p. 118
- (25) Ibid. p. 121
- (26) Ibid. p. 122
- (27) STRACHEY, J. "The nature of the therapeutic action of Psycho-

Analysis”

In The International Psycho-Analytical Journal, vol XV, 1934.

(28) FREUD, S. Abregé de psychanalyse, Paris, PUF, 1975.

(29) COUPNUT-JANIN, M. Réflexions sur la sorcière et le sexe In
Revue Française de Psychanalyse, L. II, 5, 1988

TRANSFERENCIA

JORNADAS

DE

A.P.U.

*ORGANIZADAS POR LA COMISION CIENTIFICA DE LA
ASOCIACION PSICOANALITICA DEL URUGUAY*

21 DE OCTUBRE 1989

MONTEVIDEO

Puntualizaciones sobre Contratransferencia

Por Juan Carlos Capo*

Las consideraciones que siguen tuvieron origen en un grupo de estudios sobre Lacan, al que concurro hace años, en A.P.U.**

Tomé como punto de partida un interrogante: ¿Cómo incluir en nuestras observaciones sobre nuestra práctica la contratransferencia cuando pretendemos enfocar la **Übertragung** freudiana?

Diálogos de este tenor: “¿Qué sintió Ud. contratransferencialmente?”... seguidos por la consabida réplica: “Lo que yo sentí contratransferencialmente con el paciente fue...” son muy frecuentes de oír.

Es curioso comprobar —esto lo ha desarrollado Roland Barthes en sus estudios sobre escritura, palabra, lenguaje, estilo— los destinos de algunas palabras: tanto se ha usado y abusado de ellas que se desemboca en una mitologización de la misma. Lo ocurrido con transferencia y especialmente con contratransferencia podría tal vez servir de ejemplo. ¿Es que contratransferencia tiene, quizás por su

* Soca 1395/905 - Montevideo - Uruguay

** Los Integrantes del mismo son: Beatriz de León de Bernardi, Fedora Espinal de Carbajal (a quien le expreso mi agradecimiento por préstamo de originales traducidos), Mireya Frionide Ortega, Aida Miraldi, Luz Porras de Rodríguez, Julio Seigal, Maren Ulriksen de Viñar, el que esto escribe y Sélíka Mendilaharsu como coordinadora. Lo que ocupó al grupo durante este año 1989 que finiquita, fue el Seminario La Transferencia” 1960-61, de Jacques Lacan, inédito.

semántica no univoca y también por su imposición prosódica arrendada del prefijo *contra* más enganche, más adhesividad de uso que la insuficiente al parecer transferencia original?

Pero, ¿a qué se está usted refiriendo? ¿No son distintas palabras puesto que nombran dos cosas diferentes?” —y con estas objeciones de un hipotético lector podemos ya entrar en materia.

Paula Heinmann en “Acerca de la contratransferencia” (1) (p. 130) describe a ésta como la totalidad de los sentimientos que el analista vivencia hacia su paciente. **Agrega que en su opinión el prefijo ‘contra’ implica factores adicionales.** (El subrayado es mío).

Cita a continuación a Ferenczi ya que este autor no sólo reconoce que el analista experimenta muchas clases de sentimientos hacia el analizando, sino que recomienda a aquél expresárselos abiertamente, en ciertas oportunidades. Más adelante, la citada autora prosigue: “La situación analítica ha sido investigada y descrita desde muchos puntos de vista y existe un acuerdo general acerca de su carácter único. Pero mi impresión es que no se ha puesto suficiente énfasis sobre el hecho de que es una relación entre dos personas”. (el subrayado es de Paula Heinmann).

Una digresión, que es un recuerdo. Uno para Balint, el gran analista húngaro luego radicado en Londres, y a quien Lacan consideraba como un interlocutor inapreciable en psicoanálisis, y el otro para Freud. El primero hablaba del análisis como de **“Two bodies**

psychology”, concepción que mereció objeciones de Lacan, quien subrayó que faltaba en su planteo un elemento tercero, sin el cual se corría el riesgo de que la relación terapéutica quedara “fraguada” en torno a lo que Lacan llamó la diada imaginaria.

“... sin que intervenga un tercer elemento no existe **“two bodies psychology”**. Si se toma la palabra tal como se debe, como perspectiva central, la experiencia analítica debe formularse en una relación de tres, y no de dos” (2) (p. 25).

Y la conexión asociativa con Freud que se me ocurrió más arriba es la siguiente: éste le escribe a Fliess: “Yo mismo me estoy habituando a concebir todo acto sexual como un proceso entre cuatro individuos; pero todavía tendremos mucho que hablar sobre esto” (3) (p. 3.625 - carta 113).

Vuelvo a Paula Heinmann. En un segundo trabajo, “Contratransferencia”, ella escribe: “El concepto de contratransferencia fue presentado por Freud en forma muy breve. La describió como ‘el resultado de la influencia del paciente sobre los sentimientos del analista’ y exigió que se la reconociese y superase. Muchos analistas consideran la contra-transferencia nada más que como la transferencia de parte del analista y creo que se sienten apoyados por el hecho de que Freud se refirió a ella sin definirla y asociándola a una advertencia ya familiar en el caso de la transferencia”.

Si bien ella reitera lo de su anterior trabajo sobre que el prefijo ‘contra’ tiene un sentido operacional específico (1) (p. 141), más adelante, sin embargo, precisará lo siguiente: “Si bien una distinción

conceptual entre transferencia y contratransferencia es posible, en la experiencia real ambos componentes están **fusionados**”(1) (p. 150). (El subrayado es de la autora).

En “Contratransferencia normal y algunas de sus desviaciones” (1) R.E. Money-Kyrle describe lo que ocurre cuando el análisis se desarrolla bien. Creo que hay una rápida oscilación entre introyección y proyección. Mientras el paciente habla, el analista se identificará introyectivamente con él y habiéndolo comprendido, dentro de sí, lo re proyectará interpretando”.

Describe el autor situaciones en las cuales los mejores analistas encuentran grandes dificultades para mantener contacto, con los cuales la relación “normal” es la excepción más que la regla. Y aún con pacientes que cooperen esta relación está sujeta a frecuentes detenciones.

Si el análisis no marcha todo lo bien que era de esperar, puede ocurrir lo que le pasó al autor, en una sesión previa a un fin de semana. Se sintió con una sensación de vaguedad, despersonalizado, con sensación de inutilidad, deprimido, pero también enojado. A la sesión siguiente el analista le dice al paciente que él (el paciente) había sentido que lo había reducido a él (al analista) a un estado de inutilidad y vaguedad, similar al que él experimentaba, y que lo había hecho para ponerlo en apuros, haciéndole preguntas y rechazando sus respuestas, como lo hacía con su padre. Su respuesta fue sorprendente; por primera vez en dos días, quedó tranquilo y pensativo (el paciente).

II

A continuación paso a exponer el sondeo de lectura personal que hice en Lacan acerca de la contratransferencia y me permití cierta extensión en los fragmentos ya citados de los autores británicos, pues serán retomados luego.

— “¿De qué hablan los analistas de nuestros días?” se pregunta Lacan, y contesta:

— “Hablan de la contratransferencia”.

Todo lo que en el analista representa su inconsciente en tanto que no analizado es nocivo para su ejercicio de analista, en tanto que fuente de respuestas no denominadas, sobre todo de respuestas ciegas” (4) (p. 58).

¿Qué resultará entonces de tal situación? Emergencias fastidiosas, Incluso graves, no reconocimiento de hechos que están ocurriendo y que el analista “se comería”, Intervenciones fallidas e inoportunas, yerros importantes, etcétera, debidas a un psicoanálisis didáctico incompleto, no llevado a sus extremos y determinante de los ya referidos puntos ciegos.

La conclusión sorprendente es que a continuación de esta suma de insuficiencias, Lacan nos dice que no suscribe de entrada estas objeciones como algo descalificador, que caigan de su peso, y por lo tanto no acompaña el avalarlas así como así.

Y esto, en primer lugar, él continúa, por la importancia que siempre se le dio en el análisis a la comunicación de inconsciente a

inconsciente.

“Pero no sin buenas razones yo he sostenido que todo hombre posee en su inconsciente propio un instrumento con el que es capaz de interpretar las exteriorizaciones de lo Inconsciente en otro” (5) (p. 340), se puede leer en **“La predisposición a la neurosis obsesiva”** (1913); y una afirmación similar se puede encontrar en “Lo Inconsciente” (1915): “Cosa muy notable, el Icc de un hombre puede reaccionar, esquivando la Cc. sobre el Icc de otro. El hecho merece una indagación más a fondo, en particular para averiguar si no interviene la actividad preconsciente; pero, como descripción, es indiscutible” (6) (p.191).

A mayor abundamiento, recordemos también que en **“Psicoanálisis y telepatía”** (1921), al referirse a la comunicación de un primer caso, Freud habla de un saber transferido de una persona a otra, por caminos Ignorados que excluyen la comunicación habitual por nosotros conocida. “Existe transferencia de pensamiento”, afirma Freud sencilla y concretamente (7) (p, 176). Y más inextenso lo explica así: El trabajo de la adivina cobra así el papel de una actividad que distrae sus fuerzas psíquicas propias, la ocupa de manera inofensiva, de suerte **que puede volverse receptiva y permeable para el pensamiento del otro, que repercute sobre ella: puede volverse una verdadera medium’** ” (El subrayado es mío).

En nuestro medio, José Luis Brum en una nota titulada precisamente “Transferencia del pensamiento”, y rastreando en las Nuevas Conferencias del año 33. se detiene en el caso del Dr. Forsyth, un

nuevo paciente de Freud y llega a la conclusión Brum, al final de su trabajo. que “deseos contratransferenciales no verbalizados pueden haber intervenido en el FORESIGHT de la transferencia del pensamiento” (8) (p, 36).

Pareciera desprenderse de lo anterior, me parece —descontada la experiencia del propio inconsciente, que se tratará en seguida— un llamado a la intuición, a un tacto de analista, a la inclusión en la función del mismo de un desconocer que puedo ejemplificar como quien se pueda ver iluminado por una reverberación puntual, al igual que un centelleo sobre una ribera oscura, a favor de un permanecer el analista como a la sombra, inerte y poco menos que muerto. (Pero me estoy adelantando).

En cierta oportunidad, en el curso de una práctica supervisada, el analista que cumplía las funciones de control, me dijo ante la desazón que percibió que me embargaba, visto los magros resultados conseguidos con un paciente (así por lo menos a mime parecía): **“No entiende, ¿verdad? No importa, muchas veces no se entiende”**

Hay una apelación al tacto del analista, pero, ¿cómo delimitarlo, cómo acotar sus bornes? ¿De dónde procede el mismo?

En **“Análisis terminable e interminable”** (1937) Freud remite sin más a la sabiduría apodíctica de un aforismo: El león salta sólo una vez”. Y de la sagacidad y rapidez con que el analista intuya la inminencia de este salto podrá resultar que se vea o no sorprendido por el mismo. Sería en estos momentos privilegiados en que se

producirían los apercibimientos decisivos, los mejores **insights** y quizá fuera de desear que todo análisis no careciera de esos jalones en su decurso. Este problema, como se deduce, tiene algo de no discernible con claridad, y parecería permanecer con una cierta dosis de insolubilidad, de irreductibilidad, de “resto real”, pasible de significaciones nuevas, de teorizaciones ulteriores.

Ahora bien, supongamos que se hubiera llevado a cabo “un análisis ideal”. Aún llevado a los extremos es lícito pensar que no habría **liquidación** exhaustiva del inconsciente.

Me remito nuevamente al trabajo arriba citado de Freud: “Uno a menudo dudaría de que los dragones del tiempo primordial se hayan extinguido realmente” (9) (p. 232).

Vuelvo a Lacan. Es por el rodeo de la palabra del Otro: la palabra del analista que se accede a la naturaleza misma del inconsciente. Este, a consecuencia de haberse analizado tiene un inconsciente que otrora fue inconsciente en bruto (como lo es ahora el de su paciente) y que se ha podido tornar instrumento operativo para la acción terapéutica: un inconsciente flexible, dúctil: un inconsciente más la experiencia de ese inconsciente.

Es como inconsciente del otro que se hace toda experiencia de análisis, toda experiencia del inconsciente. Es con sus enfermos, en sus enfermos, que Freud avizó el inconsciente y descubrió sus leyes.

Una traducción, pues, se pone en curso, dice Lacan. Ella deriva de la marcha en pos del descubrimiento del propio inconsciente. Traduc-

ción que no se emprende sin temor, porque pone en descubrimiento a otro desconocido, insospechable, Imaginario, que no conocemos, que no reconocemos, en principio. Todo lo cual privilegia, en paralelo con la pasión del amor y del odio (que Lacan acuñó con el neologismo “odioenamoramamiento”, y que en todo análisis debe comparecer) la pasión de la ignorancia, del desconocimiento, a contrario sensu de un saber demasiado sobre nosotros mismos y sobre los otros.

Ahora bien, está en primer lugar la neutralidad del analista que él llama apatía estoica. El experimentar sentimientos amorosos u hostiles con su paciente no queda agotado, ya lo subrayaba Paula Heinmann, no puede quedar restringido a una temática del Inconsciente del analista. El hecho de que el analista permanezca insensible a las seducciones y a los poderes del **a** (de lo Imaginario) afuera. ¿es imputable a la preparación del analista como tal? En principio, no, contesta Lacan. El reconocimiento del propio inconsciente no tenemos por que plantear que ponga al analista fuera del alcance de las pasiones.

¿Por qué el movimiento del odio o del amor descalificaría al analista en su función? se pregunta Lacan. E incluso agrega: “Cuanto mejor analizado esté más posible podrá ser que esté francamente amoroso o en estado de repulsión, en los modos más elementales de relaciones de los cuerpos entre sí”...

“Es porque esto suena muy fuerte, como algo que no se acostumbra *oír*, que va como en camino de no tener arreglo” que Lacan plantea que debe haber otra cosa que echa ralees en otra parte. Si el analista

realiza —como la imagen popular o deontológica consagra— esta apatía que se le exige, es en la medida que está poseído de un deseo más fuerte que éste de ir al grano con su paciente: ya sea para tomarlo entre sus brazos o arrojarlo por la ventana. “Ello no debe ocurrir, (...) en razón de que el analista se funda como tal porque se produjo en él una mutación en la economía de su deseo” (4) (p. 60).

Es preciso pues que haya un deseo más fuerte. Lacan dice que los preciosos textos de Platón pueden ser evocados en nuestro auxilio. Freud cita en “**El hombre de las ratas**” una parte del discurso de Alcibíades a Sócrates sobre este deseo de muerte mezclado al amor. En el “Filebo”, Sócrates emite este pensamiento: que el deseo más fuerte de todos los deseos debe bien ser el deseo de la muerte, porque las almas que están en los sueños allí permanecen. Esto ilustra la dirección donde puede concebirse esta reconstrucción del deseo del analista.

Tiene que existir alguna relación del psicoanalista con **Hades**, el invisible”, el dios de los muertos, señor de los infiernos, a quien lo asisten dioses y genios diversos que están a sus órdenes en el mundo subterráneo donde él reina. Recordemos que Hades participó de la lucha contra los Titanes y los Cíclopes lo armaron con un casco que volvía invisible al que lo llevaba; es además un despiadado amo que no deja volver a ninguno de sus súbditos a la tierra a habitar entre los vivos; por lo demás, Hades raramente interviene en las leyendas; casi que no hay mitos que lo tengan de protagonista 10) (p. 220).

Las correspondencias analíticas que algunas de estas características

de estirpe mítica despiertan son evidentes: lucha contra los Titanes-pulsiones, no participación en las leyendas (de los pacientes sí, por lo menos, en cierto sentido), una condición de invisibilidad y también que algo de radicalmente distinto queda en cada uno después de haberse analizado (esto por lo de que ninguno de sus súbditos vuelve a la Tierra: y no en las mismas condiciones en las que vino al análisis, eso es seguro).

Freud en **“La interpretación de los sueños”**, decía sobre los deseos: “No están muertos, como entendemos lo están nuestros difuntos, sino como las sombras de **La Odisea** que tan pronto beben sangre despiertan a una cierta vida” (“) (p. 259).

El psicoanálisis es una partida de cartas entonces y que se juega no sólo entre dos, dice Lacan, y en donde el psicoanalista debe procurar ‘jugar con un muerto’; algo debe de haber ahí capaz de “hacerse el muerto”. ¿En dónde? En ese “pequeño otro” que está en él, en el analista. Si bien el analista es ese Otro que va a oír al paciente, y que el paciente va a oírlo a él, tiene además frente a sí (el analista), aparte del paciente, a su propio “pequeño otro”, en donde está él mismo (el analista) en su relación especular, en la medida en que está constituido como “moi”. El imaginario 1(a) del analista debe comportarse como un muerto, es decir, saber siempre qué hay ahí, en la suerte de las cartas.

En el libro **“El Seminario. Las Psicosis”** (12) (p. 230), Lacan establece:

“Si el analista entra en el emparejamiento de la resistencia, lo que

precisamente le enseño a no hacer, habla entonces desde **a**, y se verá en el sujeto. Si no está analizado, lo que cada tanto acontece, esto se produce con toda naturalidad, y aún diría que, desde cierto ángulo, el analista nunca es completamente analista, por la sencilla razón de que es hombre y que participa él también en los mecanismos imaginarios que obstaculizan el campo de la palabra. Se trata para él de no identificarse al sujeto, de estar muerto lo suficiente como para no ser presa de la relación imaginaria, en cuyo seno se ve siempre solicitado a intervenir, y permitir la progresiva migración de la imagen del sujeto hacia S, la cosa que revelar, la cosa que no tiene nombre, que puede encontrar su nombre a menos que el circuito culmine directamente de S hacia A. Lo que el sujeto tenía que decir a través de su falso discurso encontrará paso con mayor facilidad mientras más la economía de la relación imaginaria haya sido menguada progresivamente”.

Las cuestiones posibles a ser desarrolladas y derivadas de este planteo podrían ser:

1. Que así configurados los elementos de la relación analítica, y siendo un camino insoslayable el desfiladero por la palabra, no se puede entender la transferencia como una defensa del analista, cosa a la que puede inducir la importancia a dar a la contratransferencia.

2. El amenguamiento de la relación Imaginaria no obliga a que el analista se encierre en un silencio trancado a cal y canto, encapsulante y contrafóbico. Su palabra va a ser requerida y es de ineludible exigencia simbólica el darla. Hacerse el muerto no es hacerse el

mudo, ya que en un silencio esperante, por el contrario, se podrá acrecentar la proliferación desmesurada de los fantasmas y no su atravesamiento.

3. No defensa del analista, no deseo de él, sino deseo del Sujeto, deseo del Otro, ahí sí puede haber coincidencia en esta relación no simétrica que es la relación analítica, entendido el deseo del Otro en un ir más allá de lo que el analista puede desear para el paciente, en un ir más allá de lo que el paciente puede desear de su analista.

III

El analista no es un ser superior. Afirmación incuestionable que comparte tanto Lacan como los integrantes del círculo kleiniano con los que él polemiza. La contratransferencia que debemos tener en cuenta, ya lo vimos, es la de los sentimientos experimentados por el analista y determinados por sus relaciones con el analizado.

“Desde entonces Lacan a cotejar sus puntos de vista con los de la escuela kleiniana. Se detiene particularmente en el análisis de Money-Kyrle arriba reseñado.

Desde el comienzo este analista kleiniano concibe la cosa como el efecto del objeto malo proyectado en el analista. La contratransferencia normal es entendida como el ritmo de vaivén, de introyección del discurso del analizado (1) y de lo que se produce como un efecto imaginarlo de respuesta a esa introyección de su

discurso (...)"

“En la medida que la demanda introyectada es comprendida, el analista no tiene ninguna dificultad en referirse a lo que se produce en su propia re-proyección. Ni siquiera le hace falta utilizarla. Lo que se produce en el nivel de i(a) está gobernado”.

“En cuanto a lo que se produce del lado del paciente, el analista no tiene que sorprenderse si no es afectado por lo que el paciente proyecta en él” (1).

“Es afectado, si no comprende” (el subrayado me pertenece). Esto le permite reconocer el estado que su paciente le ha descrito, y nada más”.

Problemas: 1. ¿Cómo vive el analista, si así fuera, este lugar de vertedero de objetos proyectados en él, en que ha pasado a convertirse?

2. ¿Hay que comunicar al paciente lo que el analista experimenta para darle acceso a esa realidad? ¿En función de qué? ¿De tranquilizarlo?

Ferenczi en algún momento estuvo cerca de encontrar esta “solución”. Paula Heinmann *no* fue tan lejos. Money-Kyrle va más lejos y hace partícipe al paciente de lo que él siente, si bien puede ser discutible la forma que Lacan interpreta la comunicación del analista británico.

“La desviación de la contratransferencia es establecida aquí como un medio instrumental que se puede codificar y que puede en casos parecidos “recuperar” la demora tenida en la comprensión de un

paciente, por el reconocimiento de sus efectos sobre el analista y luego por medio de una comunicación que proponga al paciente un develamiento de la situación se llegaría a algo que pusiera fin al *impasse*”.

Lacan no suscribe esta manera de hacer las cosas.

En la medida que nuestra manera de proceder tiene un fundamento, dice, “nuestras categorías permiten comprender mejor esa legitimación desde el lugar del objeto parcial: el **a** del *agalma*”.

Noción ésta que Lacan toma de “El Banquete” de Platón. Cuando Alcibíades hace el elogio de Sócrates usando símiles, uno es el símil de los silenos, que eran divinidades del séquito de Dionisios. (Silenos es un *semidiós*, hijo de Pan y de una ninfa. Tuvo a su cargo la educación de Baco niño, y era usual su estado de embriaguez. Se le representa calvo, con cuernos y montado sobre un asno).

El símil tiene por fin llegar a la verdad, no provocar la risa, proclama Alcibíades: — “Afirmo (en efecto) que (Sócrates) es sumamente parecido a esos silenos (cajas de madera que guardaban dentro de sí Imágenes de divinidades) que hay en los talleres de los escultores, que modelan los artífices con siringas o flautas en la mano y que al abrirlos en dos se ve que tienen en su interior estatuillas de dioses (...), su apariencia, al menos, ¿no es la de un sileno? Sí, y mucho. Esta es la cubierta con la que está envuelto por fuera, como un sileno esculpido, pero el interior cuando se abre, ¿de cuánta templanza creéis, señores comensales, que está lleno?” Y más

adelante: “Pero cuando habla en serio y se abre su envoltura, no sé si hay alguien que haya visto entonces las estatuillas de adentro” (13) (p. 105-108);

Esos objetos son las agalmata, objetos de brillo y maravilla que sólo Sócrates tiene, por lo menos así lo supone Alcibíades.

La relación analista-analizado despliega una relación de deseo dentro de una relación más vasta, desde la exigencia de amor. El sujeto no lo sabe, pero ya por esta situación (analítica) es ya en el otro donde el a de la agalma funciona. **Y lo que se nos presenta como contra-transferencia, normal o no, no hay razón para que se la defina como contratransferencia: se trata de un efecto irreductible de la situación de transferencia como tal.** (El subrayado es mío).

Por el hecho de que hay transferencia, eso basta para que estemos en esa posición de ser el que contiene la agalma: el objeto fundamental en el análisis, ya que el sujeto queda fijado con relación al objeto en esta función privilegiada a.

Por lo tanto, en la medida en que el objeto se conjuga con el fantasma, se identifica con él, el deseo cobra consistencia y puede ser designado. Ahora bien, el deseo arraiga por su posición misma en el inconsciente. Se postula en el sujeto como deseo del Otro, definido el Otro como lugar de la palabra, lugar tercero que existe siempre en las relaciones con el otro. Este asimismo no es un otro absoluto, un otro respetado como nuestro igual, sino que es necesario como lugar y al

mismo tiempo está perpetuamente sometido a la interrogación por aquello que lo garantiza: es un Otro evanescente.

No hace falta, entonces, dice Lacan, hacer intervenir la contratransferencia como la “parte defectuosa” del analista, porque si no terminaríamos constituyendo como núcleo fundamental de nuestro quehacer una puesta en guardia defensiva de la contratransferencia, en vez de concebir nuestra función como la del deseo del Otro.

Resumen

El punto de partida de esta comunicación procura delimitar los alcances de la palabra contratransferencia. ¿Es que ella tiene por su semántica no unívoca, por su imposición prosódica más enganche que la palabra transferencia original?

Se pasa lista seguidamente a los aportes que analistas británicos han hecho sobre esta cuestión: Paula Heinmann y Money-Kyrle. La contratransferencia es descrita como la totalidad de los sentimientos que el analista vivencia hacia su paciente. El prefijo ‘contra’, según Heinmann implica factores adicionales, operacionales y específicos. El segundo autor refiere su experiencia y teoriza sobre contratransferencia normal y sus desviaciones.

¿Qué ocurre, se pregunta Lacan, si nos encontramos ante una situación en la cual todo lo que en el analista representa su inconsciente no analizado puede emerger en forma de respuestas ciegas? Sorprendentemente Lacan no toma como algo descalificante que puedan haber emergencias, intervenciones fallidas, a causa de los

referidos puntos ciegos. A continuación pasa a referirse en primer lugar a las comunicaciones de inconsciente a inconsciente. Se citan trabajos de Freud donde se da cuenta de esos fenómenos. Se desprende de lo anterior un llamado a la intuición, a la experiencia, al tacto del analista, puesto que se sostiene que se asienta su lugar en su propio análisis que necesitó de otro, y, también de incluir en su obrar de una función de desconocimiento, para la cual se debe munir, mutando su deseo en un deseo del Otro. El analista debe procurar “jugar con un muerto”. “hacerse el muerto”, dejar muerto ese “pequeño otro” en donde está él mismo en una relación especular, procurando que el analizado migre desde una posición de imagen hacia una cosa que encuentre su nombre.

Es por el rodeo de la palabra del analista que se accede a la naturaleza misma del inconsciente. Es como inconsciente del otro que se hace toda experiencia de análisis. En él comparecen la pasión del amor, la del odio y la del desconocimiento. El analista, por más analizado que esté, no está fuera del alcance de las pasiones.

Se comprende mejor la legitimación de la tarea si tenemos en cuenta que el analista está en el lugar del objeto parcial. Por el hecho de que hay transferencia, eso basta para que se lo ubique en una posición de ser el que tiene el agalma, objeto de maravilla que se supone que tienen los que saben, derivación extraída de Lacan de la ubicación en que colocaba Alcibíades a Sócrates en «El Banquete». Por el agalma, el sujeto puede conjurar, identificar y nombrar su fantasma, eventualmente superarlo y alcanzar el deseo que se debe

designar como deseo del Otro. Lo que se nos presenta como contratransferencia, normal o no, no hay razón para que se la defina como tal: se trata de un efecto irreductible de la situación de transferencia.

Summary

The starting point of this article seeks to delimitate the word countertransference. Is it that it has, due to its non-univocal semantics and its prosodic imposition more “hook” than the original word transference?

A list of contributions, which the British analysts have written on this Issue, follows: Paula Heinmann and Money-Kyrle. Countertransference is described as the totality of the feelings that the analyst experiences towards his patient.

The prefix counter, according to Heinmann, implies additional factors, which are operational and specific. The second author refers to his experience and theorizes on normal countertransference and its deviations.

What would happen, Lacan wonders, if we encountered a situation in which the analyst’s non-analysed unconsciousness emerges as “blind responses”? Surprisingly, Lacan does not consider emergencies, failed interventions as something to disqualify on account of the previously mentioned blind spots. Lacan, then, proceeds to refer, in the first place, to the communication from unconsciousness to

unconsciousness. Freud's works, in which these phenomena are reported, are quoted. What develops as a result, is an appeal to the intuition, experience and tact of the analyst, since it is maintained that his place is affirmed in his own analysis, which is needed of the Other and of including a function of ignorance for which he must be prepared for, transforming his own desire into the Other's desire.

The analyst must try «to play with the dead», let “the little other one die, in which he himself is involved in a speculative relationship. Meanwhile, seeking that the analysed will migrate from a position of Image toward one thing that will find his name.

It is through the “beating around the bush” of the analyst's words that one accedes to the nature of unconsciousness itself. It is through the unconsciousness of the other one that the experience of analyst is done. The passion of love, of hate and of unknowledge, all appear in it. However analysed he is, he is not far from the reach of passions.

The legitimation of the task is better understood if we bear in mind the fact that the analyst is in the partial object's place. Owing to the fact that there is transference, this is sufficient for him to be thought of as having: the **agalma**, the marvellous object supposedly possessed by those who know. A derivation extracted by Lacan from the place which Alcibiades would assign to Socrates in “The Banquet”. Through the agalma, the subject is able to conjugate, identify and name his phantoms and eventually overcome them, reach the desire that must be designated as the desire of the Other. There is no reason

why what is put forward lo as “countertransference”, normal or not, should be defined as such it consists of an irreducible effect of the situation of transference.

Translated by Kent Miller).

Bibliografía

1. Paula Heinmann - Acerca de la contratransferencia y Contratransferencia.
1. R. E. Money-Kyrle - Contratransferencia normal y algunas de sus desviaciones., Ambos trabajos publicados en Revista Uruguaya de Psicoanálisis. Tomo IV, N° 1, Montevideo, 1961-62.
2. Jacques Lacan - El Seminario. Los Escritos técnicos de Freud. Editorial Paidós, Barcelona, Buenos Aires, 1981.
3. Sigmund Freud - Wilhelm Fliess - Correspondencia. Biblioteca Nueva, Tomo IX, Madrid, 1975.
4. Jacques Lacan - El Seminario. La Transferencia. 1960-61. Inédito, traducción castellana.
5. Sigmund Freud - La predisposición a la neurosis obsesiva, contribución al problema de la elección de neurosis (1913). Amorrortu Editores. Obras Completas, Tomo XII, Buenos Aires, 1980.
6. Sigmund Freud - Lo inconsciente (1915). Amorrortu Editores,

- Obras Completas, Tomo XIV, Buenos Aires, 1979.
7. Sigmund Freud - Psicoanálisis y telepatía (1917). Amorrortu Editores. Obras Completas, Tomo XVIII, Buenos Aires, 1979.
 8. José Luis Brum - Transferencia del pensamiento. Revista Temas de Psicoanálisis, N° 1, Montevideo. 1983.
 9. Sigmund Freud - Análisis terminable e interminable (1937). Amorrortu Editores, Obras Completas, Tomo XXIII, Buenos Aires, 1979.
 10. Pierre Grimal - Diccionario de Mitología Griega y Romana. Editorial Paidós, Barcelona, 1981.
 11. Sigmund Freud - La Interpretación de los sueños (primera parte) (1900). Amorrortu Editores, Obras Completas, Tomo IV, Buenos Aires. 1979.
 12. Jacques Lacan - El Seminario. Las Psicosis. 1955-56. Editorial Paidós, Buenos Aires, Barcelona, 1985.
 13. Platón - El Banquete (416 a.C.), Ediciones Guadarrama, Madrid, 1969.

El Acting-out, un acontecimiento de la Transferencia.

Marta Cárdenas de Espasandín *

A punto de partida de dificultades técnicas en el análisis de niños, quisiera reflexionar sobre algunos aspectos que, de estar presentes en el análisis de adultos, tenderían a ser resueltos de modo diferente.

Estas reflexiones surgieron de la confrontación de mi práctica psicoterapéutica (con niños y adultos), con una serie de ideas investigadas, elaboradas y vertidas en un grupo de estudio de Psicoanálisis de niños,¹ acerca del acting-out.

Entra un niño en la sala de juego y me dice: “quiero agua, ¿me traés?” Le interpreto su necesidad de satisfacer acá conmigo, necesidades que siente urgentes, y que yo lo ayude en eso. Repite ansioso: “¿me traés agua?”. Le traigo un vaso de agua que bebe de un sorbo entero y se pone a jugar.

Estamos frente a un niño. Su tolerancia frente a la frustración es limitada. Su noción de tiempo y su capacidad de espera aún no se han desarrollado. Su pensamiento está en una etapa de desarrollo lógico

* Francisco Araúcho 1162/302, Montevideo, Uruguay

¹ Grupo de estudio integrado por Myrta Casas de Pereda como coordinadora, Clara Uriarte de Pantazoglu, Aída Miraldi, Cristina Martínez de Bagattini, Cristina López de Cayaffa y María Cárdenas de Espasandín.

concreto que no admite la posibilidad de entendimientos verbales abstractos. Es a través de los actos que se pone en contacto y aprehende la realidad.

Frustración, noción de tiempo, capacidad de abstracción, actos. Todos estos elementos aparecen como algo diferente, propios del niño, que lo distinguen del comportamiento adulto.

Lo que describo en el ejemplo es la satisfacción de una demanda, en relación a una necesidad concreta que no pueda ser diferida, porque no puede ser simbolizada, sino sentida sólo como pérdida del objeto, o en otros términos, como falla del otro que debe estar allí para responder y no responde.

El analista de niños responde entonces con actos, no sólo con palabras, adecuándose a las características del psiquismo en desarrollo, a la urgencia de las necesidades del niño que despiertan en él ansiedades intensas, que no admiten demoras demasiado largas ya que su tiempo y capacidad de espera son otras, así como su capacidad de aliviarse con sustitutos simbólicos abstractos.

¿Qué pasaría con un adulto colocado en situación similar? La respuesta que surge inmediata es: imperaría la regla de abstinencia, tenderíamos a mantenernos en no satisfacer la demanda, e intentar conocer el deseo inconciente que moviliza al paciente.

Pero, ¿es esto siempre posible?

Creo que en el trabajo con adultos surgen situaciones que se asemejan a éstas que ocurren con los niños, cuando la angustia aflora

a un primer plano sin estar enlazada a representaciones mentales que permitan su derivación. Estamos en el campo de los acting-out. El paciente repite en un acto, algo que no tuvo aún posibilidad de elaborar.

Ejemplo de Rafaela: paciente de 19 años que a los tres meses de comenzado el tratamiento, llega a la sesión y comienza a toser, unos tos incoercible, fuerte, le impide hablar, me hace gestos de estar ahogándose, y *con voz* entrecortada *me pide*: “por favor, ¿tendría un vaso de agua?”. Inmediatamente, o quizá tras un instante de duda sobre cuál debe ser mi respuesta, qué significa acceder a su demanda, y qué puede pasar si no accedo, me “juego”: voy a buscar y le traigo el vaso de agua pedido. Luego trataré junto con ella de entender el significado.

Momento de urgencia en que me sentí llevada a salir del encuadre, sentí que allí no había interpretación que valiera “en ese momento”, que a ese lenguaje del cuerpo debía responderle de un modo directo y concreto, con una respuesta que involucró mi propio cuerpo. Ya habría luego tiempo para las interpretaciones.

Otra paciente, adulta, antes de entrar en el *consultorio*, pasa un período de su análisis en que sistemáticamente pide para pasar antes al baño. Llega con la urgencia de orinar.

También aquí siento que es una demanda directa corporal, que necesita una respuesta positiva directa de mi parte, mi baño está a su disposición, aún cuando luego en la sesión trabajemos -y llevará mucho tiempo entender sus múltiples significados- a nivel de las

palabras.

Situación esta última sumamente frecuente en el análisis de niños, en que sus funciones excrementicias son integradas como parte constitutiva de su discurso corporal. Irán al baño a defecar u orinar antes, durante o después de la sesión, con la puerta del baño abierta o cerrada, con el deseo de ser acompañados (los más pequeños) o de guardar intimidad los más grandes, dejando el baño limpio al retirarse, o un reguero llamativo en el piso, o un “regalo” fecal depositado en el water.

En el niño lo tomamos como parte de su discurso habitual y trataremos junto con él, de entenderlo dentro del contexto en que se está trabajando. Elaboración de sus ansiedades de pérdida, de castración, de separación o individuación según los casos, deberemos darnos tiempo para que estas fantasías y ansiedades puedan expresarse a un nivel más simbólico, que no involucre de esa manera masiva al propio cuerpo.

Otro caso más dramático. Paciente adulta con defensas de tipo psicótico, con mecanismos proyectivos muy marcados, en la que alternan periodos de omnipotencia y de idealización extremas, con otros de gran desvalorización. Sesión en que rememora con gran angustia el suicidio de su madre acaecido 2 años atrás en esta fecha. Comenta que no ha ido nunca al cementerio, al lugar en que está enterrada su madre bajo la tierra. Asocia que ella se tira tierra encima porque no cumple con su trabajo y se gana la desaprobación de sus jefes y compañeros. Trabajamos la identificación melancoliforme con

su madre y la culpa inconciente que la lleva a tener estas conductas. Terminada la sesión la acompaño hasta la puerta y golpea con su cabeza (es muy alta) una maceta colgante del techo. Le cae tierra sobre su cabeza y hombros. Mi reacción impensada es acercarme a ella, ayudarla a sacudir la tierra de encima suyo, y a colocar nuevamente la planta en su lugar. Sentí que también acá no estaba en la llamada función analítica, estaba como un ser humano frente a otro ser humano en situación de urgencia, atendiendo a algo que escapa a las posibilidades de elaboración mental y que necesitó expresarse a través de un hecho concreto corporal.

Trabajamos en las sesiones siguientes este suceso, tratando de integrarlo a la transferencia, de entenderlo en su significado inconciente.

No obstante, días después tiene un accidente automovilístico del cual se sabe responsable por estar manejando a alta velocidad, fumando, por un camino de tierra en el cual el auto resbala, y ella atina a frenar al ver que se le venía “una montaña de tierra encima”. Piensa que este hecho es el que le salvó la vida, pues tuvo lesiones graves con internación en CTI durante más de un mes, pero que podrían haber sido fatales, si no hubiera sido que se le ocurrió frenar al ver la montaña de tierra adelante de ella.

Dramática puesta en acto de sus impulsos suicidas que quizá hayan podido ser frenados en el último instante gracias a lo trabajado previamente.

Paciente en 3er. año de análisis. Está pasando una etapa regresiva,

muy angustiante, con sueños y fantasías terroríficas en relación a vivencias primarias de grandes carencias afectivas, en donde comienza a desmoronarse el vínculo simbiótico establecido por ella con su madre. Entra en una etapa de defensas fóbicas. se siente encerrada en la sesión, con palpitaciones, dolor precordial y la necesidad imperiosa de orinar. La posibilidad de levantarse cuando ella lo desea y salir, es lo que le permite seguir adelante con su análisis, no sentirse encerrada en un vínculo simbiótico, de muerte, conmigo.

El orinar, que podría ser visto como atacar, o como dejar afuera de la sesión, es también salvaguardar el lugar de trabajo y la posibilidad de mantener el vínculo conmigo.

Nuevamente es el lenguaje del cuerpo el que se expresa, acá no alcanzan las palabras. Pasará tiempo antes que todo esto se integre en un proceso de elaboración. Mientras tanto hay que tolerar sus acting, que parecen cortar con ese proceso maduro de comunicación mutua en un discurso verbal, y aceptar que nos estamos comunicando de otro modo.

Este otro modo, es lo que aparece, como pan de cada día, en el análisis de niños.

El niño se expresa con su juego, pero también se expresa con sus actos. Y pide de nosotros no sólo palabras sino también actos. Podrá gritarnos con palabras su enojo, pero también lo hará pateando las sillas, pisando sus juguetes y aporreando la puerta a golpes para que lo atendamos aún cuando todavía no sea su hora.

También expresará su afecto corporalmente, más que con palabras, y nos hará regalos, o querrá darnos caramelos de su bolsillo o nos zampará un beso en el momento de irse.

O si está excitado sexualmente, lo demostrará a veces de un modo simbólico, en un dibujo, pero otras veces querrá jugar a que somos novios ‘de verdad’, y entra allí la sutil tarea del psicoanalista de niños de aceptar “corporalmente” en el juego, a que si somos su novia y de colocar el límite necesario (a los cuerpos y actos del paciente y propios) que nos ubique a cada uno en su verdadero lugar.

Satisfacción de la demanda y frustración se van dando juntas en el niño de un modo casi continuo.

Y aquí no se trata de poner palabras solamente. Hay que poner actos que salve a la silla (o a nuestras piernas) y actos que pongan freno a una erotización en marcha.

Y creo que en el niño las demandas son sentidas de un modo más acuciante, necesitan ser resueltas de un modo más urgente y concreto (de acuerdo a su pensamiento operacional concreto). Eso hace que las frustraciones también sean sentidas de un modo más exquisitamente doloroso, como no respuesta a la necesidad específica de atención, lo cual me parece estar en relación directa a dos características propias del niño: por un lado el mayor grado de narcisismo que hay en él, lo vuelve más susceptible a toda frustración, y en segundo lugar su aparato psíquico o mental en desarrollo, que da mayor lugar a sus necesidades pulsionales y un menor lugar a los procesos de mentalización.

Es difícil precisar si podríamos llamar acting a este expresarse predominante del niño a través del cuerpo, que demanda de nosotros también una expresión corporal predominante, o una satisfacción directa de la demanda, en donde las palabras-interpretación quedan en un lugar secundario, no en importancia, sino en su validez en el tiempo. Es después que nos prestamos a jugar, representar, aceptar, limitar físicamente, que las posibilidades de mentalización -a través de palabras- pueden darse en el niño.

En las últimas comunicaciones encontradas acerca de los acting en niños, más bien los autores tienden a rescatar el lenguaje preverbal y gestual, previo al pensamiento abstracto y a las posibilidades de verbalización en el niño en proceso de maduración, por lo cual los acting serían más frecuentes. O no cabría llamarles acting en el sentido clásico del término tal como lo define Laplanche.

Quizá pueda decirse que es una dificultad específica del psicoanálisis de niños, el distinguir acting de actos, ya que la transición de uno a otro es a veces casi intangible, a diferencia del adulto, en quien, el control logrado sobre su motricidad y el uso predominante del lenguaje verbal, hace que el acto se destaque.

Sería entonces también para pensar, cómo ubicarnos frente a la aparición de este tipo de hechos en análisis de adultos, que son catalogados como acting y encierran el mismo mecanismo de Imposibilidad de elaboración por desborde del aparato por un monto de angustia no tolerable a nivel mental, o la exigencia de demandas directas y concretas por tratarse de individuos con un defecto en su

desarrollo que impide la simbolización, la posibilidad de diferir la demanda y tolerar la frustración o de poder sustituirla por un modo metafórico.

Situándonos en esta perspectiva, cabe preguntarnos cuál es allí la función del analista, si el acto analítico es escucha e interpretación verbalizada solamente, o se amplía a una participación más activa que enseguida aparece como riesgosa. El temor a salirse del encuadre, a perder el lugar de analista, a poner en juego nuestras propias fantasías inconcientes que oscurezcan el campo, nos hacen cautelosos.

Pero creo, siguiendo una idea de Freud, que para poder ser analistas debemos dejarnos llevar por nuestro inconciente, dirigido al inconciente del paciente. O, en cierta medida, dejar que el inconciente del paciente dirija nuestro sentir inconciente, que va a estar tamizado de todos modos, por el análisis de nuestra contratransferencia.

Si un paciente me pide agua de un modo que siento que es demanda urgente, angustiada, imperiosa, que necesita ser colmada en el acto porque es ahora... y cuya negativa sería sentida por él, como falta absoluta de objeto continente, como corroboración de su vivencia de una ausencia de objeto, donde el frágil lazo que lo une a la posibilidad de rescate personal se rompe... es como un niño pequeño con carencias afectivas graves, sea o no psicótico, que me pide que lo sostenga un ratito en brazos. No dudo en hacerlo.

Es distinta a la situación del paciente que pide agua como quien pide un cigarrillo, en donde el nivel de vivencias compartidas no es el de la angustia intolerable sino el de prueba, manejo, dominio. Este

paciente puede transitar la frustración, la regla de abstinencia impera porque puede sacar provecho de ella, insertándola en una cadena asociativa donde es imprescindible la disponibilidad de simbolización y la metáfora.

Luego de un tiempo de estas reflexiones, escritas en el fragor de mis primeras experiencias en el intento de trabajar como psicoanalista, agrego ahora mis propias interrogantes y dudas acerca de lo transcrito.

- Este actuar mío como respuesta al acting del paciente, ¿es realmente respuesta que mantiene abierta la comunicación, o es un cortocircuito, en donde lo esencial o más profundo queda de lado, fuera del circuito de una comunicación verdadera?
- Me pregunto si es la urgencia de la situación, lo que promueve una urgencia en mi respuesta, que se convierte así, en simple descarga de la ansiedad no tolerada.
- ¿Cuánto de los acting que aparecen en mis pacientes, serán promovidos en su aparición, por una actitud no lo suficientemente continente de mi parte?

Más que preguntarme sobre la significación del acting, me preocupa hoy la significación de mi respuesta a los acting. Acting entonces, que queda ubicado no sólo como acontecimiento de la transferencia, sino también de la contratransferencia.

Resumen

A punto de partida de la experiencia clínica, en el trabajo con niños, adolescentes y adultos, surgen reflexiones acerca del acting out, el modo en que éste se presenta en las variadas situaciones y la respuesta que promueve en el analista.

Se entiende el acting out como un modo de expresión o comunicación corporal que surge en momentos de angustias intensas, que no han podido ser procesadas en un nivel de elaboración mental. Más frecuente en los niños, por su aparato psíquico en formación, por su pensamiento operacional concreto con menores posibilidades de abstracción y simbolización, lo que los lleva al actuar, como un modo de lenguaje corporal privilegiado, en el cual es a veces difícil distinguir los actos de los acting. El analista se sitúa frente al niño haciendo uso de sus palabras, pero también es demandado en su cuerpo y en sus actos, para establecer la comunicación.

La autora se plantea el surgimiento de situaciones similares en adolescentes y adultos, de demandas urgentes que van más allá de las palabras, por la imposibilidad de procesamiento de angustias no tolerables a nivel mental y la situación en que queda ubicado el analista frente a las mismas.

Se pregunta si la escucha y la interpretación verbalizada son suficientes para estos casos en que la posibilidad de simbolización es limitada y si no sería más provechoso para el trabajo analítico, transitar por estos acting haciendo uso de nuestra contratransferencia,

encontrándonos con el paciente en su actuar inconciente y dejando para el 2º tiempo la verbalización, para la cual es imprescindible la disponibilidad de simbolización y la metáfora.

Se presentan varios ejemplos clínicos de su propia experiencia, en que piensa que algo de esto es lo que estuvo en juego y sus propias dudas al respecto.

Summary

Several remarks dealing with acting out come forth originated in clinical experience with children, adolescents and adults, the way it appears in different situations and the reply it stirs in the analyst.

Acting out is a type of expression or body communication which appears at times of great anxiety which has not been mentally processed.

It is more frequent in children who are developing their psychic apparatus, with their operational thought, with fewer chances of abstraction of symbolism which makes them act in a privileged way in body action where action and acting are hard to tell apart.

The analyst places himself before the child using his own words but his body and action are also requested to enable communication.

The author reports similar circumstances of urgent demands of adolescents and adults which go beyond words due to impossibility of processing anxiety not tolerated mentally, and the situation in which the analyst is set facing them.

The author questions if listening or verbal interpretation are enough. In these cases in which possibilities to symbolize are limited, and would it be more profitable for analysis to thread through this acting using countertransference, facing the patient in its unconscious acting and leaving for a second thought the wordiness, for which symbol and metaphor availability are essential.

Several clinical examples are reported from experience, in which the author thinks that some of this has already been used in action and reports her doubts on the matter.

En los límites de la Transferencia*

Ana de Barbieri**

Julio Lamónaca***

Puede haber distintas maneras de abordar el estudio del tema de la transferencia desde un punto de vista teórico: una puede ser en relación al aporte de distintos autores, otra la manifestación en las distintas patologías, y finalmente otra vinculada a la extensión y comprensión del término. Nosotros tomaremos fundamentalmente esta última perspectiva aunque más especialmente en relación con la extensión del concepto e intentaremos una delimitación de fronteras con algunos conceptos cercanos. Haremos primeramente una breve ubicación del tema.

* Publicación de la Introducción a las Jornadas sobre transferencia 1989.

** Buxareo 1117/901 - Montevideo - Uruguay

*** Gil 1068 - Montevideo - Uruguay

II

Lagache hizo un esfuerzo exhaustivo de puesta a punto acerca de la transferencia en un clásico y metódico relato que ya data de casi cuarenta años, y desde entonces se han producido contribuciones de gran peso, no solamente desarrollos nuevos -post-kleinianos- sino Incluso, surgimiento de nuevas corrientes -lacanianos, etc. - La consideración de los autores de más relieve nos acercó a las variadas, múltiples, y a veces contradictorias teorizaciones y nos hizo pensar que no es posible un avance en torno a este tema si no aparece una reflexión que ordene y de mayor coherencia a los aportes. Se nos destacó lo dispar en la comprensión de este término, cada autor tiene su propio criterio acerca de la transferencia, íntimamente vinculado con los aportes teóricos propios.

A partir de la idea fundante de Freud de la transferencia en las llamadas psiconeurosis de transferencia, los conocimientos han crecido en múltiples direcciones. El espectro nosográfico de aplicación del psicoanálisis se ha ensanchado y con él la extensión del concepto de transferencia. Se busca detectar, conocer y comprender lo transferencial en los cuadros no neuróticos, en especial en las psicosis, pero también en las demás patologías.

- Las concepciones específicas que por esta vía se han logrado, aquellas que correlacionan la transferencia con las correspondientes estructuras psicopatológicas: psicosis, perversiones, borders, etc., obtienen su ganancia en cuanto a la riqueza del contenido
-

explicativo del concepto (transferencia psicótica, transferencia perversa, etc.) pero dejan afuera algunos puntos problemáticos que no son de interés cuco inmediato de los autores, pues no está en juego la cualidad transferencial característica de esos cuadros. Pero nosotros pensamos que estos aspectos son muy importantes para la comprensión del fenómeno transferencial general.

- Cuando el interés apunta a mostrar un material clínico por ejemplo, se menciona, como es obvio la transferencia pero aparece allí generalmente como un concepto más o menos laxo, poco definido en su lógica interna, sobre el que tácitamente se supone que hay acuerdo para entender el material a discutir. Cuando revisamos autores vemos que cada uno apunta a distintos aspectos de la transferencia según sus propias concepciones y su Interés teórico particular.

Pero si bien, como decíamos, los conocimientos han aumentado se han acumulado sin una satisfactoria claridad que los articule y le confiera univocidad al término. Frente a tal situación, juzgamos necesario centrar el esfuerzo en dilucidar algunos problemas de límites implicados en la transferencia.

Pensamos que es necesario trazar una línea de demarcación entre lo que se considera como parte del concepto, es decir el recorte de su extensión y todo aquello que bajo el rubro de “no transferencial” igualmente forma parte de la compleja relación del paciente con el analista.

- Por un lado estaría lo específicamente transferencial, i-e., aquello

que desde la historia del paciente se enlaza de alguna manera al analista y que análisis mediante, puede ser reconducido a dicha historia, recobrando el analista su lugar particular, que servirá de soporte a nuevas transferencias.

- Por otro lado estaría todo aquello que en tanto que “no transferencial” en el vínculo paciente-analista —la sugestión, el analista como persona real, la gestualidad que nos aporta información en la concordancia o en la discordancia con el material verbal o gestos ricos en significaciones, etc.— es a menudo subestimado, desvalorizado no en la clínica misma pero sí en la conceptualización de la transferencia y remitido en su comprensión al sentido común. Esto resulta empobrecedor y poco riguroso. Pero fueron quizás estos elementos los que llevaron a Freud a afirmar que lo difícil no era tanto la interpretación de los contenidos sino el colegir la transferencia. La sugestión es un fenómeno de incómoda ubicación en la red teórica. Hay detractores del psicoanálisis que lo acusan de ser “todo sugestión” y también hay analistas para quienes la sugestión en “el buen análisis” es “nada”. Nosotros tomaremos más adelante la sugestión tratando de ligar este problema a la transferencia pues entendemos que ambas se encuentran en la base de todas las relaciones humanas y Freud nos abre algunos caminos a seguir en este sentido.

En el progreso de su trabajo teórico y terapéutico, Freud hace uso de términos inicialmente vinculados al lenguaje común a los que luego les va adjudicando un sentido más específico al irlos

incorporando al cuerpo teórico del psicoanálisis. Esto ha sucedido con el término que nos ocupa. La transferencia pues, ha seguido ese proceso:

- De “falso enlace” donde el analista debía solamente mostrar la “mesalliance” pasa a ser un elemento Imprescindible no sólo para la comprensión del paciente sino también para la marcha de la cura. La transferencia se convierte así en un instrumento **incorporado al método analítico**, y se vuelve de todo punto de vista inseparable de él.
- De resistencia y escollo para el desarrollo de la terapia pasa a tornarse instrumento y servir como indicador de elementos ricos para el proceso analítico. Pasa así a ser **incorporada a la técnica**.
- El analista a su vez, de observador e interpretador externo del “material patógeno” pasa a quedar incluido en el vínculo con su paciente. Este cambio de lugar del analista determina cambios hasta en la forma de interpretar ya que sus palabras adquieren ahora otro valor en consonancia con haberse convertido en un personaje **grávido en significaciones**.

Estos nuevos elementos enmarcan un concepto distinto de transferencia, la incluyen en el método, promueven cambios en la técnica y estructuran un campo analítico diferente. Se opera así un **salto** epistemológico en la comprensión de dicho fenómeno, aunque persistan los problemas de demarcación a que aludíamos.

Así como el concepto va adquiriendo su propia extensión y comprensión, van apareciendo nuevos problemas, algunos ya

esbozados por Freud. Dentro de ellos y como uno de los puntos más problemáticos en el que vamos a detenemos está el de la relación de la transferencia con la sugestión y para ello vamos a tomar un concepto freudiano, para después centrarnos en nuestro planteo.

En 1888-89 Freud describe dos formas de sugestión: una directa que se formula como una orden y tiende a **invadir** la conciencia del hipnotizado por Influjo del hipnotizador: y otra indirecta, mucho más sutil, donde las palabras provocan una incitación a la autosugestión” y donde “entre la incitación de afuera y el resultado se interpolan una **serie de eslabones intermedios oriundos de la actividad propia de la persona sugerida**”(4). Importa destacar esta discriminación establecida por Freud en este trabajo temprano pues nos habilita a pensar la posibilidad de la influencia sugestiva del analista sobre el paciente, mencionada por él mismo más de una vez en sus trabajos sobre la técnica (3).

El psicoanálisis naciendo de la hipnosis y teniendo apoyo en la sugestión debe desprenderse de ellas para adquirir su propia **legitimidad**, mas una vez desarrollado debe dar explicación de la frecuente aparición de fenómenos de naturaleza sugestiva en su propio terreno.

Nosotros llamaremos a la primera sugestión descrita por Freud, **sugestión en sentido fuerte**. Esta obviamente es ajena al método analítico y lo contraviene entre otras cosas en dos de sus pilares técnicos: asociación libre, atención flotante. No tiene cabida en él, pues lo que está en juego en este tipo de sugestión es una actitud conciente de influir sobre la voluntad del enfermo. El otro tipo de

sugestión en cambio, plantea más problemas pues en ella la influencia del médico sobre el paciente es más sutil, no hay voluntad expresa de ejercerla y es justamente en ese proceso interno, ... serie de eslabones interine-dios” al que aludía Freud en 1888-89, donde está su campo de observación y la fuente de sus descubrimientos posteriores. Pero, este es el punto, también es esa sugestión, que es “autosugestión”, en donde destacó la importancia de un vínculo que posteriormente lo llevó a descubrir la dimensión de la transferencia. Se manifiesta aquí la influencia ejercida por el médico sobre el paciente. La posibilidad de imprimir ahora, en las condiciones de análisis esa influencia sobre otro, que aparece también en la transferencia, es lo que nosotros llamaremos: **sugestión en sentido débil**.

(1) subrayado nuestro

La justificación metapsicológica de esta sugestión en sentido débil ¿no deberíamos buscarla en la estructura abierta del aparato anímico durante el análisis? (3) ¿No sería esto hablar de **sugestionabilidad**? El analista ocupa un lugar particular (producto de la demanda del paciente) y desde ahí vendría a desempeñar, según el momento del análisis y la patología en juego, la función transferencial de:

Yo ideal, ideal del Yo, lugar de los padres primitivos, de los padres edípicos. Ese lugar especial del analista volvería permeable al analizando a las palabras, tonos y gestos de aquél La propia formación del aparato anímico: los primeros contactos del niño

pequeño, sus identificaciones primarias, las circunstancias de los cuidados iniciales, pensamos dejarían puertas abiertas para la incidencia de todo aquel de quien se espera —ahora como antes— protección, comprensión, seguridad, certeza.

Bion y Neyraut desde ángulos distintos recuerdan cómo la aparición de la transferencia es previa al primer encuentro con el analista. Nosotros lo compartimos y pensamos que habría como un **apronte esperanzado** del paciente que va a sostener el vínculo y posibilitar no sólo la recreación de la historia en el aquí y ahora, la aparición de conflictos, el volver conciente lo Inconciente, i-e, todo lo que de cuenta del desarrollo de un análisis, sino incluso le va a permitir tolerar los momentos de transferencia negativa. Entendemos ese apronte como abierto a lo creativo y a lo nuevo que se va a dar en el vínculo transferencial*, va a estar a su vez acompañado del deseo de recuperar fantasías primitivas tanto de índole narcisista como libidinal.

III

El descubrimiento freudiano del Inconciente en acontecimientos banales de la vida cotidiana constituyó algo novedoso y propio de la teoría psicoanalítica y condujo a formular de otra manera el determinismo en la vida psíquica. Este principio fundamental está descrito en términos de psicología individual. Las dificultades que se

* Este concepto fue expresado también por B. de Bernardi, A. Pereda y F. Schkolnick en una discusión general en momentos en que lo acabábamos de incluir en nuestra elaboración de este trabajo.

nos plantean con la transferencia y la sugestión débil como fenómeno consecuente de ella, se refieren, al menos en parte, a que el motivo de estudio no es ya el individuo sino la relación que se establece entre dos individuos: analista y paciente. Cuando hablamos de influencia o influenciabilidad nos estamos refiriendo a este vínculo de dos. “La capacidad de aceptar influencias es asimismo la fuente última de la capacidad para elaborar un juicio: la afirmación de un juicio por parte de la persona amada es la fuente de aquél. Resulta evidente que la fe deriva del amor”.(1) Es oportuno recordar que Freud habla de la representación del analista y Lacan de que el analista es una formación del inconciente (siendo el inconciente comparado a la cinta de Moebius).

Volviendo con el principio del determinismo, no olvidemos que es uno de los puntales de la teorización freudiana, nunca dejado de lado. ¿Se contrapone este determinismo a lo que llamamos sugestión débil? ¿Es compatible con ella? ¿Cómo es el juego de estas dos fuerzas? Freud, —como vimos— plantea en el Prólogo al libro de Bernheim que entre la influencia del hipnotizador y la respuesta del hipnotizado se “interpolan eslabones intermedios oriundos de la actividad propia de la persona sugerida” (4), Pensamos que en este proceso interno aparece una confrontación:

Trasladándonos a la situación analítica **vemos por un lado** que el paciente escucha las palabras de su analista —éste queda investido como ya vimos, por el lugar que ocupa como representante de las

figuras primitivas que modelaron la personalidad del paciente tanto en lo libidinal como en lo narcisista—, el analizando le otorga determinados valores en función de su historia personal, sus expectativas e incluso el propio momento analítico.

Por otro lado encontramos el despliegue de las propias fantasías del paciente sobredeterminadas por su deseo Inconciente. Esto da lugar a algunas controversias.

Precisamente Grunbaun cuestiona la validez en el psicoanálisis por la dificultad para poder distinguir cuánto es Influencia del analista sobre el paciente y cuánto pertenece al propio paciente en las respuestas de éste. (11) Podríamos pensar que este crítico tiene razones valederas, pues el concepto de sugestión débil dejarla una puerta abierta a esa sutil influencia que como planteamos estaría también facilitada por la formación del aparato anímico abierto a la influencia de los otros cuando ellos son adecuadamente valorados. Debemos tener en cuenta que en el análisis se da una situación muy particular, como ya planteamos, donde está favorecida y aumentada la permeabilidad del paciente a la influencia del analista. Y cuando ésta no encuentra oposición inconciente, opera permitiendo la elaboración o la integración de lo nuevo y se liga así a la asociación libre. Cuando una fuerza inconciente se opone, la intervención del analista se rechaza o simplemente es dejada de lado. Pero aún así, en casos de un vínculo transferencial positivo si bien la interpretación se desecha podría permitir aflorar nuevo material asociativo.

Pensamos que el mejor conocimiento de los límites de un concepto significa un aporte para la elucidación de un contenido y en este sentido dirigimos nuestra atención a los fenómenos no transferenciales.

En conclusión: los fenómenos clásicamente no transferenciales que incluimos en el trabajo los diferenciamos por un lado como signos que pueden expresar desde contenidos inconcientes no verbalizados hasta cualidades transferenciales no expresadas oralmente; y por otro lado hablamos de la sugestión.

Los signos pueden ser: gesticulaciones, posturas corporales, pausas, ritmos en el discurso, la vestimenta, discordancia entre lo que se dice y los gestos, por ejemplo, etc. Elementos estos que no aparecen habitualmente cuando se habla de lo transferencial pero que son, muchas veces, vías de comunicación de aspectos inconcientes y/o formas de expresión de la transferencia. En la clínica, nosotros decodificamos muchas veces estos elementos, muchas otras se nos pasan por alto pero pensamos que ellos pueden nutrir nuestra contratransferencia o, incluso, darnos pistas para la comprensión de la significación para el paciente en un momento dado. Hoy en día desarrollos de la semiótica, del análisis del discurso, pueden enriquecernos y así contar con más datos que nos ayuden a poder darle palabras y permitir entonces aflorar material inconciente que, de otra manera, tardaría tiempo en llegar al registro de lo verbal.

En cuanto a **la sugestión**: tomando un concepto de sugestión en sentido débil, ya incipiente en Freud en sus comienzos, una Influencia de este tipo del analista sobre el analizando no lo veríamos como

obstáculo sino que lo incluiríamos dentro de la sugestionabilidad propia del aparato psíquico, fomentada aún por la situación de regresión del análisis.

Resumen

Los conocimientos relativos a la transferencia se han acumulado sin una satisfactoria claridad que los articule y por eso pensamos necesario el esfuerzo por dilucidar algunos problemas de límites implicados en dicho concepto.

Se considera el desarrollo del concepto, su relación con el método, con la técnica y el salto epistemológico operado en su comprensión. Apoyándonos en el pensamiento de Freud, lo relacionamos con el fenómeno de la sugestión y se examina lo que eso implica con el principio del determinismo psíquico.

El carácter abierto del aparato psíquico durante el análisis fundamenta la sugestionabilidad la que encuentra así un lugar en el vínculo paciente-analista. El paciente trae junto con sus demandas, aprontes esperanzados al vínculo y eso abre posibilidades terapéuticas creativas.

Summary

The knowledge concerned with tranfert have been accumulated without throwing light satisfactorily in a way that articulates it. And because of this, we consider the effort to enlighten some problems about limits that are involved in this concept, really necessary.

We consider the development of the concept, its **relationship** with method, with technique and the epistemological jump in such a way operated in its comprehension.

Following Freud's thinking we intend to relate tranfert to the phenomenon of suggestion and we examine the implication of the principium of psychic determism.

During analysis the psychic aparatus appears in an open way, due to the link patient-analyst, and establishes suggestionability.

The patient brings together with his demands a hopeful readiness to be placed on the link, and this circunstance opens creative therapeutic possibilities.

Bibliografía

- (1) ACTAS DE LA SOCIEDAD PSICOANALITICA DE VIENA.
Tomo 1, Reunión del 31 de Octubre de 1906. Nueva Visión,
1979.
- (2) BEDO, T. El Concepto Psicoanalítico de Insight. APU. 1987.
- (3) CASAS DE P., MYRTA. Sobre Las Identificaciones. Temas, N°
7, 1986.
- (4) FREUD, SIGMUND. Prólogo a la traducción de H. Berheim, De
la suggestion (1888-89). AE, Tomo I.
- (5) FREUD, SIGMUND. Trabajos Sobre Técnicas Psicoanalítica.
(1911-1915). AE., Tomo XII.
- (6) KLIMOWSKY, O. Estructura y Validez de las Teorías
Científicas, en: D. Ziziemsky editor. Métodos de Investigación en
Psicología y Psicopatología. Nueva Visión, 1980.
- Aspectos Epistemológicos de la Interpretación Psicoanalítica,
en: Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica de H. Etchegoyen.
Ammorortu, Ed., 1985.
- (7) LACAN, J. Los Cuatro Principios Fundamentales del
Psicoanálisis. Barral Editores, 1977.
- (8) LAGACHE, D. El Problema de la Transferencia. Revista
Uruguay de Psicoanálisis, 1956.
- (9) NEYRAUT, M. La Transferencia. Ed. Corregidor, 1976.

(10) ROUSTANG, F. Elle ne le lâche plus. Editions du Minuit, 1980.

Caps. 3 y 4.

(11) WALLERSTEIN, R. El Psicoanálisis Como Ciencia: Una respuesta a las Nuevas Críticas. Publicado en Psychoanalytic Quarterly. Vol. 55, 1986.

(12) ZUKERFELD, R. Transferencia y Sugestión. Primer Congreso Argentino de Psicoanálisis. Relatos, 1988.

Transferencia y Narcisismo

Ma. Cristina Fulco^{*}

Agosto 1989

Gabriel, empezó su análisis hace 10 meses, poco tiempo después de la muerte de un tío, figura central en la historia de su vida.

Desde los primeros encuentros se me destacó su demanda de ayuda. Tras un discurso bastante intelectualizador, surgían en él su depresión y ansiedad que le impedían concentrarse en sus ocupaciones. Quería saber sobre él, conocerse más, “entender su historia”.

En aquel momento pensé que era fundamentalmente un obsesivo, aunque surgían en mí interrogantes sobre su actitud particularmente demandante y la fuerza de su pedido de estar acompañado en ese difícil momento de su vida.

Tenía 36 años y esperaba su tercer hijo.

Al mes de tratamiento me sorprendió con un episodio delirante inesperado: se encontraba en un teatro, cuando empezó a ver su imagen reflejada en cada uno de los concurrentes. La presencia de un doble ejercía sobre él funciones de censura, castigo y control: estaba

^{*} Rivera 2476/1002 - Montevideo - Uruguay

también destinado a ser el creador de una nueva religión.

¿Qué había pasado? ¿Qué se había roto en él? ¿Qué papel jugaba el tratamiento en esa evolución? Si bien el episodio psicótico cedió luego de una breve internación (durante la cual continuamos con la misma frecuencia de sesiones), quedé expectante y preocupada.

Voy a transcribir una sesión que corresponde al octavo mes de tratamiento en la que a mi modo de ver, el despliegue transferencial oscila entre las distintas formas descritas por Kohut como transferencias narcisistas.

Sesión a los 8 meses de tratamiento

P. *“La sesión pasada, me dijo que luego de la discusión con María, yo me puse a leer cosas del psicoanálisis, refugiándome en el análisis y la terapia”.*

A. *Y habíamos dicho algo más, que era una forma de quedarse conmigo...*

P. *“Sí, Incluso veíamos aproximaciones y similitudes entre su figura y la de María., lo del enojo, y el poner cosas de Ud. en María y de María en Ud... Yen realidad me ha pasado de **estar tan encerrado en la terapia y no estar en las otras cosas...** O sea que me resulta difícil establecer los límites entre lo que tiene que ver con la terapia y lo que no. Hoy retomé mi trabajo sobre X (escritor famoso), y al referirme a su obra, destacaba, como él se movía entre la locura y la lucidez... Sus referencias a la autoridad*

paterna como algo que hay que vencer y su relación con la que fue su mujer. Todo lo que veía, Inevitablemente se establecía como un modelo paralelo con el cual encontrar diferencias... o separaciones... o similitudes... Había como algo obsesivo de la terapia luego de las vacaciones de enero”.

A. *¿Como una forma de anular la separación de las vacaciones?*

Fusionarse con la terapia., quedarse conmigo todo el tiempo...

P. *Puede ser... pero me hizo acordar al verano anterior, la muerte de mi tío y los sueños... -*

A. *Otra gran separación que no pudo tolerar y lo llevó a refugiarse en su pasado, en su historia... Intentando saber quién era Ud.*

P. *“Sí... - (Silencio). Con respecto a este ahondar aquí no lo pensé en función de no perderla a Ud.... Como que por momentos siento que hablo conmigo mismo y no que le **digo a Ud.** cosas... Por eso cuando hay una reacción de su parte eso me hace emocionarme y comprobar que Ud. está presente de una manera distinta o como yo espero que lo esté., como que quisiera que contemplen lo que yo digo pero que también existan enojos y reacciones y no sólo intervenciones impersonales”.*

A. *Como necesitando pruebas evidentes de ser querido, tenido en cuenta, pruebas al modo familiar donde la pelea era igual al afecto...*

P. *“Sería como que las cosas que yo digo, le impresionen de tal manera, que salga de su actitud neutral, **que no quede por fuera de lo que me preocupa...** por ejemplo: una sesión pasada en que*

no dijo: “Dejate de joder con eso”, pero fue algo similar. Ahí sentí más vívidamente la importancia que puedo tener para Ud. o ese lugar que ocupo. Como si me hubiera dicho: “No embromes más con eso”... fue en esa imagen que yo hacía, y esperaba así que los demás me rodearan.... Ahí veía como en la sesión pasada ese acercamiento suyo a la imagen de Maria. No en el sentido que Ud. hubiera reaccionado como ella, sino la reacción que logré provocar en Ud. casi... irracional... y que no pasara por el raciocinio y el análisis”.

A. ¿Me estará diciendo Que necesita una madre-analista que se enoje y se caliente, que se acerque a Ud. con afectos muy fuertes y no una madre fría y cerebral?

P. “¡Claro! Pero la palabra madre me da desconfianza...”

A. ¿Cómo sería?...

P. “No espero de Ud. una actitud maternal tal vez porque me recuerda a mi madre... viejos recuerdos... como alguien que me quiere... o que me quería, pero que está indisolublemente ligada a otro hombre... En ese sentido intuyo que prefiero de Ud. otra relación mas pareja, como una compañera que puedo enojar... hacer reír o enojar., y no como alguien a quien la característica maternal la pusiera en condición de ocuparse de ese hijo o sentir ese amor filial que está más allá de si ese hijo le interesa o no”.

A. Me estará pidiendo que le demuestre qué lugar ocupa Ud. para mí y que se lo confirme una y otra vez, de lo contrario surgen en Ud. la desconfianza y la soledad...

P. *“Puede ser... la idea de que yo sea su única ocupación..., esa sería mi intención... Ud., mi madre, María... la misma exigencia inútil y exagerada”.*

Comentarios

Yo volvía a escuchar al paciente al releer el comienzo de la sesión, sus vivencias de sentirse “tan encerrado en la terapia”, el costarle estar en otras cosas, y pensaba que estos sentimientos también están presentes en el desarrollo de la neurosis transferencial clásica, edípica o estructural.

Sin embargo, también se me destacaba su dificultad en establecer límites “entre la terapia y lo que no”, entre María (su mujer) y yo, lo que me hacía interrogar acerca de dificultades relativas a una suficiente discriminación y a las características de la intensidad de su intolerancia a las separaciones, que a mi entender marcarían diferencias con los pacientes neuróticos.

Para él separarse equivale a la muerte y a la locura, aunque en estas primeras vacaciones parece haber recurrido a defensas más neuróticas, de tipo obsesivo.

Por eso tal vez, la necesidad de un modelo con quien confundirse y a veces intentar discriminarse, a través de un movimiento circular del que no puede salir.

Recuerdo la experiencia del doble en el delirio y me pregunto si no es ese el lugar que él espera de mí, que sea “su modelo paralelo”, su

doble, en el vínculo transferencial.

Me pregunto, también, qué vinculación tiene esto, si se aproxima a las transferencias narcisistas de Kohut. Kohut plantea dentro de las transferencias especulares, tres subtipos según el desarrollo evolutivo.

Una forma arcaica, en que el analista es vivido como una extensión del self grandioso, y sólo hay referencias a él en la medida en que se ha convertido en el portador de la grandiosidad y el exhibicionismo del self grandioso del analizando. Se trata de una experiencia de tipo fusional.

Una forma menos arcaica, en que el objeto es vivido como si fuera el self grandioso. El paciente supone que el analista es igual o semejante a él. Es la transferencia alter ego o gemelar.

La tercera forma sería la transferencia especular propiamente dicha, es la forma más madura de activación terapéutica del self grandioso. El analista es vivido más claramente como una persona distinta y es objeto importante, exclusivamente, en la medida en que es invitado a participar del placer narcisista y en consecuencia a confirmarlo.

Gabriel parece transitar en distintos momentos y en forma casi secuencial, por este despliegue narcisista que él también nos muestra. No me puede perder, como él dice, porque no existo para él como alguien diferente, no es a mí a quien dice las cosas, habla con él mismo. En esa situación fusional, no somos dos.

En otro momento me reconoce presente, existiendo pero con condiciones: ser como él espera y desea, más pareja, más compañera, su gemela.

También necesita que lo contemple, me pide la fascinación, el deslumbramiento que lo refleje, que sea su espejo, que le de “respuestas empáticas, que sea el destello del ojo materno reflejando así su despliegue exhibicionista y que lo confirme en su autoestima” (Kohut).

En este sentido, es que pienso que la presencia en el material de las figuras parentales no da cuenta de una estructura edípica clásica, sino que correspondería a una pseudo-triangulación: la madre unida narcisísticamente en forma indisoluble a otro hombre. “No quiere que yo sea su madre”, porque eso me implicaría unida a otro, pero no en la estructura edípica clásica sino en forma dual, narcisista.

Si bien estos momentos transferenciales son semejantes a los descritos por Kohut, me pregunto qué pensar sobre la presencia del episodio delirante, que iría más allá de lo desarrollado por este autor y que haría pensar en las estructuras borderline.

Algunas reflexiones

Uno de los problemas que me han ido surgiendo en el trabajo con este paciente, apunta a mi lugar en la relación transferencia-contratransferencia.

¿Cómo ubicarme en este vínculo, dentro de la tarea analítica? ¿Cómo mantener la neutralidad, mejor dicho, qué grado de neutralidad? ¿Es conveniente mantener un encuadre **relativamente riguroso** al modo como lo haceros con los pacientes neuróticos clásicos?

¿Se podría pensar, siguiendo a Bion, que el trabajo apuntaría a mantenerme dentro de los vínculos K y L?, (aunque sabemos que otras modalidades pueden aparecer en el desarrollo del proceso analítico: vínculo H y – K)

Por otro lado, ¿cuál sería el grado de respuesta a sus demandas? Por momento he sentido la necesidad de confirmarle de alguna manera mi interés por él. ¿Cómo encontrar ese difícil equilibrio, que me impida quedar en una situación fusional, pero que al mismo, tiempo no me desplace a una distancia excesiva en la que el paciente dice encontrarme?

Tal vez, con estos pacientes, el analista tenga que estar en una especie de movimiento pendular, que permita alternativamente, los movimientos de fusión y separación, para ir favoreciendo así una gradual discriminación.

También me interrogo sobre los resultados y la finalidad que puede tener el análisis con un paciente con estas características:

- ¿Trabajar en el sentido de la separación-individuación, para lograr una mayor discriminación?
- ¿Evitar nuevas fragmentaciones frente a futuras pérdidas vitales, lo que llevaría a la posibilidad de un yo más integrado?
- ¿Poder obtener una menor dependencia del objeto externo con el que funciona simbióticamente?
- ¿Buscar un aumento de la autovaloración, relacionado con la sobrevaloración de figuras externas representativas para él y en particular en el vínculo conmigo?...

Resumen

En un paciente que presentó un episodio delirante al poco tiempo de comenzar su análisis, se expone una sesión, en la que el despliegue transferencial, parece acercarse a las formas de transferencias narcisistas descritas por Kohut.

Se plantea si estas características transferenciales corresponderían en este paciente a una estructura narcisista al modo kohutiano, o dados los antecedentes ya expresados, desbordarían lo desarrollado por este autor llevando a pensar en un paciente borderline.

Finalmente se plantean algunas reflexiones referentes a aspectos técnicos y a la finalidad del trabajo analítico con este tipo de pacientes: lograr una mejor discriminación, trabajando en el sentido de la separación-individuación, apuntando a la posibilidad de un Yo más integrado, fortalecido por nuevas introyecciones de figuras firmes y duraderas.

Summary

We expose here one session of a patient who went through a delirious episode a short time afterwards he started his analysis; in this session, the transferential display seems close to the narcissistic transferences as described by H. Kohut.

We state the question whether this transference characteristics are due to a narcissistic structure as Kohut describes them, or after the antecedents pointed out, they go beyond what this author has exposed, and thus we could consider this patient as borderline.

Finally we expose some reflections with reference to technical aspects, and to the aim of the analytical work with this kind of patients, that is, to achieve a major discrimination leading to the possibility of a more integrated ego, strengthened by new introjections of firm and lasting figures.

Contratransferencia somática

Edgardo Korovsky*

Me propongo plantear aquí algunas reflexiones para que sirvan de discusión acerca de una modalidad particular de contratransferencia: aquella que aparece bajo la forma de manifestaciones corporales más o menos transitorias en el analista durante el curso de una sesión psicoanalítica, y la posibilidad de su utilización al servicio de la mejor comprensión del campo analítico.

Desde los trabajos pioneros de Paula Heimann (1950) y sobre todo de Racker (1948, 1951, 1959) hemos aprendido a comprender y utilizar la contratransferencia como un instrumento de nuestra investigación y accionar terapéutico, sin desconocer el carácter de peligro que Freud le confirió.

Siguiendo a esos autores, entendemos la contratransferencia en un sentido amplio, como la respuesta interna total del analista ante el analizando, incluyendo en ella tanto los contenidos inconscientes que aquel transfiere sobre éste (y adoptemos aquí el término que López Ballesteros utiliza en su traducción de “**gegenübertragung**”: “transferencia recíproca”), como también su identificación ya sea como el yo, el ello o el superyo del **analizando** (concordante) o con sus objetos internos (complementaria).

* J.Paullier 1428- Montevideo - Uruguay

Aunque naturalmente, desde el punto de vista cínico, transferencia y contratransferencia son dos aspectos de una unidad que es la relación interpersonal psicoanalítica, a los efectos de este trabajo el acento recae en la contratransferencia.

Habitualmente los analistas estamos más acostumbrados a tener en cuenta como reacciones contratransferenciales los sentimientos y ocurrencias que se nos despiertan en relación con nuestros pacientes, que las manifestaciones corporales que ocasionalmente pudiéramos experimentar en las sesiones. Tampoco consideramos, en la mayoría de los casos, nuestra postura corporal o los cambios que adoptamos en el sillón. Sí lo hacemos con el paciente en el diván. Sin embargo, muchas veces un dolor de cabeza, de muelas o abdominal, deseos de orinar o defecar, sensación de frío o calor, letargo o sueño, un miembro dormido, un ataque de tos o estornudos (sin estar resfriado), borborismos intestinales o cualquier otro tipo de trastorno somático que pudiera aparecer en la sesión con un analizando podría ser incluido en la serie de reacciones contratransferenciales.

Cuando en nuestra “atención libremente flotante” acogemos pensamientos, ocurrencias, recuerdos, sentimientos, en fin, todo aquello que generalmente llamamos “psíquico”, pero deseamos nuestras sensaciones corporales (porque consideramos que eso es nuestro”, que “no tiene que ver con el paciente”) actuamos resistencialmente. Freud en el Esquema de 1938 (3) plantea los dos “supuestos fundamentales”

del psicoanálisis. Respecto al segundo, dice que los procesos concientes “no forman una sede sin lagunas, cerradas en sí mismas, de suerte que no habría otro expediente que adoptar el supuesto de unos procesos físicos o somáticos concomitantes de lo psíquico, a los que parece preciso atribuir una perfección mayor que a las series psíquicas, pues algunos de ellos tienen procesos concientes paralelos y otros no. Esto sugiere de una manera natural poner el acento, en psicología, sobre estos procesos somáticos, reconocer en ellos lo psíquico genuino y buscar una apreciación diversa para los procesos concientes” (p. 155). Por consiguiente, continúa Freud, el psicoanálisis en su segundo supuesto fundamental “declara que esos procesos concomitantes presuntamente somáticos son lo psíquico genuino, y para hacerlo prescinde al comienzo de la cualidad de la conciencia” (p. 156).

Partamos de algunas situaciones clínicas: 1) En el momento en que el analista le abre la puerta del consultorio a la paciente, aquel siente un dolor punzante precordial. La paciente se dirige hacia el diván y se acuesta, mientras el analista se sienta en su sillón, siempre con su dolor. La paciente comienza a hablar en un tono hipomaniaco de temas que el analista experimenta como banalidades. A éste le cuesta prestar atención a lo que la paciente dice, requerido por su dolor que va en aumento y se irradia al brazo izquierdo. Piensa que se puede estar infartando y que debería suspender la sesión. En ese momento la paciente dice: “Bueno, lo que no le dije hasta ahora es que me echaron del empleo”. Simultáneamente al analista se le pasó el dolor.

La primera pregunta que surge frente a este material es si el dolor precordial del analista “tiene algo que ver” con la paciente y lo que a ésta le pasa.

En una aproximación médica, no analítica, podríamos hipotetizar que el analista tuvo en ese momento un espasmo coronario breve (angor de reciente comienzo) o bien una contractura de músculos torácicos, o una condritis o aún una crisis de angustia con ideas hipocondríacas. No tenemos una confirmación electrocardiográfica de estas hipótesis. En esta línea de pensamiento, resistencial desde el punto de vista psicoanalítico, es posible suponer que esta afección del analista ha coincidido casualmente” con la entrada de la paciente y que la desaparición de su manifestación dolorosa nada tiene que ver con lo que lo que la paciente pueda haber dicho o hecho.

Es dable suponer que a cualquier psicoanalista le llamaría la atención esta coincidencia entre la aparición en escena del síntoma del analista al entrar la paciente y su desaparición al decir ésta que la habían echado del empleo. Y es posible que la coincidencia le resulte significativa ¿Pero significativa de qué? Se abre aquí el espacio de las teorías.

(Tal vez valga la pena hacer antes un paréntesis para acercarnos con empatía al colega en su difícil trance y pensar ya no teóricamente qué hubiéramos hecho nosotros en su lugar.)

Si volvemos a la situación clínica descrita nos encontramos con la simultaneidad entre la aparición del dolor en el analista y la de la paciente en el vano de la puerta abierta del consultorio. No sabemos si

han mediado palabras entre ambos, el saludo, o el estrecharse las manos. Esto no aparece en el relato. Podríamos, sin embargo, suponer que “algo” se ha intercambiado, acaso y por lo menos las miradas. Pero, ¿alcanzaría esto para determinar el dolor del analista? ¿Podría ser ese “algo” incluido dentro del orden de la transferencia? ¿Es dable pensar aquí en un proceso de identificación?

2) Una terapeuta recibe telefónicamente una solicitud de entrevista por parte de una posible paciente que le es derivada por un colega con la aclaración de que es portadora de una secuela de poliomielitis. Acordada la entrevista, al abrirle la puerta la paciente aparece de perfil, mostrando su lado sano. Penetra en el consultorio apoyándose en un bastón y se sienta frente al escritorio. Rápidamente el bastón desaparece de la vista de la terapeuta. La paciente habla de su hija, que es “maravillosa”, de su marido que es “un tipo formidable”. Aparentemente nada le preocupa. La terapeuta siente progresivamente un cólico intestinal y una intensa necesidad de evacuar. Está a punto de suspender la sesión. Recuerda que la poliomielitis comienza con trastornos intestinales. Le pregunta a la paciente si no tendrá miedo de no poder criar bien a su hija, que sus dificultades corporales se lo impidan. La paciente hace un movimiento y ubica el bastón a la vista, y mientras pasa a hablar de sus angustias, a la terapeuta se le va la sensación de diarrea.

3) Durante una sesión una paciente habla de su difícil relación con la madre, a la que no puede aproximarse, pero también a la que siente distante: se siente intolerante con ella, todo lo que su madre dice o

hace le cae mal. Sin embargo trata de disimularlo, pues teme atacarla.

El terapeuta permanece en silencio, escuchándole, y experimentando al mismo tiempo un fuerte dolor abdominal. Este es un síntoma cuyo sentido conoce a través de su propio análisis, asociado a la agresión reprimida o no verbalizada provocada por situaciones de frustración en relación con su madre. Sin embargo el terapeuta no utiliza este conocimiento al no hallar la manera de instrumentarlo mediante una interpretación, y queda con su dolor el resto de la sesión.

Los tres casos presentados tienen elementos en común y difieren en otros. En el primer caso, como decíamos más arriba, el síntoma aparece en el analista en el momento de abrirle la puerta del consultorio a la paciente. Partiendo de la base de considerar este síntoma como una expresión contratransferencial, llama la atención, además de su carácter somático, su inmediatez. Esto hace recordar, tal como también lo menciona Cesio (1), al mecanismo que Freud describe en “El yo y el ello” cuando, al referirse a la identificación primera y de mayor valencia del individuo, dice que es “una identificación directa e inmediata (no mediada), y más temprana que cualquier investidura de objeto” (2).

En los dos primeros ejemplos el síntoma desaparece al aparecer la palabra: en un caso la de la paciente que expresa “lo que no había dicho hasta ahora”, que mantenía rechazado y de lo que pasa a hacerse cargo; en el otro la de la terapeuta, que logra salir de su “parálisis” e integrar en la paciente la dificultad que intentaba

esconder. En cuanto al tercer caso, el terapeuta, que no logra encontrar las palabras adecuadas, permanece con su síntoma.

En los tres casos los analistas aparecen identificados inconscientemente con aspectos yoicos escindidos y proyectados (transferidos) de sus pacientes. Estas identificaciones inconscientes están “contenidas” en el sentido inconsciente de sus síntomas (a la manera de un síntoma conversivo).

En cuanto a la “elección del síntoma”, queda por dilucidar cuánto interviene la identificación proyectiva del paciente, la contraidentificación proyectiva del analista y el “código personal” de éste, como lo vemos sobre todo en el caso 3- en el cual podemos pensar que el terapeuta ha transferido en la paciente su propia imago materna frustradora, ante quien debe reprimir sus sentimientos de hostilidad, mientras que la paciente a su vez transfiere en él un objeto similar, quedando ambos identificados concordantemente. El terapeuta reacciona con su “código personal”, el síntoma doloroso, repitiendo neuróticamente, y dejando a la paciente también en la repetición.

La terapeuta del caso 2), en cambio, consigue mediante la interpretación de su síntoma reintegrar en la paciente lo escindido.

El hecho de que estas reacciones contratransferenciales se expresen corporalmente posiblemente impliquen un mayor grado de resistencia en el analista. Teniendo en cuenta la “segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis” antes citada, corresponden a situaciones inconscientes (“lo psíquico genuino”) a las que el analista deberá estar atento y

tratar de hacer consciente para poder utilizarlas en la mejor comprensión de sus pacientes.

Resumen

Se plantea aquí, bajo el nombre de “contratransferencia somática” una modalidad particular de contratransferencia: la que aparece bajo la forma de manifestaciones corporales más o menos transitorias en el analista durante el curso de una sesión psicoanalítica.

Se parte del concepto de contratransferencia como respuesta total del analista a la transferencia del paciente. Habitualmente los analistas están más acostumbrados a tener en cuenta como reacciones contratransferenciales los sentimientos y ocurrencias (lo que habitualmente llamamos “psíquico”) que las manifestaciones corporales que ocasionalmente pueden experimentar en las sesiones con sus pacientes. Tampoco consideran, en la mayoría de los casos, su propia postura corporal o los cambios en el sillón, aunque sí lo hacen con el paciente en el diván. Sin embargo, un dolor de cabeza, de muelas o abdominal, deseos de orinar o defecar, tos o estornudos sin estar resfriado, letargo o sueño o cualquier otro tipo de trastorno somático que pueda aparecerle en la sesión podría ser incluido en la serie de reacciones contratransferenciales.

A través de tres viñetas clínicas se intenta ejemplificar la emergencia de la contratransferencia somática y la necesidad de su

análisis para la comprensión del sentido del síntoma y su integración en la dinámica de la relación transferencial-contratransferencial.

Summary

It is stated here, by the name of “somatic counter-transference, a particular kind of counter-transference: the one which appears through corporal manifestations more or less transitories in the analyst during the course of a psychoanalytic session.

It is started from the concept of counter-transference as the whole analyst answer to the patient’s transference. The analysts, in general, are more accustomed to consider the feelings and occurrences (what we usually called “psychic”) more than the corporal manifestations which occasionally can experiment in their sessions with the patients. They do not consider, in most of the cases, their own corporal position or their movement in the armchair, but they do so with their patients in the divan. However, a headache, a toothache or a stomachache, the desire to urinate or to defecate, a cough or a sneeze without begin with a cold, lethargy or sleepiness or whatever other kind of somatic overturning which can appear during the session could be included in the series of counter-transferential reactions.

Trough three clinic ilustrations it is attempted to exemplify the somatic counter-transference appearance and the necessity to analyze it to understand the sense of the symptom and its integration in the dynamic of de transferential-counter-transferential relationship.

Bibliografía

- 1) Cesio, Fidas: “La comunicación extraverbal en psicoanálisis”.
Rev. de Psicoanal. 1963, 20, 124-127
- 2) Freud, S.: “El yo y el ello” O.C.T. XDLpg. 33. A.E.
- 3) Freud, S.: “Esquema del psicoanálisis” T. XXIII AE.
- 4) Grinberg, León: “Psicopatología de la identificación y
contraidentificación proyectiva y de la contratransferencia” Rev.
de Psicoan. 1963, 20, 113, 123.
- 5) Heimann, Paula: “Sobre contratransferencia” Rev. Uruguay de
Psicoanal. vol. 4, 1961-62, 129-136
- 6) Korovsky, E.: “El tratamiento psicoanalítico de pacientes con
manifestaciones somáticas de enfermedad” II Jornadas de
Psicoanálisis y salud mental, Montevideo, 1988
- 7) Racker, H.: Estudios sobre técnica psicoanalítica. Paidós, Buenos
Aires, 1959.

Notas acerca de la Transferencia Contratransferencia

Raquel Morató de Neme *

Todos estamos de acuerdo que el instrumento principal de nuestras intervenciones psicoanalíticas es reconocer la transferencia así como el interpretarla en el momento oportuno. El concepto expuesto por Freud en sus trabajos técnicos ha sido ampliado. Así la Psicología del yo, ha añadido a la lista de transferencias observables aquellas de las transferencias narcisistas: especular, gemelar e idealizadora. En tanto que se conoce más acerca de *estas* transferencias específicas, propias de pacientes con perturbaciones narcisistas, el problema se centra más sobre la técnica apropiada del tratamiento: encuadre clásico y/o introducción de parámetros en el sentido de la aplicación del psicoanálisis.

Tomando el concepto de transferencia de Sandler (Sandler, J. y col. 1973): “La transferencia es una ilusión específica que se desarrolla con respecto a otra persona, quien, desconocida por el sujeto, representa en algunos de sus rasgos, una repetición de una relación con una figura importante del pasado de la persona. Debe ponerse en relieve que el sujeto debe sentirlo, no como una repetición del pasado, sino como estrictamente adecuado al presente y a la persona particular

* Tomás Diago 713 - Montevideo - Uruguay

del analista. Por otro lado la transferencia no debe restringirse necesariamente a la percepción ilusoria de otra persona sino que puede incluir los intentos inconscientes (y con frecuencia sutiles) de manejar o provocar situaciones con otros que constituyen una repetición oculta de experiencias y relaciones más tempranas”.

En realidad, muchas veces estos intentos no son tan inconscientes y la finalidad última consiste en tratar de romper la neutralidad del analista para hacerlo actuar como objeto real.

En la actualidad numerosos analistas (Blum. H. 1986), (Abrams, S. 1989). (Goldberg, A. 1989) hablan de la relación analista-paciente como de una sociedad, una mutualidad, quedando relegada la imagen del analista como espejo. Lo importante es teorizar como en esta relación el paciente y el analista se relacionan uno con el otro.

Es por esta razón que se habla de transferencia-contratransferencia en el sentido que no se puede ver una separada de la otra, en tanto que ambas se dan conjuntamente en el proceso analítico.

De un punto de vista histórico fueron primeramente descritas tanto la transferencia como la contratransferencia como impedimentos en el progreso analítico y por lo tanto tenían que ser reducidas o eliminadas. Si bien esta concepción se sigue manteniendo, en especial respecto a la contratransferencia, se reconocen hoy día como fenómenos Intrínsecos de la vida psíquica. La idea es que por el contrario deben ser reconocidas lo más rápido posible en el tratamiento, para promover la comprensión analítica.

Freud habló explícitamente de la contratransferencia en dos artículos (Freud, S. 1910, 1915). En el primero la definió como: “el resultado de la influencia del paciente sobre los sentimientos inconscientes del analista” por lo que era necesario el autoanálisis para reconocerlos y lograr la efectividad del tratamiento. Dos años más tarde (Freud, S.) recomendó el análisis del propio analista para evitar en lo posible, Los problemas de la contratransferencia.

En el segundo trabajo en que menciona directamente la contratransferencia (Freud, S. 1915) se refiere a como la transferencia del paciente influye en el analista y como resultado de esta contratransferencia no controlada se llegaba a la ruptura de la neutralidad analítica. Mientras que en el primer trabajo Freud se centró más que nada en el impacto del paciente respecto al inconsciente del analista, en el segundo se refirió a los sentimientos conscientes del analista acerca de su paciente y el peligro de la pérdida de la neutralidad analítica.

A partir de la década del 50, la creciente cantidad de trabajos que se han ocupado de la importancia del fenómeno clínico de la contratransferencia han llevado a la ampliación del término más allá de la primera definición de Freud. En este sentido se ha llevado a cabo un proceso similar al que sucedió con el concepto de transferencia.

De los sentimientos inconscientes que afectaban al analista a partir de las reacciones del paciente se incluyeron también los sentimientos conscientes del analista y sus reacciones para con el paciente. También el concepto se amplió de que no solo eran fenómenos

contratransferenciales las reacciones neuróticas del analista con un determinado paciente o con algún aspecto de éste, sino que ahora incluía todo tipo de sentimientos hacia cualquier paciente. Otra área de Investigación se centró alrededor de qué mecanismos eran los que se ponían en juego, así como era reconocida por el analista su presencia y efectos y además si estos últimos constituían una ayuda o un impedimento respecto al proceso analítico.

Un punto en que todos los analistas están de acuerdo es el de la importancia del reconocimiento y manejo de la contratransferencia en pacientes muy perturbados (Searles, H.F. 1965; Kemberg, O. 1976; Boyer, L.B. 1978; Little, M. 1981; Tyson, R 1986). En general son pacientes cuyos problemas están centrados en las relaciones de objeto temprana con la diferenciación sujeto-objeto en los que por momentos los fenómenos de transferencia y contratransferencia se pueden volver indistinguibles unos de otros. Ya no se trata de dos personas en el campo analítico sino que se han perdido momentáneamente los límites entre uno y otro. Loewald, H. 1986, señala esta situación tan peligrosa no ha llevado a hablar de una “ausencia de transferencia” en las psicosis así como de la inaccesibilidad de estos pacientes para el psicoanálisis.

Es así que se podría plantear que la “verdadera” contratransferencia existiría sólo cuando el analista se siente muy incómodo en el curso del tratamiento de estos pacientes tan perturbados y que no tendrían tanta importancia en aquellos pacientes que han accedido a un nivel más edípico de funcionamiento.

Podríamos llegar al extremo de plantearnos si no sería meramente incidental en el análisis de neuróticos. No estamos para nada de acuerdo con este planteo ya que como se señaló anteriormente los fenómenos de transferencia-contratransferencia están intrínsecamente ligados a la relación analista-analizando.

A continuación presentaremos dos ejemplos de pacientes diferentes en donde trataremos de comprender e intentar buscar explicaciones respecto a lo sucedido dentro de la situación analítica.

La primera de las pacientes se trata de una profesional de 30 años que llevaba varios años de análisis 4 veces por semana. Nos veíamos los martes, miércoles, jueves y viernes. Durante tres semanas consecutivas al finalizar la sesión del martes en lugar de despedirme de ella diciéndole “hasta mañana” le decía “hasta el martes” sin que me diera yo cuenta del lapsus. A la tercera vez la paciente me dijo sonriendo: “Me parece que tiene ganas de verme sólo una vez por semana” Le di la mano muy asombrada —pensaba que tenía una buena relación con ella y que el análisis estaba marchando— me quedé pensando al respecto y lo llevé a mi propio análisis.

La segunda de las pacientes se trata de una estudiante de 26 años que consultaba por una ligera depresión después de un desengaño amoroso e incertidumbre respecto a sus estudios. Convinimos en trabajar 3 sesiones semanales en diván A partir de las dos o tres semanas de iniciado el tratamiento comenzó a darse vuelta y mirarme cada vez que le hacía algún señalamiento Le comenté qué era lo que la llevaba a mirarme y me contestó que necesitaba saber que yo la

estaba mirando cuando le hablaba como continuaba dándose vuelta y llegó a plantear que estaría más cómoda trabajando sentada, accedí rápidamente a una terapia cara a cara ya que me sentía sumamente molesta con su comportamiento de dar vuelta la cabeza y mirarme fijamente cada vez que yo hacía alguna intervención.

En el primer caso hice un lapsus en que no me di cuenta hasta que la paciente me lo señaló. En aquel tiempo me había hecho alusión a un familiar de ella que estaba vinculado a actividades delictivas y comentaba de sus “hazañas”. Me había sentido angustiada y traté de “olvidar” y como a su vez la paciente traía material muy rico respecto de sus propios conflictos (en este momento había iniciado una relación de pareja. después de varias elecciones poco felices, con el que más tarde fue su marido, no le di más importancia a estos comentarios de su pariente. Se ve que esta situación me conmovió más de lo que creí en un principio porque cuando ella me dijo que si la quería ver nada más que una vez por semana pensé que tenía razón e inmediatamente asocié con estos comentarios e incluso empecé a sentirme perseguida.

En el segundo ejemplo, conscientemente me sentí molesta con la paciente. Inmediatamente accedí a su pedido sin intentar analizar lo que estaba sucediendo. Predominaba la incomodidad y el deseo de terminar con esta situación. A esto se sumó a que comenzó a llamarme por teléfono los días en que se sentía angustiada y deprimida: “Con solo escuchar su voz me siento mejor”. Me sentía incapaz de decirle que no me llamara por teléfono o que sólo la veía

los días estipulados. Pero accedí a contestar el teléfono y al mismo tiempo me daba rabia. Así fue que comencé a estudiar sobre los pacientes borderline o fronterizos y ver que el encuadre y la técnica difería de aquellos otros pacientes que se manejaban a un nivel más neurótico. De todos modos quedaba la molestia o la rabia por explicar. Supervisando la paciente pudimos plantearnos la hipótesis que me había sentido engañada, que en las entrevistas se había presentado como una paciente más neurótica, aunque en el momento actual pienso que si hubiera investigado más a fondo ciertas áreas de funcionamiento de la paciente (episodios de bulimia, interés excesivo por las dietas de adelgazamiento, cambios frecuentes en relación a sus trabajos) habría llegado a otro diagnóstico. Si este hubiera sido el caso tal vez la habría derivado, no tanto por la conflictiva sino por el manejo técnico. Resulta cansador tener más de una paciente frente a frente.

Con respecto a esta última paciente mis reacciones contratransferenciales habrían estado muy aumentadas por su propia patología. Si bien los pacientes fronterizos tienen una serie de características y presentan un amplio espectro a nivel de síntomas y conductas, históricamente encontramos que han tenido relaciones tempranas perturbadas (Jawetz, I. 1966). Kernberg (1976) los define como que si bien han alcanzado una diferenciación self-objeto y por lo tanto tienen una prueba de la realidad relativamente adecuada, sus objetos internos y su propio self se hallan clivados en múltiples representaciones lo que explicaría su fijación defensiva a un nivel de falta de self y del

superyo. Del punto de vista psicodinámico Val, E. y Gaviria M. (1984) conceptualizan el síndrome border como: “una perturbación etiológicamente heterogénea en la regulación primaria del self”.

En cuanto a la terapia de preferencia es la psicoterapia de orientación analítica cara a cara ya que este encuadre más estructurado así como la confrontación con la realidad disminuyen la posibilidad de una desintegración psicótica. En cuanto a la transferencia la temprana relación con los padres omnipotentes así como con la madre intensamente ambivalente se transfiere al terapeuta provocando problemas contratransferenciales que complican el tratamiento. En cuanto a la cuestión relativa del grado en que debe permitirse la gratificación de la necesidad es Inacabable.

Si bien el aprender más a fondo la personalidad border me permitió comprender mejor a esta última paciente, queda en pie el problema de las dificultades transferenciales-contratransferenciales y *su manejo* que presentan determinados pacientes a determinados analistas. Nos preguntamos si tanto el autoanálisis como el propio análisis, el reanálisis, las supervisiones así como las teorías a las que nos adheramos con el fin de comprender un poco más a nuestros pacientes darían cuenta de estas dificultades y las solucionarían o si no hay que continuar investigando en esta área de interacciones analista-paciente.

Resumen

Se trata de mostrar como la transferencia-contratransferencia se dan conjuntamente dentro del proceso analítico. Se toma el concepto de sociedad y mutualidad para dar cuenta de la relación analista-paciente, quedando relegada la imagen del analista como espejo. Se plantea la necesidad de reconocer la contratransferencia lo antes posible, especialmente con pacientes perturbados para que no interfiera en el proceso analítico. Se presentan dos pacientes para intentar comprender la interacción analista-paciente.

Summary

We have tried to examine how transference-countertransference are both part of the analytic process. The concept of society and mutuality are taken to account for the relation analyst-patient while the image of the analyst is a mirror is abandoned. The need to recognize countertransference as soon as possible, specially with severe patients. In order that it will not interfere with the analytic process is stated. Two patients are presented to analyse the interaction between analyst and patient.

Bibliografía

Abrams, S. (1918) Ambiguity in excess: an obstacle to common ground, *Int. J. Psychoanal.* 70: 3-7.

Blum, H. (1983) Diez años de psicoanálisis en USA (1973-1982)
Margaret Nahler. Otto Kernberg y otros

Blum, H. (1988) Countertransference and the theory of technique: discussion. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 34: 309-327.

Boyer, L.B. (1966). Psychoanalytic treatment of borderline states in young and middle-aged adults. *Relatos de mesas redondas sobre estados fronterizos: revisión del concepto y sus aplicaciones.* *Rev. Arg. de Psicoanal.*

Freud, S. (1910) The future prospects of psychoanalytic therapy, *S.E.* 11: 141-151.

Freud, S. (1912) Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. *S.E.* 12.

Freud, S. (1915) Observaciones on transference love. S.E. 12.

Goldberg, A. (1989) A shared view of the world. Int. J. Psychoanal. 70: 16-20.

Jawets, I. (1966) "Borderline states", diagnóstico y tratamiento en adultos. Mesa redonda ya citada.

Kernberg, O. (1976) Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Paidós, 1979, 73-106.

Little, M. (1958) Psychotic transference. Int. J. psychoanal. 39: 134-142

Leowald, H.W. (1986) Transference-countertransference J. Amer. Psychoanal. Assn. 34: 275-287.

Searles, H. F. (1976) La terapia psicoanalítica en pacientes esquizofrénicos en el contacto de la práctica privada. Rev. de la Asoc. Psicoanal. de Bs. As. 111: 69-79, 1981.

Tyson, R (1986) Countertransference: evolution in theory and practice. J. Amer. Psychoanal. Assn. 34: 309-328.

Val, E. y Gaviria, M. (1984) Trastornos de la personalidad borderline. Fotocopia entregada por el Dr. Val personalmente.

Reconstrucción de la Historia

Historia de la construcción

Lizardo Valdez*

Inés Clerc de Valdez

Setiembre de 1989

Introducción

Pensar sobre la transferencia y la contratransferencia, es acercarnos a la esencia misma de nuestro trabajo analítico. Creemos que son el instrumento más importante con que contamos, antes aún que la interpretación, de ahí que aproximarnos a su comprensión es una tarea ardua, pues además de una reflexión teórica, lleva a mostrarnos a nosotros mismos, descubriendo la intimidad de nuestro quehacer y de nuestra forma de ser analistas. Es difícil transmitir a otros algo que por ser “natural”, resulta oscuro; transmitir situaciones que no se dejen reducir al discurso lógico. Y es de estas dudas, de este Intentar poner en palabras lo aparentemente evidente, que surgen estas reflexiones, que no pretenden tener otro valor que el de aportar elementos a la elaboración colectiva.

* Gregorio Suárez 2780 - Montevideo - Uruguay

El concepto de transferencia usado en un comienzo por Freud para referirse a una forma particular de resistencia a la labor analítica, ha evolucionado en el propio Freud y ha sido enriquecido, aunque también desdibujado por autores posteriores. Por esto es que debemos aproximar alguna precisión en cuanto al sentido en el que usamos el término transferencia, aunque este sólo sea provisional y lo desbordemos en el curso de este trabajo.

Partiremos de la definición de Freud en Dora, para sobre ella apoyar nuestras reflexiones personales, pero en el entendido que éstas parten de y pretenden volver a nuestra experiencia clínica concreta.

Las transferencias son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza, no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes: pero lo característico de todo el género, es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. Para decirlo de otro modo, toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no son revividas como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico”⁽¹⁾.

Esta definición de Freud, corresponde a un determinado momento de la evolución de sus ideas y está especialmente referida a los pacientes neuróticos. Vendrán luego la utilización de la transferencia como elemento esencial para la reconstrucción de la historia del paciente⁽²⁾, la neurosis de transferencia y con autores posteriores: el papel de la identificación proyectiva⁽⁶⁾, la contratransferencia^{(3) (4)} y el concepto de psicosis de transferencia⁽⁷⁾ entre otros. Enriquecimiento

pero también deslizamiento.

Nos ha parecido necesario recortar este universo y plantearnos algunas particularidades de los fenómenos transferenciales en niños tempranos y pacientes psicóticos. (Al hablar de psicóticos, nos estamos refiriendo a pacientes graves, con el diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia y no a un concepto más abarcativo del término, que *con* frecuencia se usa en psicoanálisis).

1. Andrés. La Transferencia... ¿de quién?

Andrés de 4 años tenía dificultades para separarse de su madre. A menudo entraba llorando a la sesión, al punto que su madre me lo entregaba en brazos y yo lo recibía llorando en los míos. Distintas interpretaciones no modifican esta situación, que por otra parte no tenían un correlato en el transcurso de la sesión. Hasta que un día, la madre me lo entrega llorando como habitualmente y cuando él estaba prendido a mí, la madre puso en la mano que me quedaba libre los honorarios del mes. En ese momento sentí que Andrés me era entregado como un paquete, que me lo depositaba y me pagaba por hacerme cargo. En lugar del lógico sentimiento de molestia hacia la madre, sentí compasión. Rápidamente se unieron cosas en mi mente. La madre de Andrés había perdido a su madre siendo niña y desde entonces el padre, un hombre muy adinerado, había pagado a distintas personas para que se hicieran cargo de ella. Esta misma situación se estaba repitiendo en un nuevo escenario, con dos actores distintos y el

tercero jugando un papel también distinto que la cuidadora de entonces. Tratemos de analizar esta situación. Hay por un lado una transferencia de la vivencia infantil traumática de la madre a la situación presente, pero desfigurada por: el trastorno de lo pasivo a lo activo (la abandonada a abandonadora). Hay también una identificación con el niño (ella niña) y un intento de elaboración de aquella situación (yo no soy la cuidadora, aunque por momentos se me trate como tal).

Algo del pasado se repite, pero en un marco distinto que puede posibilitar la elaboración. A través del hijo, ella puede recibir cuidados distintos. Y quizás entonces, y sólo entonces, hacerse cargo de su madre, que actualmente no puede asumir.

Ahora bien, ¿qué pasa con Andrés que es objeto de un juego transferencial que le es ajeno, al menos parcialmente? ¿Cómo juega su papel de representar a la madre niña?

Lo transferido, no es aquí sólo algo de la historia del niño, sino también de la *madre*. ¿Cuál es la conducta técnica? *Hay* que interpretar. ¿a quién? Por otra parte, el espacio transferencial parece desbordar el consultorio, la sala de espera se convierte en un lugar transicional privilegiado, donde fuera del lugar acordado, en relación a una otra persona que la del paciente, se produce una repetición transferencial.

Cuántas cosas distintas de la definición de Freud de la que partimos. Al comunicarle a la madre lo que entendimos, ella lloró y Andrés no volvió a hacerlo. El resultado está más cerca de la re-

creación que de la reedición.

2. Miguel y José, o la realidad actuando

Clásicamente hablamos de fenómenos o sentimientos contratransferenciales para referirnos a sentimientos, ocurrencias e incluso manifestaciones físicas que ocurren al analista vinculados al material del paciente. Pensamos que algo de este orden ocurre con niños y pacientes psicóticos pero desbordando con mucha más frecuencia que en pacientes neuróticos el espacio y el tiempo de la sesión. Algo de la realidad externa, que no es lo que clásicamente consideramos material de la Sesión, irrumpe.

Miguel, de cinco años, debe esperar a veces hasta 20 minutos que lo vengán a buscar. Identificándome con él siento un gran sentimiento de abandono y un profundo odio hacia los padres, que están repitiendo situaciones de abandono anteriores. Cuando a esto se agrega una situación de descuido extrema (ropa con agujeros, zapatos muy rotos, etc.). ¿Cuál es la intervención adecuada? Debe dirigirse al niño, a sus padres o a ninguno. ¿Es lícita la actitud de neutralidad cuando en casos como estos, la realidad está cumpliendo un papel estructurante? ¿Abstenerse de actuar y sólo interpretar, no es procurar en el plano simbólico algo que nunca estuvo inscripto en ese plano?

Miré a José por la ventana y pensé viendo su caminar simiesco: capaz que algún día se ahorca”. No suelo mirar a mis pacientes al salir de mi consultorio. Descubrí que en José, paciente esquizofrénico de

25 años, lo que me pasaba en realidad era parte esencial del análisis. Una vez más el espacio y el tiempo del encuadre había sido desbordado por estos pacientes.

También en este caso uno puede preguntarse que hacer con esta intelección y que efecto produce si se verbaliza y cual si sólo se metaboliza. Pensamos que estas situaciones sólo excepcionalmente son interpretables y que la elaboración y comprensión por parte del analista de estas vivencias contratransferenciales, puede tener en si misma un efecto terapéutico, dado que el analista, ahora modificado, participa de otra manera en el espacio transferencial y el paciente se reacomoda a la nueva situación.

Quizás habrá otros momentos, en que estas situaciones puedan traerse en palabras, a modo de construcción, de esta nueva historia, la analítica, que fue primero vivida y sólo después verbalizada.

Creemos que este proceso se da con más facilidad en el niño, pues su resultado es aleatorio en el psicótico, donde la parte psicótica de la personalidad, ataca a esta nueva historia que se intenta construir en la situación analítica, aún en su propia cuna.

Ya uno de nosotros relató en un trabajo anterior (8), el desborde del espacio de la sesión en la repetición de los fenómenos transferenciales en el caso de un niño con padres desaparecidos. También en esas circunstancias fue difícil determinar la incidencia del paciente y de la abuela en la situación, quien era el transferidor y si había que interpretar, a quien debía ser dirigida la interpretación y que efecto puede producir en cada uno y en cada caso.

También en aquella situación se planteó un hacer (¿una actuación?) ir a la casa, ir a buscarlo, como buscaba a sus padres y una modificación del encuadre. ¿Pero no fue acaso imprescindible? ¿Hay alguna forma de establecer el límite? ¡Es tanto más fácil cuando se trata de adultos neuróticos! Creemos que con estos pacientes estamos siempre al borde de la actuación en su sentido negativo, pero quizás no hay otro remedio. Por otra parte, ¿cuántas veces el interpretar es una actuación que tiene que ver más con nuestra problemática y con nuestra necesidad de seguridad que con la necesidad del paciente? ¿Cuántas veces el callar no es también una actuación que tiene que ver más con el apego a un supuesto teórico, o norma técnica, que con la comprensión de la situación?

3. Víctor y los juegos contratransferenciales

El analista debe en su atención flotante, atender no sólo a su pensamiento, sino también a su cuerpo y especialmente a sus manos.

A veces en medio de la sesión, cuando el niño está en silencio, o realizando en forma estereotipada un juego que no comprendemos nos descubrimos haciendo una forma con un trocito de plasticina, o jugueteando con una maderita o un auto y de pronto, descubrimos la relación entre nuestro hacer y las fantasías del paciente.

Víctor llegó llorando al consultorio, se acostó en el diván y cualquier interpretación mía era interrumpida por gritos y aumento del llanto. Estuve algunos minutos interpretando sin éxito, hasta que sin

saber bien por qué, me acosté en el suelo al lado del diván. Esta aproximación física no produjo ningún efecto. De pronto descubrí que mis dedos índices y medio estaban tamborileando sobre el diván y empezaron a ir y venir en la dirección de Víctor. Este abrió los ojos y miró con una mezcla de sorpresa y picardía, aunque su trompa mostraba que seguía enojado. Sin decir palabra y ahora más consciente, empecé a intentar llegar con mis dedos hacia él. Al acercarme él me pegaba, pero en la medida que esto se repetía, la situación tenía un carácter gozoso para ambos. El pegar pasó de ser agresivo, como las patadas del comienzo a parte del Juego. Cuando la situación se hizo más distendida, Víctor empezó a agitar manos y pies como si golpeará contra algo, pero sin pronunciar palabra. Me vino la imagen de que estaba encerrado en una caja de cristal y también sin decir palabra, procedí a hacer la mímica de abrir la tapa. Dando un suspiro de alivio dijo: “Ay que suerte, estaba encerrado y no podía salir, tampoco podía hablar”.

El juego que surgiera espontáneamente en mí, de acercarme por un camino peligroso (los golpes), para rescatarlo de su encierro silencioso, era la captación contratransferencial de situaciones que sólo después pudieron ser vinculadas con la Bella Durmiente y Blancanieves: el abandono y el tiempo detenido a la espera del beso del príncipe.

Acto seguido me pidió que jugáramos al Topo Gigio y le contara un cuento. Es otro el tiempo, no el detenido de la repetición, sino el de la continuidad de la vida. El “actuar” las vivencias

contratransferenciales abrió el espacio a la creación gozosa y compartida.

4. A modo de resumen algunas preguntas y reflexiones

Estas situaciones clínicas, escogidas de entre muchas otras, fueron poniéndonos en contacto, y quizás también permitan aproximar al lector, a esa atmósfera transferencial difícil de describir, y que se da en el trabajo con pacientes como estos, de los que nos ocupamos.

Difícil porque cuestiona. Difícil porque vemos que algo referido a dos, sucede entre tres o más, que ni siquiera están bien diferenciados entre sí.

No estamos como en el caso de adultos neuróticos tratando con sujetos con su aparato psíquico plenamente constituido, sino con aparatos en vías de desarrollo o defectuosamente constituidos.

Es como si estos aparatos tuvieran algo de “abiertos” y en esto parece jugar un papel decisivo el predominio de la identificación proyectiva, que impide una mejor diferenciación entre uno mismo y el otro.

En el niño, este mecanismo coexiste con otros más evolucionados que comienzan a instalarse y le van permitiendo una mayor estabilidad de los objetos internos, a la vez que ir construyendo los espacios que posibiliten una diferenciación más estable.

En el psicótico, hay fuerzas destructivas, que atacan todo intento de progreso, dificultando la construcción de los espacios, trastocando los

tiempos, manteniendo en definitiva una indiferenciación témporo-espacial que impide el pensarse como sujeto independiente, por lo que el progreso en el trabajo analítico es mucho más penoso y a veces estéril.

En su expresividad clínica esta situación estaría dada por el desborde del espacio de la sesión que se pierde más allá del consultorio, en un límite siempre impreciso que llega a la sala de espera, a la calle o aún más allá.

Lo mismo podríamos decir en relación con el tiempo, nuestra preocupación, por el paciente desborda largamente el tiempo de la sesión. Todas estas cosas, si bien pueden darse puntualmente en otro tipo de pacientes, pensamos que aquí son la norma.

Estas reflexiones, nos llevan a intentar dar respuestas, a algunas preguntas que nos hacemos desde hace algún tiempo: ¿Por qué tan pocos analistas se interesan en el trabajo con pacientes psicóticos, pero sobre todo, por qué hay analistas que no pueden trabajar con niños y por qué son tantos los analistas de niños que van reduciendo progresivamente sus pacientes, llegando incluso a no trabajar más con niños? O ¿por qué se acepta que el número de estos pacientes que puede atender un analista, está limitado?

Preguntas tan generales tienen sin duda multiplicidad de respuestas, pero queremos aportar una línea para pensar el problema.

Habitualmente se dice que estos pacientes producen la movilización de aspectos muy primitivos de nosotros mismos. ¿Qué quiere decir esto? Tendrá que ver con la pérdida de límites que

significa volver regresivamente a otras coordenadas témporo-espaciales, donde los espacios se borran y se entremezclan: donde los fenómenos transferenciales y contratransferenciales, llevan transitoriamente a una indiferenciación entre nuestro aparato psíquico y el del paciente (con más intensidad sin duda en el psicótico que en el niño).

¿No es este el desafío que nos plantea trabajar con este tipo de pacientes? Introducimos en la bruma de la indiferenciación, donde no podemos acudir a referencias témporo-espaciales habituales y por lo tanto resulta muy difícil o quizás imposible dar cuenta de estos fenómenos en la forma y con la precisión que la comunidad científica pretende. Pero tenemos la convicción, más allá de la dificultad de la tarea, que así y sólo así es posible construir una nueva historia, donde nuestro lugar es de un personaje nuevo-viejo, que aceptando la repetición, contribuye a la creación. Y debe aceptar ser protagonista y no sólo actor de una historia inquietante, que de alguna forma también le es propia y de la que no sabe el final.

Resumen

Partiendo de distintas situaciones clínicas, los autores plantean algunas particularidades de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales en niños tempranos y pacientes psicóticos.

Señalan que el desborde del tiempo y espacio de la sesión se da con

mucha más frecuencia que en pacientes neuróticos y se preguntan la relación de estos fenómenos con un aparato en desarrollo o defectuoso.

Destacan el papel de la realidad, y el peso que adquiere el “actuar” del analista. Finalmente, plantean las dificultades de los analistas para trabajar con este tipo de pacientes y especialmente para transmitir sus experiencias, vinculándolo con un necesario desasirse transitorio de las propias coordenadas témporo-espaciales para poder transitar el camino de la repetición a la creación en la transferencia.

Summary

The writers outline some characteristics of transferential and countertransferential phenomena in young children and psychotic patients, taken from various clinical cases.

They point out that the overflow of time and space of session is found more frequently in these patients than in neurotic patients. They also ponder over the possible relationship between the above mentioned phenomena and a developing or defective mental apparatus.

They stress the importance of the real life situation and the analyst’s “acting”. Finally, they suggest giving some thought to the difficulties they have to face when working with these patients, especially when trying to convey their experiences together with a necessary transitory

riddance of their own time and space coordinates to be able to go through repetition and into creation in transference.

Bibliografía

- 1) **Freud, S.** - Fragmentos de análisis de un caso de histeria. Dora. (1905). Amorrortu, tomo VII.

- 2) **Freud, S.** - La dinámica de la transferencia (1912). Amorrortu, tomo XII.

- 3) **Heiman, P** - Acerca de la contratransferencia. Rev. Uruguay de Psicoanálisis, tomo IV. 1, 1961-62.

- 4) **Heiman, P**- Contratransferencia. Rev. Uruguay de Psicoanálisis, tomo IV, 1, 1961-62.

- 5) **Klein, M**- Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. (1946). Paidós, tomo III.

- 6) **Klein, M.** - Los orígenes de la transferencia. (1952). Paidós, tomo I.

- 7) **Rosenfeld. H.** - Consideraciones relativas al abordaje

psicoanalítico de la esquizofrenia aguda y crónica. t19541. Cap. VI del libro Estados Psicóticos. Paidós.

8) **Valdez, L.-** Desaparecido I. Psicoanalise. Cuadernos N° 2, Pelotas, Brasil. 1986.

La Transferencia
“Entre la re-petición y el duelo”

Nadal Vallespir*

Julio 1989

*Hay leyes que uno puede burlar,
pero hay otras que no.
La ley
del deseo es como la ley de
gravedad: aunque la rechaces,
tienes que rendirle tributo,
un tributo bastante alto.*

Pedro Almodóvar.

“Dentro del tema del reconocimiento del deseo figura la necesidad del deseo de hacerse entender, de ser reconocido incluso al precio de un síntoma o de alguna otra forma apropiada, es decir, disimulada”. (J. Dor, 1986). Precio o tributo, la transferencia es una forma apropiada, disimulada —quizás menos disimulada que el síntoma—, mediante la cual el deseo procura ser reconocido. Reconocimiento que implica su realización, en el sentido en que lo comprendió Freud: expresarse, manifestarse en las formaciones del inconsciente, figurándose como realizado. Al respecto, Laplanche y Pontalis (1971) describen muy bien la concepción de Freud cuando dicen que “[...] el deseo tiene su origen en una búsqueda de la satisfacción real, pero se forma según el modelo de la alucinación primitiva”

* Héctor Miranda 2389 Montevideo Uruguay

La ley de gravedad, con la que Almodóvar —el conocido cineasta español— compara la ley del deseo” parece apropiada para designar metafóricamente —no digo que haya sido esa su intención— la caída” del objeto a, objeto causa del deseo según la teoría lacaniana, resto “caído” de la cadena significante.

Esta forma disimulada de expresarse el deseo, de figurarse como realizado, hace pensar la transferencia como una formación de compromiso, una transacción, al igual que el sueño, el síntoma, etc. Como han señalado algunos autores, entre ellos O. Mannoni (1975), para Freud, el mecanismo —pensado como modelo— por el que se “transfiere” en el sueño un deseo Inconsciente infantil reprimido no diferiría mayormente —desde un punto de vista metapsicológico— de aquél referido a la transferencia en la cura. En tal caso, el psicoanalista (mejor dicho, su representación preconscious) haría las veces del resto diurno que es remodelado por el trabajo del sueño.

El deseo se expresa disfrazado hacia quien no es ¹, “falso enlace”, y la transferencia —herramienta insustituible para el progreso de la cura— es también resistencia.

Creo, pues, que se podría hablar de un trabajo de transferencia —ya Lacan lo ha hecho— del mismo modo en que Freud se refirió, por ejemplo, al trabajo del sueño. Durante el proceso psicoanalítico, junto con este trabajo de transferencia tendría lugar un trabajo de duelo. Cada insight del paciente supondría, en la medida en que es un

¹ Recordemos la frase de Lacan (1957- 1958): Amar es dar lo que no se tiene a quien no es” Si bien, por supuesto, amar y desear no son la misma cosa

generador potencial de cambios, una pérdida, la resignación de algo que ya no debería ser conservado, un desasimiento de la libido de determinadas representaciones de objeto. Un duelo, pues, a elaborar

M. Frioni de Ortega (1989) afirma: “Greenson (en 1965) describe el trabajo elaborativo como el trabajo en el análisis frente a las resistencias que no permiten al insight producir cambios. Diferencia el trabajo analítico del trabajo elaborativo haciendo del insight el eje, distinguiendo así aquellas resistencias que impiden el insight de aquellas otras que impiden al Insight producir cambios”. Más adelante, la autora agrega, siempre refiriéndose a Greenson: Manifiesta que las interpretaciones aisladas no producen cambios duraderos, que para que un insight sea efectivo es necesario que sea repelido varias veces” Esta explicación podría dar cuenta de un hecho de observación en la clínica. Algunos pacientes que demuestran poseer una buena capacidad de insight tienen, sin embargo, una gran dificultad para cambiar. Y, a veces, se observan importantes mejorías en pacientes con menores posibilidades de insight.

Me pregunto si son sólo las resistencias quienes impiden que el insight produzca cambios o si, además de ellas, actuaría otro factor, el trabajo de duelo, que en la medida en que no logre desasir la libido de las representaciones de objeto, no permitirá un cambio efectivo. La repetición del insight, a partir del material del paciente presentado con variados ropajes, sería una manera de elaborar el duelo.

Reflexionemos sobre lo que afirma Freud en *Duelo y melancolía*” (1917 119151): el desasimiento de la libido se ejecuta pieza por pieza

tanto en el duelo como en la melancolía. “En la melancolía se urde una multitud de batallas parciales con el objeto: en ellas se enfrentan el odio y el amor, el primero pugna por desatar la libido del objeto, y el otro por salvar del asalto esa posición libidinal”. ¿Qué ocurre a este respecto en el proceso psicoanalítico? Quizás esa repetición del Insight que, según

Greenson, es necesaria para que éste sea efectivo, permite el desasimiento de la libido pieza por pieza. Freud, en la época en que escribió “Duelo y melancolía”, no había conceptualizado aún la pulsión de muerte, pero lo haría pocos años después. De cualquier modo, afirma aquí que el odio y el amor están enfrentados en una lucha, en la que el amor es quien procura conservar el vínculo de la libido con el objeto mientras que el odio hace lo posible por deshacerlo. En “Esquema del psicoanálisis (1940 [1938]) sostendrá que la meta de la pulsión de destrucción o de muerte es disolver nexos. Podríamos pensar, entonces, que la pulsión de muerte jugaría un papel importante en la movilización de la libido fijada a las representaciones de los objetos primarios incestuosos, lo que posibilitaría la investidura transferencial del analista.²

² A su vez, estas representaciones están fijadas, inscritas, en lo Inconsciente. La regresión que se opera en y por la transferencia consistiría en una reactivación, una nueva “puesta en funcionamiento” de esos “puntos” de fijación reprimidos, al ser sobreinvertidos, desplazándose parte de la libido sobre el analista. Podríamos hablar de un “registro” oral, anal, etc., o de un lenguaje de las respectivas pulsiones parciales. Para Lacan (1957-1958), la fijación consiste en “[...] la prevalencia conservada por determinada forma de significantes [...]” y la regresión en el resurgir en el discurso del analizado “[...] significantes formados en una etapa dada de su desarrollo y que le servían entonces para articular su demanda [...]”

Claro que las cosas no son sencillas. El amor protege al objeto de la pérdida de su investidura libidinal y, además, la representación-cosa inconsciente del objeto “[...] se apoya en incontables representaciones singulares (sus huellas inconscientes) [...]” (Freud, 1917 119151).

La repetición tiene lugar en el campo de la transferencia. Por lo que ésta, al mismo tiempo que implica una movilización de la libido hacia el analista, supondría un trabajo elaborativo, un trabajo de duelo. Cada insight sería una pieza en el proceso de ejecución del desasimiento de la libido. En este sentido, pienso que el trabajo elaborativo no se corresponde solamente con un trabajo vinculado a la resistencia con el fin de reelaborarla y vencerla. (Freud, 1914). El retorno de lo reprimido en la transferencia, como expresión del deseo, se diferenciaría de lo que ocurre por ejemplo en el síntoma, ya que quedaría sometido al trabajo de duelo. La neurosis de transferencia se distingue de la neurosis común”. En todas estas consideraciones no se puede soslayar el lugar que sin duda ocupan el encuadre y la interpretación.

Richard Garín, poeta uruguayo muerto prematuramente a los 22 años, nos dejó un breve poema al que tituló “Fe de erratas”³. Expresa acertadamente: “donde dice / dormir / debió decir / ver para adentro / con el pretexto / de soñar”. Ver para adentro está referido al recuerdo, mientras que el dormir está emparentado al olvido: Lete (el Olvido) es

³ También en la transferencia habría una errata, un error. Ya hablé del “falso enlace”.

hermano de la Muerte y del Sueño⁴ (Grimnal, 1981). Del olvido del dormir surge el recordar del sueño. Podríamos decir también que del olvido, del no recordar, propio de la repetición, surge el recuerdo cuando la repetición es transferencia. Repetir transfiriendo el pasado olvidado es una manera de recordar. (Freud, 1914). Donde dice / repetir / debió decir / ver para adentro / con el pretexto / de transferir.

La transferencia es, desde luego, repetición. Pero, creo, hay diversas formas de repetir. No es lo mismo la repetición que caracteriza a la transferencia que la ciega compulsión de repetición de las llamadas neurosis de destino o —como las denominó Freud en “Más allá del principio de placer”— “compulsión de destino”: repetición producida como al azar. Quizás podríamos percibir en esta “compulsión de destino” un efecto de la pulsión de muerte. El trabajo de transferencia. en cambio, lo vinculé con el trabajo elaborativo como trabajo de duelo, elaboración del duelo. También me referí a la relación de la transferencia con el deseo. M. Casas de Pereda. D. Gil y F. Schkolnik (1978) afirman: “Así el ser humano, demandante eterno, se constituye en repetidor constante. (Repetir: volver a pedir)”. Es que el deseo, siempre insatisfecho, se ve [...] obligado a convertirse en palabra dentro del molde que le impone la demanda [...]”. (J. Dor. 1986). Para desarrollar este aspecto tendría que recurrir a la vivencia

⁴ Sueño, casi seguramente, estaría indicando aquí en realidad el dormir, ya que Hipno, personificación del Sueño, es hermano gemelo de Tánato (la Muerte) en su palacio encantado todo duerme y aletarga a los demás seres.

de satisfacción tal como la describió Freud, y a las relaciones que estableció Lacan entre la necesidad, el deseo y la demanda, cosa que no haré aquí. De cualquier manera, intentaré establecer una aproximación entre las concepciones de Freud y de Lacan a este respecto.

El objeto a. al mismo tiempo objeto del deseo y objeto causa del deseo, es un objeto perdido, eternamente faltante. R. Harari (1987) lo describe de este modo: “Es efectivamente el pecho”⁵ pero no en el momento del amamantamiento, sino en cuanto se lo pierde. [...] Sería el seno constituido en el momento del destete. Es allí donde, y cuando, se constituye este objeto. Recién cuando se lo pierde comienza a ser objeto, por cuanto su condición consiste en una suerte de automutilación en un órgano corporal perdido, que cae y convoca la falta”. No cabe duda de que para Freud el pecho perdido que ocasionó la vivencia de satisfacción no será jamás reencontrado, constituyéndose el mamar del pecho materno en “el modelo inalcanzado de toda satisfacción sexual posterior”, como afirma en las “Conferencias de introducción al psicoanálisis” (1961-1917). “La pulsión reprimida —dice en “Más allá del principio de placer” (Freud, 1920) —nunca cesa de aspirar a su satisfacción plena, que consistirá en la repetición de una vivencia primaria de satisfacción [...]” pero “[...]sin perspectivas de clausurar la marcha ni de alcanzar la meta”. La re-petición, nunca abandonada, es demanda de la vivencia primaria

⁵ Claro que para Lacan, el objeto a no es sólo el seno, sino también las heces, la mirada y la voz. según de que pulsión parcial se trate.

de satisfacción, referida a la huella inconsciente del pecho perdido por represión, constituido como modelo y, como tal, más concebible en una “anterioridad” lógica que cronológica. En “El yo y el ello”, Freud (1923) vincula el pecho materno y los deseos edípicos en el caso del varón, siendo aquel el punto de arranque de la investidura de objeto hacia la madre.

El corolario de todas estas consideraciones sería que la repetición en la transferencia no provendría de la pulsión de muerte sino que tendría su fuente en el deseo insatisfecho y constituiría, al mismo tiempo que una tentativa de alcanzar la satisfacción, un intento de elaborar el duelo por el objeto perdido, definitivamente ausente. De tal forma, la repetición no sería el “eterno retorno de lo igual” sino que en ella se producirían variantes de acuerdo a los diversos disfraces con que el deseo se oculta y se revela y a las modificaciones que van pautando la elaboración, el trabajo de duelo. No ocurriría como en un libro de Carlos Castaneda, “El conocimiento silencioso”, en que «... todas estas historias poseían la misma estructura, sólo diferían los personajes”. En estas otras historias difieren algo más que los personajes, pero quizás la estructura sí sea la misma, en cuanto estructura del deseo, en cuanto modelo (el mamar del pecho materno) que organiza toda la vida sexual del individuo. Y el fantasma, vehículo del deseo, antepértico de los sueños y de los síntomas, nexos entre los objetos primarios incestuosos y el analista, escenario privilegiado sostenido por la investidura libidinal, insiste y se repite. La transferencia no es, pues, reproducción si por reproducción

entendemos la copia idéntica de algo pretérito, la reproducción tal cual del pasado. Si, en cambio, es producir, crear algo nuevo sobre la huella del objeto perdido, por medio de un trabajo (trabajo de transferencia) realizado a expensas del proceso primario y del proceso secundario. Proceso creativo que recuerda algunas de las formulaciones de Freud (1908 (19071) con respecto al juego y la poesía. (Ver “El creador literario y el fantaseo”).

El juego del Fort-Da ilustraría el intento de reencontrar en el carretel o, mejor aún, en la palabra —en la medida en que es presencia portadora de ausencia— el objeto perdido (o su huella). En “El humor en la interpretación” (N. Vallespir, 1989) subrayé “[...] el hecho —puesto de relieve por Freud— de que su nieto, en la medida en que simboliza a su madre —y consiguientemente a su pérdida y recuperación— mediante el carretel y fundamentalmente por la palabra, por el lenguaje, ha renunciado a su satisfacción pulsional directa con ella”. Y, en el párrafo anterior, señalé: “La repetición del primer acto del juego del carretel tendría la finalidad de ligar la energía liberada por la partida de la madre”. Repetición que no puede estar subordinada a la pulsión de muerte sino que estaría al servicio de la pulsión de vida que, en el interjuego constante de ambas clases de pulsiones, propendería a ligar la energía, a elaborar la separación de su madre, el duelo por la renuncia a su satisfacción pulsional. Repetición que es también, como veíamos antes, demanda permanente: evocación e invocación al objeto por la palabra (Casas de Pereda, M.; Gil, D.; Schkolnik, F.: 1978). Pero para invocarlo (pecho o madre)

debe (en una “anterioridad” lógica) haberlo perdido.

¿Y qué papel desempeña la pulsión de muerte? Tendería a la desintegración del aparato psíquico en la medida en que la excitación hiperintensa que lo amenaza no haya sido ligada por el yo. Lo mismo ocurriría en las neurosis traumáticas. Según A. Rifflet-Lemaire (1979), para los lacanianos la pulsión de muerte representa la energía que sustenta la contra investidura en la represión originaria “[...] que permite sustituir por un signo la vivencia de la ausencia de la madre”. Ejemplifica con la renuncia del nieto de Freud. El carretel y, más aún, la palabra sustituyen simbólicamente a la madre. ¿La energía ligada por el yo sería la libido mezclada con la energía de la pulsión de muerte, la que —a su vez— podría ser empleada como contrainvestidura sosteniendo al sustituto simbólico?

Freud (1920) en «Más allá del principio de placer» escribe sobre la transferencia en una “atmósfera” de pulsión de muerte. Dice así: “Ahora bien, los neuróticos repiten en la transferencia todas estas ocasiones indeseadas y estas situaciones afectivas dolorosas, reanimándolas con gran habilidad. [...] Se trata, desde luego, de la acción de pulsiones que estaban destinadas a conducir a la satisfacción, pero ya en aquel momento no la produjeron, sino que conllevaron únicamente displacer. Esa experiencia se hizo en vano. Se la repite a pesar de todo: una compulsión esfuerza a ello”. Llama la atención que Freud —quien nos enseñó sobre el peso determinante de la realidad psíquica, del deseo conceda tanta importancia aquí a la realidad material. Ya que esa experiencia penosa, que denota un

fracaso en la búsqueda de la satisfacción, al repetirse en la transferencia, ¿se repite por ella misma, por lo penoso, o por el deseo que conlleva, no materializado en la realidad. Insatisfecho, dirigido hacia el analista en su propia insatisfacción, procurando así satisfacerse? El mismo Freud (1923 [1922]) afirma que la compulsión de repetición es auxiliada por la transferencia positiva, sellándose una alianza entre la cura y la compulsión de repetición. Mal podría entonces la transferencia ser un ejemplo —como compulsión de repetición— de los efectos de la pulsión de muerte. Estaría al servicio de la cura y de la pulsión de vida.

Pensemos en el caso Emma, que Freud (1950 [1895]) relata en el “Proyecto”. M. Safouan (1989), luego de referirse al resumen de Lagache “con respecto a lo que Freud dice sobre la transferencia en ‘Psicoterapia de la histeria’”, escribe: “En estas líneas se formula una concepción que recuerda la que se desprendía del análisis de los síntomas bajo la denominación de “primera mentira” de la histérica, y que refiere al deseo reprimido, aquel cuya reproducción constituye la transferencia, a una figura originaria cuyo lugar queda entonces usurpado por la “persona del médico”. Ya hablé del error, el engaño, que supondría la transferencia: lo podríamos considerar a la luz de la “proton pseudos” de la histérica. Sabemos de las dos escenas que originan en su interjuego la fobia de Emma, al producirse una resignificación de la primera escena y adquirir así el conjunto una eficacia psíquica patógena. ¿No existiría también en la transferencia un conjunto actual, sincrónico, de escenas, ya que a la escena de

paciente y analista subyacen otras escenas, con los objetos primarios, reactivándose y resignificándose éstas a partir de aquella, adquiriendo el todo una eficacia psíquica patógena, provocando de este modo la neurosis de transferencia? Y, al mismo tiempo, un conjunto temporal, diacrónico. Sucesión de escenas pero sincronía en “la otra escena, sincronía sostenida por el fantasma inconsciente.

La angustia de Emma es trasmutación de su libido. Le ha gustado uno de los empleados, se ha producido un desprendimiento sexual, pero el deseo estaba dirigido al pastelero de la primera escena. El empleado ha «usurpado» ese lugar. El trauma, lo displacentero proviene de lo libidinal. Hay algo penoso que se repite (la risa) pero lo central, lo determinante, es del orden del deseo.

En el juego del carretel, el niño invoca al objeto perdido y elabora el duelo por él. En el vínculo transferencial con el analista, se re-pite, se invoca al objeto, al mismo tiempo que se elaboran los duelos por las pérdidas, por los desprendimientos de libido, implicados en cada insight, pérdidas que remiten finalmente al objeto imposible, Irrecuperable por inexistente (el pecho y la madre⁶ en Freud, el objeto a en Lacan), del cual todos los otros son Sustitutos. Juego del carretel o Fort-Da, sustitutos simbólicos, principalmente la palabra portadora de ausencia que, por esto mismo, evoca e invoca al objeto, palabra con que se teje el análisis, dirigida al analista en la transferencia, palabra que es repetición y re-petición.

⁶ “[...] aquel otro prehistórico inolvidable a quien ninguno posterior iguala ya”. de quien habla Freud en la carta 52 a Fliess.

Y a semejanza de las neurosis traumáticas, en las que la excitación que se libera por el trauma —que según Freud es excitación sexual— es ligada por el yo, en la transferencia la libido liberada, desasida de los objetos primarios, se liga a la representación del analista.

En un trabajo Inédito (N. Vallespir. 1982) escribí a modo de conclusión: “Pienso que ni las palabras ni la vida sirven para nada sino para perpetuar desencuentros, es la reiteración del desencuentro de todas las cosas, nada más, así pasen 20. 30, 40, 50, mil años’. Estas palabras de una paciente, al comienzo de una sesión, luego de un silencio, dan cuenta de la imposibilidad del reencuentro con el objeto perdido. Se reitera el desencuentro una y otra vez y las palabras, en cuanto portadoras de ausencia, también lo perpetúan. Pero así como aquel puede relanzar el deseo en una búsqueda que nunca termina, a favor de la vida, la pulsión de muerte puede conducir a una repetición de aquel estado previo a la vida donde todas las cosas también se desencuentran, están desunidas, en oposición al Eros que todo lo cohesiona”.

La palabra invocante dirigida al analista perpetúa el desencuentro en la medida en que no hay reencuentro posible con el objeto primario ya que analista no (lo) es sino tan sólo un sustituto.

Por ello, el vínculo con el analista implica también un duelo a elaborar. No será sólo el duelo por la finalización del análisis, precedido (preparado) por las sucesivas separaciones (entre sesiones, vacaciones del analista, etc.) sino además porque éste no es ni tiene el objeto perdido —en (la) realidad— inexistente. A este respecto, cabe

la homologación con el destete definitivo al que anteceden los destetes que ponen punto final a cada una de las mamadas, siendo ya imposible desde el comienzo mismo aquel objeto que se constituye como objeto causa del deseo cuando (ya) se ha perdido: (cuando) no existe sino como huella, como inscripción en lo inconsciente (Nota 1). Se re-pite y se repite incesantemente con el carretel (Fort-Da) y en la transferencia. (re)produciendo el desencuentro con el objeto supuestamente recobrado, procurando así elaborar —desde el comienzo del análisis— el duelo por el objeto perdido —ilusión del duelo por el objeto inexistente—. Desencuentro perpetuo, reiteración de la inexistencia. Deseo y duelo (Nota 2), referidos en última instancia al mismo objeto, se aunarían para determinar la (re)petición-producción transferencial.

Estas reflexiones me despiertan muchos interrogantes. Para finalizar, mencionaré uno: se refiere a la terminación del análisis, a su desenlace, que es des-enlace del “falso enlace” entre paciente y analista.

¿Análisis terminable o interminable? Si terminable, ¿en qué momento?” ¿Saber sobre la inexistencia —o la pérdida— del objeto imposible, no reencontrable, en la medida en que el analizante lograra acceder a la verdad de su deseo? ¿Elaboración del duelo por este objeto, por su pérdida o por saber sobre su inexistencia? No quiero extenderme en este trabajo sobre esta cuestión.⁷ Sólo destacaré el hecho de que en la medida en que el paciente pueda acceder a lo

⁷ No quiero extenderme en este trabajo sobre esta cuestión.

verdadero de su deseo se des-ilusionará con respecto al analista” éste no es ni posee el objeto causa de su deseo. Freud (1937) entiende al complejo de castración (deseo del pene⁸ en la mujer y angustia de castración en el hombre) como la “roca de base” de todo trabajo analítico, siendo difícil decir si en una cura analítica se logró o no dominar este aspecto. ‘Nos consolamos con la seguridad de haber ofrecido al analizado toda la incitación posible para reexaminar y variar su actitud frente a él. Castración, desprendimiento, límite irreductible, que da cuenta de la falta, convocante del deseo. ¿Fin (límite) del análisis? ¿O, paradójicamente infinitud de éste?’

Notas

Nota 1.

“Cada mamada es la confirmación de una pérdida” (Juan D. Nasio. 1986. El magnifico niño del psicoanálisis. Gedisa. Barcelona).

Un paciente le dice a su terapeuta que le da un poco de miedo casarse. Ya anteriormente estuvo casado y se divorció. Ella le pregunta qué se le ocurre cuando siente ese miedo, a lo que él responde: “Muchas veces pienso: con el trabajo que da separarse, con el divorcio...” Luego, en la misma sesión, expresa: “Creo que no hay una sola sesión que el día anterior no haya pensado: bueno, mañana es la última”. Cada encuentro con su terapeuta es la confirmación de una pérdida. Y así como teme casarse porque le da trabajo (“es difícil”) separarse, también le es trabajoso asistir a las sesiones (“me da tanto trabajo venir acá”, confiesa más adelante) porque teme la separación.

⁸ Freud aquí utiliza la palabra deseo en lugar de envidia (del pene).

Nota 2.

Jacques Lacan (Seminario VIII. La transferencia. 1960-61. Inédito) hace notar la fuerza de las determinaciones lingüísticas y refiere que “[...] el deseo tomó en la conjunción de las lenguas romanas esta connotación de desiderium, de duelo y de pesar [...]”.

Resumen

Se entiende la transferencia como una forma apropiada, disimulada, mediante la cual el deseo procura ser reconocido. Esta forma disimulada de expresarse el deseo, de figurarse como realizado, lleva a pensar la transferencia como una formación de compromiso, una transacción, al igual que el sueño, el síntoma, etc. El deseo se dirige disfrazado hacia quien no es, “falso enlace”, y la transferencia — herramienta insustituible para el progreso de la cura— es también resistencia. Se podría hablar de un trabajo de transferencia del mismo modo en que Freud se refirió al trabajo del sueño.

Se plantea que durante el proceso psicoanalítico, junto con este trabajo de transferencia tendría lugar un trabajo de duelo. Cada insight del analizante supondría una pérdida. La repetición del mismo sería una manera de elaborar el duelo, al constituir una pieza en el proceso de ejecución del desasimiento de la libido.

La repetición en la transferencia no provendría, entonces, de la

pulsión de muerte sino que tendría su fuente en el deseo insatisfecho y constituiría, al mismo tiempo que una tentativa de alcanzar la satisfacción, un intento de elaborar el duelo por el objeto perdido, definitivamente ausente. Así, pues, la repetición en este caso no sena el “eterno retorno de lo igual”. El trabajo de transferencia, produciría, crearía, algo nuevo sobre la huella del objeto perdido. Se piensa que en el vínculo transferencial con el analista, se repite, se invoca al objeto, elaborándose simultáneamente los duelos por las pérdidas, por los desprendimientos de libido, implicados en cada insight, pérdidas que remiten finalmente al objeto imposible, irrecuperable por inexistente (el pecho y la madre en Freud, el objeto a en Lacan), del cual todos los otros son sustitutos. El deseo, siempre insatisfecho, se ve “obligado a convertirse en palabra dentro del molde que le impone la demanda” (J. Dor, 1986). Palabra con la que se teje el análisis, dirigida al analista en la transferencia, palabra que es repetición y repetición.

Se señala que la palabra invocante dirigida al analista perpetúa el desencuentro ya que no hay reencuentro posible con el objeto primario, pues el analista no (lo) es sino tan sólo un sustituto. Así, el vínculo con el analista implica también un duelo a elaborar. El analista no es ni tiene el objeto perdido —en (la) realidad— inexistente. Desencuentro perpetuo, reiteración de la inexistencia. Deseo y duelo, referidos en última instancia al mismo objeto, se aunarían para determinar la (re)petición producción transferencial.

Para finalizar, se menciona uno de los múltiples interrogantes que

surgen, referido al desenlace del análisis que es des-enlace del “falso enlace” entre paciente y analista. ¿Análisis terminable o interminable? En la medida en que el paciente pueda acceder a lo verdadero de su deseo se des-ilusionará con respecto al analista: éste no es ni posee el objeto causa de su deseo. Castración, desprendimiento, límite irreducible que da cuenta de la falta convocante del deseo: ¿Fin (límite) del análisis? ¿O, paradójicamente, infinitud de éste?

Summary

Transference is understood as an appropriate and concealed way by means of which wish tries to be recognized. This concealed way of expressing wish, or imagining it as completed, leads us to consider transference as the formulation of an agreement... a transaction such as that of dreams, symptoms, etc. Wish is directed in a disguised way towards who is not. ‘false link’, and transference —indispensable tool for cure to progress— is also resistance. We could speak of the transference work in the same way as Freud spoke of the dream work.

It is *established* that during the psychoanalytic process *together* with this transference work there might be a process of mourning. Each Insight of the person analysed might suppose a loss. Its repetition might be a way of elaborating the mourning process, a part of the process of accomplishing the loosening of the libido.

Repetition in the transference work would not come, then from the death drive, but it might have its source in the unsatisfied wish and it

might constitute at the same time an attempt at reaching satisfaction, an attempt at elaborating the mourning for the lost object, definitely absent. Therefore, repetition in this case, might not be ‘the eternal return to the same situation’. The transference work would produce, create something new on the mark left by the lost object. It is considered that in the transference link established with the analyst the object is re-peated, summoned, thus elaborating simultaneously the mournings for the losses and for the loosening of the libido which are implied in each insight. These losses finally remit the impossible object. Irrecoverable because inexistent (the breast and the mother in Freud, the a object in Lacan) of which all the others are substitutes. Wish, always unsatisfied is ‘forced to become word within the mould demand imposes on it’ (J. Dor, 1986). Analysis is woven with words, directed towards the analyst in the transference, words that are repetition and re-petition.

It is pointed out that the summoning word directed to the analyst perpetuates the parting with the primary object since there is no possibility of meeting up with it again because the analyst is only a substitute. In this way, the relationship implies a mourning that has to be elaborated as well. The analyst neither is nor possesses the lost object-in (the) reality-inexistent. Perpetual parting, reiteration of inexistence. Wish and mourning, ultimately referred to the same object, would meet to determine the transference (re)petition-production.

Finally one of the many questions is mentioned. It is referred to the

bringing the analysts to an end that is dis-engagement on the ‘false link’ between patient and analyst. Analysis that can be ended or endless analysis? In so far as the patient can have access to the true part of his/ her wish he/she will feel dis-illusioned about his/her analyst who is not and does not possess the object which causes the patient’s wish. Castration, loosening, irreducible limit that puts an end to the absence which convokes the wish: end (limit) of the analysis? Or paradoxically, infinitude of the analysis?

(Translated by Graciela Mesanza)

Bibliografía

1. Casas de Pereda, M; Gil, D.; Schkolnik, F. 1978. Entre la repetición y la ausencia. Revista uruguaya de psicoanálisis. N° 60. Transferencia. A.P.U. Montevideo, 1980.
2. Dor, Joël. 1986. Introducción a la lectura de Lacan. El Inconsciente estructurado como lenguaje. Editorial Gedisa. E. Aires.
3. Freud, Sigmund. 1914. Recordad, repetir y reelaborar. Obras completas. Volumen 12. Amorrortu editores. B. Aires. 1980.
4. Freud, Sigmund. 1916-1917. Conferencias de Introducción al psicoanálisis (Parte III) Obras completas. Volumen 16. Amorrortu editores. 13. Aires. 1978.
5. Freud, Sigmund. 1920. Más allá del principio de placer. Obras

- completas. Volumen 18. Amorrortu editores. B. Aires, 1979.
7. Freud, Sigmund. 1923 (1922). Observaciones sobre la teoría y la práctica de la Interpretación de los sueños. Obras completas. Volumen 19. Amorrortu editores. B. Aires. 1979.
 8. Freud, Sigmund. 1923. El yo y el ello. Obras completas. Volumen 19. Amorrortu editores. B. Aires. 1979.
 9. Freud, Sigmund. 1937. Análisis terminable e interminable. Obras completas. Volumen 23. Amorrortu editores. 13. Aires. 1980.
 10. Freud, Sigmund. 1940 (1938). Esquema del psicoanálisis. Obras completas. Volumen 23. Amorrortu editores. 8. Aires, 1980.
 11. Freud, Sigmund. 1950 (1895). Proyecto de psicología. Obras completas. Volumen 1. Amorrortu editores. 13. Aires. 1982.
 12. Frioni de Ortega, Mireya. 1989. Una aproximación al concepto de trabajo elaborativo. Trabajo presentado en la A.P.U.
 13. Grimal, Pierre. 1981. Diccionario de mitología griega y romana. Ediciones Paidós. Barcelona.
 14. Harari, Roberto. 1987. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis, de Lacan: una Introducción. Ediciones Nueva Visión. B. Aires.
 15. Lacan, Jacques. 1957-1958. Las formaciones del inconsciente. Ediciones Nueva Visión. B. Aires. 1977.
 16. Laplanche, J. y Pontalis, J. -B. 1971. Diccionario de psicoanálisis. Editorial Labor, SA. Barcelona.
 17. Mannoni, Octave. 1975. Freud. El descubrimiento del Inconsciente. Ediciones Nueva Visión. B. Aires.

18. Rifflet-Lemaire, A. 1979. Lacan. Editorial Sudamericana. B. Aires.
19. Safouan, Moustapha. 1989. La transferencia y el deseo del analista. Editorial Paidós. B. Aires.
20. Vallespir. Nadal. 1982. De la pulsión a sus efectos. Inédito.
21. Vallespir. Nadal. 1989. El humor en la Interpretación. Temas de psicoanálisis. N° 11 A.P.U. Montevideo.

**Modalidades
transferenciales en pacientes con
organización perversa**

Paulina Volinski de Hoffnung*

Inés Clerc de Valdez

Elena Errandonea

Sonia Ihlenfeld de Arím

Presentado en las Jornadas sobre Transferencia en A.P.U. Octubre
1989 y en el XI Simposio y Congreso interno de A.PdeB.A.
Noviembre 1989.

I. Introducción

II. Organización perversa y transferencia

II.1. Clínica

II.2. Transferencia Perversa

Fetiche

Imitativa

Erotizada

III. Contratransferencia

IV. Experiencia creativa en el vínculo transferencial

* Jaime Zudáñez 2833/501 Montevideo Uruguay

I. Introducción

En la experiencia clínica, nuestra apreciación corriente es la de que nos encontramos con una gama de pacientes que desbordan el campo de las neurosis clásicas de transferencia. En dicha gama mencionamos: las perturbaciones psicóticas, las psicósomáticas, los trastornos narcisistas de la personalidad, las configuraciones “borderline”, las organizaciones perversas.

En la perspectiva del psicoanalista, cada experiencia que ha ido procesando con el analizando, podría retomarse en un segundo nivel apuntando hacia la reflexión e investigación de los complejos procesos que consideramos que han estado en juego.

Cuando en un determinado momento del análisis, algunos puntos de referencia van adquiriendo una cierta coherencia, nos permite relacionarlo con una determinada entidad psicopatológica. Y es en este movimiento que podemos enriquecernos con el aporte mutuo entre una experiencia analítica individual y la semiología psicoanalítica, estudiando las modalidades de las manifestaciones transferenciales y contratransferenciales, los mecanismos de defensa más típicos, el tipo de angustias predominantes, las formas de asociar, las resistencias, los límites de la cura.

II. Organización perversa y transferencia

El propósito de este trabajo es centrarnos en las manifestaciones transferenciales de pacientes con organización perversa”, articulándolo-

lo con material clínico de un análisis.

¿Es que la modalidad transferencial tiene peculiaridades propias en estos casos?

¿Se trataría de la misma noción de transferencia, tal como la entendemos con los neuróticos? Desde ya, nuestra respuesta es que no podemos extrapolarla, sino intentar diferenciarla buscando sus *peculiaridades*.

Pensamos que el tema es vasto y nos remite a diversos y valiosos enfoques teórico-clínicos, y veremos en qué medida nos podremos aproximar a las particularidades más significativas en el estudio de la transferencia y los problemas que la misma plantea al analista.

En cuanto a las características de la *organización perversa*, se nos hace imprescindible partir de alguna concepción. Para ello nos remitimos a la siguiente definición: “*una organización compleja, verdadero conjunto de relaciones, distinto al observado en la neurosis o en la psicosis*” (1). Se trata de “*una constelación dinámica y móvil de elementos, muy característica y constante, actuando en la base de múltiples formas de comportamiento sexual desviante*” (1. pág. 104) (Destacados nuestros).

Entre dos polos extremos se despliega todo un abanico de posibilidades que se extienden desde aquellos pacientes neuróticos que presentan actuaciones perversas, hasta el otro extremo, en que por serias fallas de identidad, la sexualidad perversa surge como “solución” a ansiedades muy graves de terror a la fusión, en perturbaciones “borderline” o psicóticas. En estas formas. “la

organización perversa preserva *una identidad frágil que logra ser mantenida por un sistema defensivo* que se basa en *mecanismos de escisión del Yo y renegación*, que no puede colocarse fuera del *narcisismo*. La sexualidad compulsiva y ritualizada se constituye como barrera contra el derrumbe psicótico, y aquí la *originalidad* del perverso es que dicho sistema defensivo entra en juego por la actuación, “en la que se juega el drama del ser en el vínculo con sus objetos arcaicos”. (1, pág. 102)

II.1. La clínica

Vamos a remitimos a algunos recortes de material clínico en los que pensamos apoyarnos para plantear consideraciones sobre la transferencia en pacientes con “organización perversa”, así como sobre la contratransferencia. Desde ya importa aclarar que vamos a seleccionar *una modalidad* entre otras, ya que en la clínica, nos encontramos con diferentes experiencias que se conforman según las distintas configuraciones que integran dicha *organización perversa*”.

En nuestro caso. (23) un hombre de unos cuarenta años de edad - Fabio-, vino a la entrevista por indicación del médico, quien había descartado todo problema orgánico cuando lo consultó por dificultades sexuales. Sus intentos de penetración en el momento del coito, si bien tenía erección, quedaban frustrados porque “le aparecía un intenso dolor en la cabeza del pene”. Muchas veces su mujer, con

quien está casado hace 4 años, lo ha instado a consultar pero... Se ha decidido ahora porque ella le ha dado un ultimátum”. Tuvieron un noviazgo alrededor de cuatro años, teniendo la novia diez años menos que él. El nunca había tenido relaciones sexuales. “Ella, es virgen, hasta ahora... Este era su problema”: su impotencia.

La analista se pregunta: ¿por qué hasta ahora no había consultado? ¿Por inhibición? ¿Se trata de una fobia a la penetración? ¿O es posible que consulte por el ultimátum de su mujer?

En cuanto a la apariencia del paciente, controlado y formal, de muy buena presencia, diríamos: un caballero en su decir, en su cortesía. Aceptación inmediata de todas las condiciones del contrato -que a lo largo del tiempo del análisis cumplirá “al pie de la letra”

En los primeros meses, va a referirse a su intensa actividad masturbatoria, desde la pubertad y adolescencia, a cómo se excita en el cine frente a determinadas escenas eróticas En una sesión alude a lo que él denominó su “fantasía básica” (23)

Fabio: “Le digo que es vergonzoso... Tener que contarlo...”

“Me imaginaba a Isabel Sarli, mostrando esos senos exhuberantes. Provocando a un hombre. Yo veía la escena y estaban como en una jaula. Y el hombre arrastrándose, humillándose... ya estaba como enloquecido por ella..., hasta que le gritaba que se fuera. Y ella sonriente, sobrada, mirándolo. Y nada. Entonces él agarra el revólver... ¡Y en ese momento se me produce la eyaculación) Sin maniobras

*manuales, sin tener que apretar las piernas ni nada. Y no sé cómo terminaba. Si sería que él se mataba o...”**

La analista capta cómo el paciente va desplegando la escena en forma esencialmente plástica y cómo el afecto no parece corresponder a su decir. Al principio entrecortado, se fue afirmando.

Si bien se refirió a su “vergüenza”, algo del orden de la impostura y de la jactancia se desliza en las palabras. Consideramos que, Fabio, se manifiesta en forma ambigua, engañosa. El hombre de la jaula tiene en su mano un revólver-pene. ¿Va a penetrar sádicamente a la mujer? O, ¿frente al empuje pulsional, quedará en posición pasiva y masoquista? Fabio encuentra una solución”. La excitación, el deseo enloquecedor queda inmovilizado, aislado: todo queda en suspenso. Y el tercero-espectador voyeurista se vanagloria de su placer. Y la burla: ¡Ni ha tenido que tocarse! ¡Ni ha cometido la prohibición del onanismo! “Sin tener que apretar las piernas ni nada”, ¿es una alusión a su identificación con el modo de satisfacción autoerótico en la mujer?

Muy de tanto en tanto, va a ir recordando sueños diurnos de la pubertad y de la adolescencia, acompañados de gran excitación masturbatoria, intercalados con fantasías conscientes actuales. Señala-

* Para J. Mc. Dougall, las soluciones neosexuales aparecen en momentos de extrema tensión. Entre ellas, se refiere a la recurrencia a sueños diurnos para desviar la atención mental de vivencias emocionales dolorosas y conflictivas.

“Con un repentino drama, semejante a un sueño logra la dispersión de la tensión mediante alguna forma de descarga psíquica u orgásmica. Estos elementos inconexos se mantendrán ligados en lo sucesivo.” (18. pág. 245)

lemos algunas variantes.

El hombre autoridad: un “magistrado”, un “cura”, un “juez”, o multiplicación: “enmascarados del Klu-Klux-Klan”. La mujer: “todopoderosa”, “provocadora” o de lo contrario “débil mental”, “la sirvienta”, “víctima”.

El padre autoridad o castrado y masoquista: la madre fálica o denigrada. Los roles pueden ser intercambiables. El argumento-acción es el elemento más fijo, reiterado: siempre hay uno que tortura al otro. o le humilla, o lo enloquece, o amenaza y flagela.

Y un objeto que tiene su lugar revólver, látigo, etc. elemento con el que se realiza la acción.

*Fabio: “Me gustaría ser la mujer, domar y torturar...
Aunque... me asquea... un poco”*

Vergüenza, asco... pero nuestra escucha analítica capta también el “aunque”... “un poco”... ¿Por cuál “dolor en la cabeza” vino al análisis? Sabe de todo esto, pero... Pensamos que la *escisión del Yo* y la *renegación* nos muestran dos corrientes paralelas de pensamiento coexistiendo. ¿Qué sucede con el dolor, con la *angustia de castración*, con el sentimiento de impotencia? Incluyamos ahora el tercer personaje: el espectador que mira la jaula y llega al orgasmo. ¿Se trata del niño excluido del Edipo? Encontramos un consenso en las distintas teorías: la angustia de castración es central en estas organizaciones y no falta nunca. “La perversión aparece como una

secuela del sepultamiento del complejo de Edipo”, y Freud destaca la importancia de la ligazón a la madre pre-edípica en sus trabajos sobre la sexualidad femenina, manteniendo el valor referencial de la castración fálica y esto por el colosal investimento del pene”.

Aquí queda planteado un problema: “si los factores esenciales en la génesis de las perversiones son la angustia de castración fálica y la prohibición edípica”. (1)

Diferentes escuelas de pensamiento consideran que sus raíces deben buscarse en un nivel más primario. Ambos niveles: edípico y preedípico nos parecen fundamentales para explorar, así como la problemática de la identidad y las identificaciones arcaicas.

Freud descubrió la renegación en el fetichismo (11), y luego de las perversiones pasó a la psicosis y neurosis (12). Lo había planteado ya como defensa en el desarrollo de la vida psíquica infantil (historial de Juanito, por ejemplo). T. Bedó manifiesta la extensión que llega a tener este mecanismo y señala cómo en ciertas condiciones de la vida del ser humano en convivencia social, el recurso a la renegación puede permitirnos transitar por un mundo hostil, en el que sobrevivimos, posibilitando de este modo la conservación de la capacidad de goce (4, pág. 4).

Volviendo a la situación analítica, la extensión y sentidos del concepto de renegación va a depender también de diferentes desarrollos conceptuales teóricos.

Nos interesa destacar que Bela Grumberger (14) plantea que la

renegación no sólo es un mecanismo universal que gobierna la vida psíquica, sino que la propia situación de análisis se sostiene en este mecanismo. El analizando tiene una convicción simultánea, en dos planos diferentes, pero esto es justamente de lo que se trata: cree que su terapeuta es el Dr. Tal... pero... aún así... “es su madre” o “su padre”: según el momento. Diríamos que es la renegación en la transferencia.

Volvamos al material clínico

El tercero, se nos presenta en nuestro caso como poseedor de la llave de la jaula, creador de un guión estereotipado. El ejerce su omnipotencia narcisística sobre sus criaturas -a quienes moviliza con un placer especial. Desde este vértice apunta al placer de la transgresión de todas las prohibiciones, del incesto y del parricidio.

Un recuerdo infantil en relación a la madre, de la época en que tenía 4 a 5 años.

“Encontré una carta que me mandó, me extrañó tanto... Muy cariñosa. Que mantuviera el secretito de los dos: tú eres el único para mí.”

‘Tu mamita’

Un día, imprevistamente, le retiró su interés. Fabio se despeñó, “*quedó colgado*”.

Como lo describe Masud Khan, aquel niño que se creía especial, de pronto registró una situación traumática que quedó en él inscripta como pánico, como amenaza de aniquilación.

Para sobrevivir, deberá planificar todo a partir de su cabeza «con un encarnizamiento y al servicio de una sexualidad programada». ‘Las fantasías, banales y repetitivas, son un intento de *personalización* a través de una maquinaria muy elaborada de experiencias sexuales.’ (Destacados nuestros) (15)

Niño que fue la “thing-creation” de su madre, que todo le festejaba risueñamente, en obvio vínculo erotizado y dual. Masud Khan llama “idolización” a este mecanismo, creación de un ídolo-cosa”, que un día la madre deja caer. La madre del perverso ha concitado el interés de muchos autores de distintas orientaciones teóricas. Citemos: “la madre de dos caras”, (Clavreul) (5) “la madre demoníaca”. (Socarides),”la madre dulce y bella, femenina”, cuyo “exhibicionismo escinde de sí y proyecta en otro” (Luisa de Urtubey) (9). Trabajo que reviste gran interés, el análisis de la madre del perverso.

En esta pseudo triangulación aparece el padre como tercero que pretende instaurar la prohibición incestuosa, pero y aquí está la impostura, la doble cara de la madre alude a una aparente aceptación aunque en el trasfondo es ella la que instaura la ley de modo que madre y niño están atrapados en la relación dual. De esta manera el padre es presencia lejana pero voyeurista y cómplice de la situación.

¿Y de su padre, qué nos transmite?

El “inaccesible”, el “erudito de las palabras”, el “intelectual de los altos valores estéticos”, siempre en su sitio. Es la figura en que Fabio proyectó su omnipotencia narcisista.

Luego nos va a comunicar un recuerdo infantil

Un día que mi padre leía, le quemé la mano con un cigarrillo encendido, logré así que me mirara. Preferible ser odiado, castigado, pero no ser ignorado. Sí, yo nací para mi padre cuando fui estrella.” (se refiere a un acontecimiento que le significó un logro muy destacado a los 18 años).

La analista siente que participa en el drama: el tercero tiene otra cara: debajo de la máscara de su poder omnipotente está el «no ser», el “inexistente”, el que “quedó colgado”.

Stoller, (22) plantea que una situación traumática grave ha debido ocurrir en la infancia, para que se constituya un vínculo des-humanizado, donde el otro es una cosa inanimada. Volveremos a retomar este punto.

En el curso del segundo año de análisis nos encontramos con lo que Fabio llamó “el amor con ropa”. Ella con su prenda interior, tapándose los genitales.

La pareja se había propuesto tener relaciones sexuales. El la excita y cuando ella está... deseando, él tiene el orgasmo y ella “queda colgada”.

“Lo que me llama la atención es cuánto me hace gozar

hacerle esto a ella. Quiero hacerle lo que se me da la gana. Ahora lo veo claramente con el amor con ropa, ayer. Si la oigo quejarse, más me excita. A lo mejor puede ser que haciéndole doler me doy cuenta que me siente, que me ve, que estoy ahí.

“Cuando yo la conocí a mi mujer era una tragedia: no podíamos salir con ella por la calle porque todos los hombres se metían. Despampanante. Camina como una princesa. Mi mujer está elegida con intención y alevosía. Usada para conservar una imagen para los demás.” “Pero la expresión de vitalidad ha cambiado.”

Revólver, látigo, “fantasía básica”, prenda de ropa interior, siempre hay una cosa *entre* la pareja: el fetiche. Acerca del ‘amor’ que une estas parejas, tantas veces inesperadamente estables, este ‘alegato amoroso’ está basado en un malentendido. Clavreul lo llama contrato secreto de la perversión. (5)

Tiempo después en el análisis, Fabio nos va a decir:

“Mi madre es una de las personas que más ha demostrado mi vulnerabilidad, la que ha logrado ponerme con mayor frecuencia... hacerme poner violento..., loco...”

“Si está presente quiero herirla, dominarla. La patada a la puerta no alcanza para descargarme ni la décima parte. Ella

hace las cosas a su manera, no escucha nada de nadie. A mí no me quiere para nada. Quiere a otro que ella se imagina que soy yo, se quedó con ese otro, no hay manera de quitárselo. Si alguien le preguntara cómo es el hijo de ella, describiría un personaje completamente diferente a mí, que es una creación de su imaginación. Como si no tuviera madre yo. Es como si a mí no me viera. Mi madre me vio como quería que yo fuera, no el de la realidad...”

Ferenczi considera la influencia que las *pasiones de los adultos* tienen *sobre el desarrollo y el carácter del niño*. Se refiere a las seducciones incestuosas, reales y externas (10).

En situaciones que provocan temor en el niño, éste se exige adivinar el deseo del adulto. Como forma de prever la violencia, se somete identificándose por completo con el agresor... Ferenczi plantea las deformaciones o detenciones del desarrollo psicosexual o la adquisición de formas perversas (pág. 145).

Plantea la confusión, las escisiones que tienen lugar en el psiquismo infantil, cuando el lenguaje de las pasiones es excesivo, tan perjudicial como la privación.

“Los analistas deberíamos aprender a reconocer en el *amor de transferencia*, la sumisión... un deseo nostálgico de liberarse de ese amor opresivo. (Destacado nuestro) (pág. 146)

Y respecto al miedo a la locura: “ante los adultos exaltados, locos en cierto modo, el niño se transforma en psiquiatra, para protegerse

del peligro que representan los adultos sin control”, técnicas a las que el niño se ve obligado a recurrir. Nos recuerda el trabajo de H. Searles: “El esfuerzo por enloquecer al otro”.* (20)

II. 2. Transferencia perversa

Quisiéramos ahora intentar reflexionar sobre algunos aspectos de la *transferencia perversa* en este fragmento del análisis, para luego intentar dar cuenta de las características que nos parecen más destacadas en la relación transferencial con este tipo de pacientes.

¿Qué nos dice en su presentación? Decíamos al comienzo, de su buena apariencia, su aceptación al *pie de la letra* de todas las condiciones del contrato en lo relativo a horarios, honorarios, vacaciones.

Recordemos que también en el entorno social Fabio y su pareja se exhiben para dar “una imagen para los demás”. Entonces, ¿qué esconde bajo esta fachada? Tal vez estará repitiendo sin saberlo aquello que con dolor relatara tiempo después, en relación a la madre, que lo vio diferente al que verdaderamente es. Si él es otro del que se muestra, no es más que un creador de ilusiones para los otros. La pareja perfecta, el “caballero y la princesa” para el entorno, y el “buen paciente” para el analista, pero sobre todo para él mismo que queda

* H. Searles: *Nouv. Rev de Psych* N° 12. 1975

entrampado en este juego ilusorio, engañoso, impostura al fin, para sobrellevar así el tremendo vacío que lo embarga.

Si tomamos como punto de reflexión “la fantasía básica”, iremos viendo que así como sus personajes son manipulados como marionetas. en el escenario analítico el analista queda ubicado en estos mismos lugares que tan pronto puede ser la mujer enloquecedora, la mujer débil mental, el hombre castrado y humillado, el niño omnipotente con la llave de la jaula, y su contracara el niño inexistente.

Estos lugares reiterados en diferentes versiones aunque con una *fijeza* peculiar obviamente producen contratransferencialmente un profundo malestar que hacen sentir la futilidad, inoperancia, vacío de análisis. ¿Cuántas veces queda el analista enjaulado’, encerrado en un circuito que se repite sin cesar?

Piera C. Aulagnier (3), al referirse al contrato que establece la pareja sadomasoquista, habla de un extraño y dramático juego entre ambos, que pone en acto repetidamente una escena fantaseada relacionada a la castración.

“Para ambos participantes se trata de comprometerse mutuamente y de la manera más rigurosa a respetar y aplicar ciegamente una serie de reglas que de manera inmutable definirán su actuar erótico”.

Es un juego extraño en que el horror, por la renegación va a ser transformado en goce y en que los participantes intercambian sus roles.

En relación a esto dice: “Precisamente, el lado más típico del fantasma, tal como Sade lo describe, es ese movimiento circular

donde flagelador y flagelado cambian a su turno de papel en una suerte de circuito cerrado infinito.”

También los mecanismos propios de esta patología -escisión del Yo, renegación- y la fuerza con que resurgen cada vez darán una tonalidad específica a la relación transferencial. Así Fabio es el caballero, como de pronto es la mujer que doma y tortura a la analista y goza con voluptuosidad al dejarla atrapada, anulada en su capacidad de pensar, donde no es fácil rescatarse y salir de estos lugares. Será sólo a través del desenmascaramiento de estos procesos, a través de la interpretación, que el analista puede reubicarse mostrando la ilusión fálica del analizando y sus prácticas de inmovilización y control.

Cuando entre analista y analizando reconozcan los movimientos transferenciales quedará develado cuáles personajes pertenecientes a la mitología personal del paciente estarían encarnados en el analista, e inevitablemente se encontrarán referencia a terrores de la infancia, siempre vinculados al no ser para el otro.

Fetichismo

Desde la época de Freud, el fetichismo concitó el interés de muchos autores como modelo paradigmático de la perversión. El fetichismo en sí, desde tener el sentido de sustituto del pene de la madre fálica, luego el pene de la madre anal, pasó por diversas vicisitudes según las diferentes concepciones psicoanalíticas. Nosotros queremos

centrarnos en la situación analítica a fin de estudiar qué fenómenos transferenciales encontramos que están vinculados con el fetichismo. Se dan muchos puntos en común en perspectivas teóricas diferentes, entre las cuales seleccionamos algunas.

Vamos a retomar nuestro comentario acerca del drama de “no ser”, el inexistente”, que habíamos relacionado con la concepción de Stoller sobre la des-humanización, donde se borra la diferencia entre lo animado y lo inanimado. Podemos considerar, entonces, que se trataría de la *transferencia de un vínculo deshumanizado*. (22) Esta cosificación puede encontrarse en varios lugares, según el caso: en el paciente o en el analista. En el primer caso, cosificarse es un modo de presentificar situaciones traumáticas tempranas, y es una defensa extrema para preservarse, dice Stoller, de aterradoras vivencias de vacío, de intolerable vulnerabilidad. Cuando se transfiere al analista, es éste el que queda des-humanizado. Stoller plantearía que al inutilizar al analista, el *trauma de la infancia se ha convertido en triunfo*, busca vencerlo y a través de él a los atacantes de tiempos pasados, lo que muestra que el dolor y la frustración continúan, que esto se lleva dentro y es una fuerza amenazante potencial.

Smirnoff(2 1, pág. 62), hace referencias muy interesantes al discurso del paciente que se cosifica, ‘habla para no decir nada’, haciendo una *utilización fetichista de la transferencia*.. Lo podemos reconocer en muchos momentos del material clínico que veníamos viendo.

Nos interesó el trabajo de Luisa de Urtubey (7): por tratarse de un

paciente fetichista, en el cual muestra los movimientos transferenciales-contratransferenciales en diferentes períodos del análisis.

Alude allí a las diversas formas de “autismo transferencial”, refiriéndose a los momentos en que el paciente aparece cosificado. En otros momentos se transfiere al analista la cosificación.

Posteriormente en otro trabajo (8) la autora desarrolló más el tema del fetichismo y señaló como lo había hecho Smirnoff, el fetiche en la transferencia.

Sélika A. de Mendilaharsu (2) trabajó a su vez sobre el fetiche en la transferencia y los variados tópicos con los que está vinculado. En el espacio analítico un subterfugio permite al perverso evadirse de ser deseante. Otra *cosa* ha venido a ocupar ese lugar: las palabras fetichizadas del analizando. Es decir, el material (clínico) es desde ese momento *materia inanimada*, separada del cuerpo, “analizable” sin riesgos. (Destacados nuestros)

“Se ha constituido en el objeto que se coloca delante de la angustia misma, que por esta razón queda ignorada por el sujeto...” (pág. 25)... “Se hablará de sexualidad y mucha, pero siempre a través de ese velo, cortina o pantalla”.

La autora señala que “material” proviene etimológicamente de “materia”.

Destacaríamos, materia también en su referencia a la organización sádico-anal, materia fecal y los placeres coprófilos y escópicos, del control de la retención y la expulsión, con su consiguiente idealización.

El decir del paciente está investido narcisísticamente, “investido el lenguaje de los analistas”. Esto tiene relación directa con lo que nosotros vamos a plantear como ‘transferencia imitativa’.

Nos señala formas engañosas, idealizadas que pueden entrapar el vínculo analítico. “El conocer se inviste de placer y de erotismo, lo que impide en el fondo, conocerse”. (2, pág. 28) En algunos casos, puede haber cierta introducción del sujeto, en otros, se constituyen en situaciones de ‘impasse’, que pueden ser Insuperables.

J. McDougall emite opiniones similares al describir la *transferencia narcisista*, (18) así como también al señalar ciertos mecanismos utilizados por los “pacientes desafectivizados”.

Considera que, “los objetos significativos de la estructura libidinal arcaica, están desperdigados a lo largo de la vida *ya lo largo del discurso analítico*. Estos objetos están fragmentados, condensados o desvitalizados y a menudo se hallan sepultados en objetos inanimados.” Se trataría de una falla de la función materna que: ‘no ha podido incluir el deseo de movilizar en su bebé la voluntad de vivir, protegiéndolo del peligro de retornar a la inercia marásmica.’” (Destacado nuestro) (18) (pág. 215)

Acerca de la contratransferencia detecta en ella ‘confusión, irritación, angustia o aburrimiento, a veces en forma punzante. Así siente los mensajes contradictorios que corresponden al ‘dolor y sufrimiento olvidados por el niño pequeño, que tuvo que aprender a mantener su vitalidad interna inerte para poder sobrevivir’.

Vemos que desde distintas perspectivas teóricas, este mecanismo de la cosificación si bien tiene matices propios para cada una, permanece muy jerarquizado. Le evita al individuo las dificultades de las relaciones humanas, los peligros de la intimidad y continuidad. De todos modos la cosificación se restringe a un sector de la vida. Nosotros la hemos estado viendo en el vínculo analítico.

Aquí hay que diferenciar la cosificación masiva que hace el esquizofrénico, defensa aún más regresiva, de la que habla Luisa de Urtubey citando a Héctor Garbarino (8. pág. 421). Ya que en el perverso es parcial, éste puede mantener un funcionamiento en la realidad socio-cultural y tener sus concepciones morales, religiosas, Ideológicas, etc. En consecuencia el Super Yo, también tiene que estar escindido. Nos pareció una explicación válida la de los clivajes horizontales y a su vez el clivaje vertical del Super Yo. (8) *

A partir de la renegación de la diferencia de los sexos, queremos destacar la renegación de la diferencia de las generaciones, según lo señala Chasseguet-Smirgel (6). Se desmiente la precedencia de las generaciones de los padres, lo cual anula toda posibilidad de unión sexual entre ellos. El impotente niega todo goce sexual a sus padres, a ellos les sucede lo que le pasa a él mismo.

Fabio: "No puede ser que hayan tenido relaciones sexuales mis padres. Me hace saltar en pedazos. No podía ser... como los

* Entendemos que se trata del modelo de estratos en que los clivajes horizontales se representan coexistiendo aspectos primitivos Junto a otros evolucionados. A su vez tanto el yo como el Superyo están escindidos verticalmente. Una parte del Superyo está estructurado de modo tal que reconoce normas, leyes, incluso se rebela contra las contravenciones: pero coexiste con un Superyo que a su vez goza con la transgresión de la ley.

*veía en casa. Si hubieran hecho el amor alguna vez... Por algo tenían camas separadas. Mi padre tocaba el timbre desde la cama, de mañana, y mi madre venía corriendo. Todo ese protocolo.” “La sirvienta de su hotel particular”.
‘No se puede Imaginar que de eso, nací yo’.*

Los roles que distingue: uno es ‘el amo de la casa’, la otra es “la sirvienta”.

La autora señala: “borrar las diferencias convierte todo en una masa indiferenciada, fecalizada...” ‘Si el principio paterno ha desaparecido del mundo, el antes y después y la historia misma, desaparecen al mismo tiempo, en un pensamiento lineal y a-histórico’. (6)

Pensamos que en el vínculo transferencial, son las rupturas de la asimetría entre los participantes de la situación analítica. No reconoce que quien está en función de analista, implica que se ha analizado o que ha estado previamente en lugar de analizando.

Imitativa

Algunos momentos transferenciales nos recuerdan a la “transferencia imitativa”, descrita por E. Gaddini. (13)

Se trata de “imitación” y no de identificaciones estructurantes. En el lugar de éstas, aparecen mecanismos más arcaicos —en que ‘Imita’ gestos. Inflexiones vocales o llega a mimetizarse masivamente con el objeto: piensan, se expresan igual. De pronto ¡es el propio analista,

interpretando!

El peligro puede ser el deleite y el narcisismo compartido, una forma de encantamiento mutuo. La transferencia imitativa, Gaddini la considera como defensa limite, ya que no se produce trabajo elaborativo.

A su vez, es insidiosa porque puede presentar aspectos convincentes aparentando tener el aspecto de una transferencia positiva. Por un mecanismo mágico se convierte en el objeto en sí. Cuando la contratransferencia es detectada y se llega a un reconocimiento de la situación, el analizado, se va a ver obligado a enfrentar la dependencia real, pero para ello tienen que pasar por la pérdida de la omnipotencia narcisística y fascinación mutuas.

Erotizada

Con pacientes que por su narcisismo fascinan y encuentran fascinante a su analista, se puede instalar como modalidad, una transferencia y contratransferencia mutua erotizada que contiene un núcleo de perversión.

Este entendimiento amoroso puede disfrazar y encubrir fantasías agresivas y toda expresión de odio.

Cuando el analista no cae en la fascinación, puede, entonces, tomar a su cargo la hostilidad e impaciencia para disolverla.

III.- Contratransferencia

Entre múltiples líneas teóricas que tratan el tema encontramos variadas posturas, desde quienes la desconocen y le quitan toda relevancia, hasta los que la consideran parte del método y herramienta eficaz.

Nosotros nos colocamos del lado de esta última, entendiéndola en sentido amplio como el conjunto de emociones y vivencias que se suscitan en el analista en la interrelación con el paciente. Nuestro Yo observador al detectarlas las integra en el trabajo mental.

Así, cuando siguiendo a Fabio, llegamos con él gradualmente, a través de muchos indicios al momento del insight, escuchamos, de pronto:

P: “¡Qué excelente explicación!” “lo había leído, pero vivirlo así... ¡nunca!”

¿Qué Impacto produce en el analista? Podríamos describirlo como una fractura, que muchas veces nos sume en el desconcierto.

Teóricamente, esta fragilidad del insight la adjudicamos a una brusca escisión del Yo. Estos mecanismos en la organización perversa se caracterizan por su fijeza y reinstauración compulsiva, lo cual da una coloración específica a la alteración del Yo, con características propias. Para Pontalis (19) la contratransferencia, es aquel momento

(en el analista) en que es touché au mort”^{*}, en que él queda petrificado por el impacto del modo de ser del analizando y que suele estar acompañado de intensas sensaciones corporales. Esto nos ha sido útil para pensarlo en relación a los pacientes sobre los que estamos reflexionando.

Tomemos un ejemplo. Analizando y analista están trabajando un sueño. A través de las asociaciones van viendo cómo se desarrolla la fantasía del paciente de ser seducido, y de ahí a la fantasía de fusión interpretada como quedar engolfados, uno dentro del otro. Llegados a esta terrorífica fantasía:

Fabio: “¡Al final de la sesión, justo llega el punto más atractivo! ¡Y que aquí se interrumpa...! ¡Me pareció tan genial lo que habíamos visto en la charla!

Consideramos que podemos referirlo al punto muerto. Estuvimos reflexionando sobre casos en los que el análisis queda en la pura repetición. En otros se llegaría a repeticiones menos mortíferas.

Queremos referirnos ahora al trabajo mental del analista y en él, al uso de la contratransferencia. En una segunda lectura del material el analista recordó un momento de bloqueo en el que detectó una

* “Estocada a muerte”

Inquietante extrañeza, que había experimentado en aquel momento.

A partir de esto, al pensar en su contratransferencia se cuestiona: ¿Se trata del efecto de contrastación entre el propio funcionamiento mental y el del analizando? ¿Se han puesto en movimiento ansiedades tan masivas, que el analista necesita su propio tiempo Interno para llegar —o no— a rescatarse? ¿Y de qué modo? Sigamos con el ejemplo.

Asoció con la inquietante extrañeza, una imagen que recién allí detectó qué había ocurrido en la sesión: una veleta girando al viento. Luego, se le asoció con una brújula, (cuya aguja oscilaba sin norte). Se le hizo claro que la imagen era una ocurrencia que remitía a la pérdida de los puntos de referencia. Las fantasías de transgresión del incesto, la fuerza del vínculo fusional aproximan a terrores innumbrables, surge el shock del analista frente a la táctica del analizando, quien los banaliza y más aún, los convierte en motivo de un goce especial.

Sin instalarse en la posición moralizadora, ni la del espectador cómplice o puro interés de Investigador, sino desde nuestro deseo de analizar, sin duda que estos pacientes nos ponen en jaque como analistas, nuestro narcisismo, nuestro masoquismo, las propias formaciones ideales. Y aún nuestros afectos ligados a personas reales y cosas que las representan, por los ataques de que son objeto.

Quisiéramos referirnos ahora a la contratransferencia suscitada, por los relatos de los analizandos respecto a sus actuaciones perversas. Masud Khan considera que en casos límites tanto en pacientes perver-

sos como en borderline tengamos en cuenta que la antedicha actuación perversa puede constituirse en ‘nuestro principal aliado clínico’, si logramos dar a la contratransferencia una ‘significación profunda, instrumento clave de percepción y de reconstrucción’, ya que podríamos acceder a “modelos completos de la historia infantil”. (16, pág. 76)

Los momentos en que, a diferencia del odio del neurótico, somos receptáculo de lo que Kohut (17, pág. 269), describe magistralmente como la “cólera narcisista” y que muchas veces encontramos que aparecen en estos pacientes, nos significa una permanente puesta a prueba de nuestra capacidad de contención y trabajo mental.

Es difícil procesar con el paciente los afectos y emociones dolorosos de todo tipo de trabajo de duelo, sea en relación a personas, formaciones ideales, instituciones. Por distintas estrategias defensivas, aparecen formas de bloqueo de sus afectos que se manifiestan claramente en la situación transferencial. Dicen al analista: “Si Ud. está, está. Y si no está... pues no está”. Ni rabia, ni dolor, pena... nada.

Lo colocan como un “inexistente”. Como lo vemos en Fabio, aquello que él sintió en su infancia, ahora lo proyecta: es el analista anónimo. Podríamos pensarlo también como identificación introyectiva, masiva, del lado del analista, que se pregunta: ¿es que no hago nada?

IV.- Experiencia creativa en el vínculo transferencial

Retomamos la referencia de Fabio a su “vulnerabilidad”, ya que pensamos representa uno de los momentos importantes del proceso analítico. De aquel peculiar “dolor de cabeza” del comienzo del análisis, ahora nos comunica el terror a quedar expuesto, el miedo a enloquecer, riesgo de hemorragia de dolor psíquico. Fracaso de las defensas narcisistas omnipotentes, a veces hasta megalomaniacas. Por momentos, temores hipocondríacos, otras veces somatizaciones. Ahora se refiere al “dolor en el pecho, taquicardia, el dolor en el corazón”. Cuando ambos percibimos que se ha ido construyendo una historia a la que se le encuentra sentido, con momentos de insight, con respuestas emocionales compartidas, en el analista se crea la expectativa de trabajo analítico pero el insight se desvanece rápidamente.

Aún cuando, por la compulsión a la repetición se reinstauran defensas que parecen haber borrado todo, pensamos que Importa mantener la continuidad y ser presencia con quien se puede contar, hasta un próximo movimiento hacia el “Insight”. En la relación transferencial, puede de esta forma Ir creándose algo vivo. Aquel “no ser”, puede ahora vivir una experiencia de ser comprendido, reconocido, narcisizado. Pero... sorpresivamente aparece la escisión.

Cuando en el proceso analítico llenen lugar ansiedades atormentadoras en un espacio que aporta tiempo, continuidad, puede construirse

una “experiencia original” (24), Diríamos con Winnicott que desde esa presentificación surge la posibilidad de remitirlo al pasado, no ya como desmoronamiento que está por acontecer, sino como ya acontecido.

En el vínculo analítico, la tarea del analista no es ser la madre, sino sensibilizamos para asumir ciertas funciones maternas.

En el trabajo con pacientes con perturbaciones graves, Winnicott(24) se planteó en qué medida necesitan repetir una aproximación a vivencias de vacío, que no saben que han pasado, pero que implican agonías impensables”. En el vínculo con el analista, esa “no existencia” tiene un elemento positivo, ya que desde ella surge un movimiento hacia la experiencia del existir (“first being”). Masud Khan (te), desarrollando esta concepción, considera que en las patologías que son nuestro objeto de reflexión, la función materna no actuó como barrera protectora antiestímulo frente a situaciones invasoras para el infans. Se constituyen así los “traumas acumulativos”, que por acumulación y con un sentido retrospectivo, llevan a perturbaciones patógenas del vínculo madre-niño.

Consideramos que el modelo económico utilizado por Freud al referirse a una barrera protectora en el aparato psíquico frente a las irrupciones masivas de excitaciones, pasa en esta concepción de Masud Khan a un modelo relacional en que es la función materna la que actuaría como tal barrera, es decir dirigida desde su lugar hacia el organismo en ciernes del infans.

El trabajo mental y el uso de la contratransferencia posibilitaría

convertirnos en barrera protectora, de modo tal que en momentos de intensa regresión se cree una experiencia en que el Yo se permita desestructurarse, ser vulnerable y aún así reestructurarse según la modalidad que le sea propia.

Ello puede dar lugar a un enriquecimiento de su parte neurótica. Entonces podemos detectar la disminución de la omnipotencia megalomaniaca y la apertura de una vía de acceso a cierto grado de trabajo de duelo por el yo narcisista; por lo cual se dan frecuentemente depresiones narcisistas.

El acentuado egoísmo que presentaban pasa a una disminución relativa y de una escasa necesidad del objeto, pueden llegar a un reconocimiento aunque sólo parcial como control de la proximidad de la temible dependencia afectiva. Cuando se da, hay reacciones .que parecen desproporcionadas por su intensidad, el analista volverá a quedar a prueba, convertido en objeto anal bajo el control del paciente. En estos casos en que el analista encarna aquello que el paciente le transfiere, la contratransferencia negativa puede empujarlo a tomar retaliación. Allí ya no se trata del uso de dicha contratransferencia, sino una contra-actuación. Para el analista, es imprescindible auto-analizar suficientemente las raíces de su propio narcisismo, el reconocimiento doloroso de los límites propios y también de la técnica en si misma.

Resumen

Se exploran las modalidades transferenciales en pacientes con organización perversa, definida como una constelación dinámica y móvil de elementos, muy característica y constante. Se intenta diferenciarla de múltiples formas de comportamiento sexual desviante que aparecen en patologías neuróticas, borderline, psicóticas y narcisistas, buscando las peculiaridades transferenciales y contratransferenciales.

Para ello se utiliza un material clínico en el que se parte de una fantasía consciente cuyo argumento es constante y donde los roles se intercambian. Alguien tortura, humilla, enloquece a otra persona; hay un objeto con el que se realiza la acción y que tiene características de un fetiche; y hay también un tercero, espectador, autor del guión. Esto configura a la pareja perversa basada en un malentendido.

En un segundo nivel de conceptualización se trabajan las angustias y mecanismos predominantes en estos pacientes. Se destacan las distintas modalidades transferenciales: perversa, imitativa, erotizada y fetiche; las vicisitudes de la contratransferencia y su uso junto al trabajo mental del analista para evitar que el análisis quede en la pura repetición. Eso posibilita la experiencia creativa.

Summary

This paper explores the transferential character in patients with a

perverse organization defined as a dynamic and mobile constellation of elements, very typical and constant. An attempt is made to differentiate it from multiple sexual behaviour deflection patterns which appear in neurotic, borderline, psychotic and narcissistic pathologies, exploring the transferential and counter-transferential peculiarities.

With this Idea in mind, the clinical material used starts from a conscious fantasy with an immutable argument where roles interchange. Someone tortures, humiliates and drives someone else insane; there is a fetich-like object with which the action is performed and an spectator who is the script's author. This brings us to a perverse couple based on a misunderstanding.

In a second level of conceptualization, the anguishes and predominant mechanisms of these patients are worked with. The different transferential modes are highlighted: Perverse, imitative, erotic and fetichist; the vicissitude of the counter-transference and its use along with the mental work of the analyst to prevent the analysis to fall in a mere repetition. The latter makes the creative experience possible.

Referencias bibliográficas

1. A. de Mendilaharsu, S., Frioni de Ortega, M.; Volinski de Hoffnung. P. y col.: "La perversión". Rev. Urug. de Psicoanálisis N° 63.
2. A. de Mendilaharsu, S.: "El fetiche en la transferencia", Rev.

- Urug. de Psicoanálisis, N° 60, 1980.
3. Aulagnier, P.: “La perversión como estructura”, en “La perversión”. Ed. Trieb. 1978.
 4. Bedó, T.: “Acerca de las estructuras perversas”, Rev. Temas N° 8.
 5. Chasseguet-Smirgel, J.: “Creativity and Perversion”, 1985, Free Association Books, Great Britain by R. Hartnoll.
 6. Clavreul, J.: “La pareja perversa”, en -El deseo y la Perversión”, Ed. Sudamericana.
 7. De Urtubey, L.: “Hermetismo y apertura en el análisis de un perverso”, Rev. Urug. de Psicoanálisis, T. X., N° 1 y 2, 1968.
 8. De Urtubey, L.: “El fetichismo como “solución” al Edipo temprano”, Rev. Urug. de Psicoanálisis, T. XIII, N° 4, 197 1-72.
 9. De Urtubey, L.: “Mon fils est un pervers, dit elle”. Congrès Psych. Franc. Montreal, 1982.
 10. Ferenczi, S.: “Confusión de lengua entre los adultos y el niño”, T. IV, O. C., Ed. Espasa Calpe.
 11. Freud, S.: “Fetichismo” (1927), T. XXI, A. E.
 12. Freud, S.: “La escisión del Yo en el proceso defensivo” (1938), T. XXIII, A. E.
 13. Gaddini, E.: “Changes in psychoanalytic patients up to the present day”, Monografía N° 4, 1. P. A., 1984.
 14. Grumberger, B: “Essay sur le fetichisme” (1975). Rev. Franc. de Psych. T. XI, 1976, P. U. F.
 15. Khan, M.: “Entre l’idol et l’ideal”, Nouv. Rev. de Psych. N° 13, 1976.

16. Khtan, M.: “Traumas acumulativos”, en “La intimidad del sí mismo”, Ed. Saltés.
17. Kohut, H.: “Análisis del self”, Ed. Amorrortu, 1971.
18. Mc. Dougall, J.: “Teatros de la mente”. Tecnipublicaciones, Madrid.
19. Pontalis J. B.: A partir du contre-transfert: le mort et le vie entrelacé”. Nouv. Rev. de Psych. N° 12. 1975.
20. Searles H.: “L’effort por rendre l’autre fou.” Nouv. Rev. de Psych. N° 12, 1975.
21. Smlrnoff, V.: “La transaction fetichique”. Nouv. Rev. de Psych. N° 2. 1970.
22. Stoller, R.: “L’Excitation sexuelle et les secrets”. Nouv. Rev. de Psych., N° 14. 1976.
23. Vollnski de Hoffnung, P.: “La perversión de un impotente”. Inédito. Presentado en A. P. U.1977.
24. Winnicott, D.: “La crainte de l’effondrement”. Nouv. Rev. de Psychli. N° 1. 1975

EL PSICOANALISIS EN EL MUNDO

El Psicoanálisis en Hungría

En un reciente viaje a los países socialistas he tenido la oportunidad, para mí invaluable, de tomar contacto con la Asociación Psicoanalítica Húngara (Provisional). El hecho de mi conocimiento del idioma húngaro me ha facilitado visitar a su presidenta Ph. D. Livia Nemes, quien nos recibió, a mi señora y a mí, muy gentilmente en su domicilio, poniéndome al tanto personalmente de la historia de la “Ideiglenes Magyar Pszichoanalitikus Társaság” como de su situación y condiciones actuales de existencia y desarrollo. Siento como deber el informar a los colegas uruguayos y latinoamericanos, y relatarles esta experiencia, ya que como es sabido, se trata de la única Asociación que existe en el área socialista que figura en el Roster 1988 de la I. P. A. (pág. 137).

Mi visita a la señora Livia Nemes fue fortuita. Surgió cuando paseando por la calle Vaci, una elegante peatonal en cuyas vidrieras se encuentra lo mismo que en cualquier metrópolis de Europa Occidental, encontré en una bien surtida librería un libro en la sección Psicología cuyo título es “Psichoanalizis, Freudizmus, Freudomarxismus” de un autor, para mi desconocido, Erös Ferenc, que compré de inmediato. Esto acució en mí el deseo de saber algo sobre la situación del psicoanálisis en Hungría, aunque no había

planeado hacerlo y la oportunidad se me presentó un sábado de mañana, cuando obtuve el teléfono de la Presidenta que nos citó a su domicilio, para conversar un rato, demorando así ella su salida para el week-end, como una deferencia, dado que nosotros partíamos el domingo de mañana de Budapest.

Nos recibió pues en su casa, en un punto céntrico de Pest, en un edificio en el cual, además de su vivienda y un mobiliario modesto, remanente de tiempos mejores, está su consultorio con una escueta biblioteca de textos envejecidos y la secretaria misma de la Asociación Húngara. Todo en una superficie exigua, acorde a las condiciones de vivienda en esos países. La Sra. Nemes es una dama de cierta edad, probablemente cerca de los setenta, simpática, enjuta, Vivaz en cuyo rostro es fácil reconocer las marcas del tiempo, las guerras, revoluciones y penurias que le ha tocado vivir, de todo lo cual evitamos hablar. Me pareció falta de tacto tocar esos temas. Por el escaso tiempo disponible, me Interesó más escucharla sobre su tarea profesional y las condiciones en que podían ejercer los analistas en Budapest en el presente.

Por las primeras preguntas que ella me hizo, se transparentaba el deseo de ella de Indagar si conocía yo el papel que las primeras generaciones de analistas húngaros habían desempeñado en la escuela analítica desde Ferenczi, Roheim, Balint, Radó, Lorand, y aun Melanie Klein, que fueron los años de oro de la Psic. Húngara. Sobre la situación actual el resumen sería más o menos el siguiente:

Tienen en la actualidad (Junio 88) unos 25 miembros entre

titulares y adherentes y según me dijo unos 25 candidatos en formación.

La formación consiste en seminarios de tres años de duración con una hora semanal de conferencias sobre diversos tópicos de teoría y técnica, a cargo de los titulares. La demanda de psicoanálisis no es grande ya que por años ha sido muy desprestigiado el psicoanálisis como una disciplina “no científica”, en comparación con otras técnicas psicoterápicas “más eficaces” al servicio de la comunidad, que se brinda por parte de psicólogos formados por otras escuelas de corte “más pragmático”. En general la actitud del régimen ha variado desde la prohibición, el desprestigio, hasta la actual tolerancia y “hacer la vista gorda” ante el hecho de formar parte la Soc. Húngara de “Una Sociedad Transnacional, de la cual son “filial provisoria”.

Pero “no hay que confiarse demasiado”, según dijo la Presidenta puesto que no se sabe qué ocurrirá en el futuro.

La demanda de asistencia no es propiamente para pacientes, sino más bien para personas provenientes de disciplinas humanísticas, que tienen interés en el psicoanálisis desde el punto de vista cultural, más que el de asistencial. En general son sociólogos, psicólogos, antropólogos, etc. los que buscan analizarse. Eso genera dificultades especialmente para los candidatos en formación que no consiguen pacientes para supervisar.

En cuanto a la asistencia, cuando ya hay pacientes, se topan con otras dificultades. La asistencia psicoterápica es costeadada por el

estado, que paga hasta el equivalente de un 25% del sueldo del paciente. Pero eso cubre solamente a aquellas personas que tienen cargos en empresas estatales cuyos sueldos actuales son muy bajos. Dada además la notoria crisis económica que atraviesa Hungría tras un relativo florecimiento hace unos ocho a diez años, cuando muchos se acogieron a las facilidades para empresas Independientes. Los dueños se encuentran ahora en dificultades. Cerca de un 30% vive de esas empresas en Budapest. Pocos son los que cuentan con posición económica para financiarse una terapia analítica. Por otra parte un 25% de los sueldos de los empleados estatales es demasiado exiguo como remuneración para el pago de tres sesiones semanales, máximo que algunos se pueden permitir.

La Sra. Nemes me informó igualmente que desde el punto de vista teórico se definirían como neo-kleinianos, interesados básicamente en la indagación de las relaciones de objeto del paciente y la noción de mundo interno. Pude entender que se hallan aislados del resto del mundo psicoanalítico y las líneas de pensamiento e Indagación en las distintas corrientes occidentales. Poco o casi nada saben de América Latina y sus aportes al flujo y auge del psicoanálisis actual.

No parecía optimista la señora Nemes sobre un rebrote importante, a la brevedad, en las condiciones actuales del país, aunque si existe en Hungría un gran interés por la psicología y sus aplicaciones sociales y las concepciones “psicosociales” del psicoanálisis y su aporte a la cultura y conducta humana más que método terapéutico. Pude comprobar eso en el “Institute for Manager Training and

Further Education” dependencia del Ministerio de Cultura, en cuya enseñanza participa una persona que es miembro titular de la Asoc. Húngara de Psicoanálisis. He visto escritores freudianos en la biblioteca del Instituto. La tendencia actual parece centrarse en una compatibilización en lo que ellos llaman Freudomarxismus, siguiendo básicamente a Wilhelm Reich, y a los ulteriores representantes de la llamada Escuela de Frankfurt para promover la discusión de las influencias mutuas y las críticas de Lukács György y la escuela de Vigotski

Quizá sea ilustrativo sobre la dirección del pensamiento prevalente con respecto a la compatibilización del psicoanálisis y la línea oficial, la profusa bibliografía del libro ya citado de Erös Ferenc (que no pude leer aún.), quien no es miembro de la Asoc. Húngara; el hecho de que entre unos 425 títulos que figuran en la Bibliografía, las referencias, a textos de Freud son básicamente “Psicología de las Masas y Análisis del Yo”, “Malestar en la Cultura”, “Moisés y la Religión Monoteísta”, “Reflexiones sobre la Guerra y la Muerte”, “El Porvenir de una ilusión”, “El Yo y el Ello”; mientras son citadas treinta y tres obras de W. Reich; veintiséis de Fromm. M. Klein es inexistente y por ende nadie de la corriente figura, ni nadie después de Federn. Figura Fenichel (con dos reseñas sobre W. Reich) y por supuesto Marcuse (tres obras). Nadie de la corriente de la Ego Psychology ni de la escuela Francesa, aunque si hay referencia de un texto de Avtonomovz. “Jacques Lacan pszichoanalitikal koncepcioja, Ricoeur P. (1970), “Freud and Philosophy, An essay on

Interpretation” , pero ninguna otra referencia ni cita de autores post-freudianos a partir de los años cuarenta.

Tal vez por eso es que la Presidenta no parecía ilusionada sobre el futuro del psicoanálisis en Hungría y por ende en el área socialista. Difícil por supuesto predecir el futuro y queda un largo camino para recorrer antes que el estudio, conocimiento y ejercicio de nuestra profesión pueda alcanzar el nivel que tuvo alguna vez en Hungría, en épocas de Ferenczi cuando él logró introducir en la Universidad de Budapest, precisamente durante el régimen de Kuhn Bela. “Cuando leía un trabajo era tal la cantidad de asistentes, que casi no quedaba lugar para permanecer de pie” según cuenta Sandor Lorand, alumno de Ferenczi.

Seguramente estamos lejos de esos días que la Dra. Nemes, originaria de esa cuna y formada en las duras condiciones del fascismo y los acontecimientos ulteriores, siente como los días de esplendor del psicoanálisis que no volverán. Pero la profunda tristeza con que nos despedimos me dejó una gran admiración por esa dama digna que enfrenta la gran tarea de mantener la titilante luz en un horizonte cargado de nubes de incertidumbre.

Leopoldo Müller.

La Presidenta Dra. Livia Nemes me ha entregado para su difusión en nuestra revista el siguiente artículo:

“El pasado y la situación actual del Psicoanálisis en Hungría”*

Livia Nemes**

Quisiera describir el estado actual del psicoanálisis en Hungría en vista de su desarrollo histórico.

La herencia Ferenczi

El ambiente histórico, en el cual el psicoanálisis se arraigó a principios de siglo, ha beneficiado la difusión de toda corriente nueva de pensamiento. La Hungría esencialmente independiente desde 1867 y perteneciente a la monarquía, comenzó en aquel entonces a separarse violentamente del atraso del provincialismo y de los privilegios feudales. El rápido desarrollo económico, los avances técnicos y el aburguesamiento, coinciden con un fuerte despertar de la vida espiritual en Hungría. Las ciencias sociales, la filosofía, la literatura, la música, el arte creativo y la poesía han dado a principios del siglo 20 creadores que traspasaron ampliamente las fronteras de

* El trabajo de la Presidenta de la Asociación Psicoanalítica Húngara, Sra. Dra. Phil. Livia Nemes, fue publicado en el Sigmund Freud House Bulletin. 1986/10 págs. 325-333. y como Separata.

** Rumbach S.U. 12H. 1025

Hungría. A esta efervescente vida espiritual pertenecía también Sándor Ferenczi, fundador del psicoanálisis en Hungría. Ferenczi comenzó su carrera en un momento en que empezaba a relucir el libre pensamiento la creencia del valor de la concepción de la verdad, la creencia del poder de las ideas en los cambios y en los adelantos sociales. Ferenczi vislumbró la posibilidad de desarrollar la cura del sistema nervioso a partir de los trabajos de Freud. Después que él se ligara a Freud en 1908 lo encontramos en 1909 acompañando a éste en su viaje a USA. En 1910 en el Congreso de Nürenberg, a iniciativa de Ferenczi se funda la Asociación Psicoanalítica Internacional, así como en 1913 el Grupo Local de Psicoanalistas Húngaros en Budapest.

Es en 1918, después de la guerra, que corresponde a Budapest organizar el 50 Congreso de Psicoanalistas. El mismo Freud llegó a pensar por algún tiempo que Budapest podría convertirse en el centro del movimiento psicoanalítico. Más tarde en 1919, durante la revolución húngara, los movimientos juveniles posibilitaron el nombramiento de Ferenczi como profesor de la Universidad. En la historia del Psicoanálisis era esta la primera vez que un Psicoanalista fuera nombrado profesor universitario.

Desde su relación con Freud hasta su muerte, transcurrieron 25 años. En este tiempo Ferenczi trabajó en forma vertiginosa, enriqueciendo la literatura psicoanalítica con trabajos teóricos, clínicos y técnicos. Su originalidad y su constante búsqueda de nuevos caminos de conocimiento Intranquilizaban y azuzaban a sus colegas, inclusive

a Freud, a constantes discusiones.

Su efecto y su lugar en la historia del psicoanálisis, no fue hasta hoy visto con la suficiente objetividad en la literatura psicoanalítica y es de esperar que recién en nuestros días podamos ver publicada la correspondencia Freud-Ferenczi.

De la actividad de Ferenczi sólo destacaremos los aspectos húngaros. Desde el principio consideró como su deber mantener la popularidad de Freud y la explicación del psicoanálisis en un elevado nivel dentro de los círculos médicos de Hungría. Los primeros discursos los pronunció en la Asociación Real de médicos de Budapest, pero su obra póstuma, “Pequeña crítica del Psicoanálisis” se transformó en una obra para el público que resume en forma brillante y clara el psicoanálisis. Sus publicaciones fueron editadas al principio en la revista médica “GYOGYASZAT”, pero también escribió para la revista literaria de primer rango “NYUGAT”. Hasta 1919 se editaron 5 de sus libros en idioma húngaro. En esas colecciones de artículos se encuentran hasta el día de hoy trabajos que sólo se pueden leer en húngaro. El artículo editado en 1924 en alemán: “Ensayo de una teoría genital” sólo apareció en húngaro en 1928. Ferenczi tradujo 4 obra de Freud al húngaro: “Tres Ensayos”. “Cinco conferencias” “Sobre el sueño” y “Sobre la psicoterapia” todas ediciones de 1915.

En los escritos cortos y sorprendentes de Ferenczi podemos observar aún hoy su manera de hablar con naturalidad, en forma corta pero llena de humor, con descripciones inteligentes, que presenta al enfermo en una forma inmediata y viva. No resulta difícil. Juntar con

ese estilo de alegría, su comunicación oral, así como también la atmósfera que corresponde al temperamento y al entorno social de Ferenczi, en los entonces cafés de moda donde se reunía la sociedad en la mesa de Ferenczi. Si Freud dice sobre Ferenczi que todos los analistas se volvieron sus alumnos, podrían agregar los analistas húngaros que Ferenczi recibía a todos como amigos, por el hecho de mostrar interés por el psicoanálisis.

Quizás se deba también al espíritu abierto de Ferenczi que los analistas pioneros de Hungría tengan campos de intereses muy variados.

Entre los primeros miembros se encuentran a István Hollós, psiquiatra, Lajos Lévy, internista, Sándor Radó, médico, Ignóty, escritor. Al final del décimo año se amplía el círculo. Imre Hermann también neurólogo llegó desde la psicología experimental al psicoanálisis, Géza Róheim lo hizo desde la etnología y Géza Szilágyi como poeta se transformó en psicoanalista.

La primera gran figura del análisis infantil, Melanie Klein, recibió incentivos de Ferenczi para observar a los niños, y basado en sus observaciones, Ferenczi escribe el brillante artículo sobre el totemismo infantil “Un pequeño Hahnemann”.

Juristas como Béla Felszeghy y más tarde Geza Dukes, también fueron alumnos de Ferenczi. Aumenta el número de médicos practicantes, entre los cuales los más conocidos eran József Harnik, Sándor Lóránd, Zsigmond Pfeifer. Con el fin de perfeccionarse, Ferenczi recibió ayuda de Vilma Kovács en los años 20. Ella

pertenecía a los primeros analistas que enseñaban. En ese tiempo volvieron de Berlín Mihály Bálint y Alice Bálint (hija de Vilma Kóvacs) para proseguir sus estudios superiores con Ferenczi. Mihály Bálint, el alumno más fiel de Ferenczi, comenzó sus investigaciones psicoanalíticas con estudios previos de química, medicina y filosofía. Alice Bálint utilizó para sus ensayos de análisis infantil, las investigaciones etnológicas de Róheim y las etológicas de Hermann. La apertura humana y simpatía de Ferenczi formó lazos muy estrechos de colaboradores, amigos y lazos familiares entre los psicoanalistas húngaros. Y esos lazos intensos que se Incentivaban con el continuo pensar, permanecieron ampliamente aún después de la muerte de Ferenczi, hasta la aparición del fascismo.

La situación política tuvo ingerencia en la vida psicoanalítica no sólo en tiempo del fascismo. Después de 1920 se interrumpió el empuje con que se venía desarrollando. Los cambios de la situación política en Hungría, entrelazados con la posición marginal de Ferenczi en el movimiento internacional, son demasiado complicados para entrar en sus detalles. Aunque Ferenczi estaba rodeado en Hungría por un círculo de amigos y alumnos, su campo de influencia dentro del sistema Horthy, se redujo a la vida de la Asociación.

Carreras universitarias o académicas no eran posibles en aquel tiempo para los analistas, por un lado por el conservadorismo de la vida científica, por otro lado porque los analistas .eran mayormente intelectuales judíos. Hasta el final de los años 30 sin embargo, fueron miembros muy respetados en su campo y en el campo de la cura.

Podían explicar ampliamente sus ideas y su actividad en la Asociación no fue limitada. Sus estudios fueron publicados en la revista “Gyógyászat”, revistas literarias y libros, que eran muy leídos. De las obras de Freud aparecieron varias en húngaro y la edición renovada de algunas está comenzando en nuestros días.

En diciembre de 1931 al mismo tiempo que con la policlínica de Berlín, se abrió la policlínica psicoanalítica en la calle Mészáros cuyo director fue Ferenczi durante 1 año y medio. Aquí se reunían dos veces por semana para sus reuniones científicas y los seminarios de formación. La pedagogía psicoanalítica tuvo una influencia muy grande, siendo los seminarios para pedagogos y para madres muy apreciados. En la policlínica de la calle Mészáros también colaboraron analistas Infantiles. Estos tenían contacto con Anna Freud y participaron de sus seminarios en Viena. En la calle Mészáros también Mihály Bálint comenzó sus seminarios dedicados a los médicos practicantes, un método que luego mejoró detalladamente en Londres.

En 1933, para el 60 aniversario de Ferenczi los analistas prepararon una colección de estudios, cuya aparición Ferenczi ya no tuvo el placer de ver. Los ensayos psicoanalíticos se volvieron un recordatorio. En lugar de un prefacio podemos leer la necrología de Freud sobre Ferenczi y los artículos por separado muestran un amplio campo de investigación que caracterizaba a la Escuela Psicoanalítica de Budapest. Una parte de los ensayos fue publicada en la “Revista para Psicoanálisis” y en “Imago” pero una parte grande fue mantenida

en la literatura psicoanalítica en húngaro.

La Escuela de Budapest.

Después de la muerte de Ferenczi, entre los años 1933-38, la Asociación húngara contaba con 23 miembros y 2 miembros adherentes, a los que se sumaban 10 candidatos. Hollós fue elegido presidente. Hermann fue secretario de la Asociación entre 1924-44 y a partir de 1935 fue el director de la comisión de los alumnos. La policlínica de la calle Mészáros fue dirigida un tiempo por Hollós y luego de 1935-39 por Mihály Bálint.

En 1937 se llevó a cabo en Budapest la Sesión de los Cuatro Países. Participaron en ella además de Invitados de otros países, analistas húngaros, austríacos, italianos y checoslovacos. Esta fue la última reunión internacional psicoanalítica celebrada en Hungría. El tema de la sesión fue ‘Temprano desarrollo del Yo’, ‘Amor de Objeto Primario’.

En este momento Bálint planteó dar el nombre de ‘Escuela de Budapest’, con rango científico. La revisión de los estadios tempranos del desarrollo fue ampliada por la investigación de nuevos puntos de vista y al mismo tiempo continuó con las conclusiones de Ferenczi sobre los procesos regresivos.

El tema de interés principal de la Escuela de Budapest era ‘Las fases más tempranas del desarrollo’. Así fue posible que se destacara para

los psicoanalistas húngaros la nueva concepción de la temprana relación de objeto, precedida por el narcisismo primario. La Escuela tomaba la unidad dual madre-hijo como punto de partida para el desarrollo, concepto que difería de las escuelas inglesa y vienesa. Este concepto se basa en la teoría de la fusión del. Hermann publicada en 1936. La teoría que llevó a Hermann a pensar en la importancia básica de las primeras relaciones de objeto estaría basada en la “Pulsión a la Fusión” que traería el ser filogenéticamente. Hermann comprobó la Interrelación de la “Pulsión de Fusión” con la organización de la libido y el desarrollo del Yo y por otro lado la relación de la pérdida de objeto con el complejo de castración junto al trauma de separación, el impulso de separación” que deben ser entendidos como una dualidad pulsional en Interjuego. El ha demostrado que la disolución de la dualidad surge como frustración de la Pulsión de Fusión” reforzando la agresión y abriendo el camino a la sublimación mediante un puente hacia la capacidad de amar.

Todos estos conceptos demuestran que el destino de las tempranas relaciones de objeto y el complejo de Edipo determinan el ulterior desarrollo del individuo.

Con este concepto también se identificó Mihály Balint, quien observaba la regresión como una relación dual en el desarrollo de la terapia. Alice Bálint llegó también a esta conclusión a través de observaciones de niños y bebés. Lillian Rotter y Endre Petó apoyan la idea de la dependencia existente entre madre e hijo o sea la unidad dual primaria.

Por supuesto falta el lugar para debatir la teoría de la relación de objeto de la Escuela de Budapest y de profundizar sobre las diferencias de la concepción del amor de objeto primario (Bálint) y de la unidad dual madre-hijo (Hermann) y compararla con teorías más modernas. Una parte de esa concepción se integró al pensamiento psicoanalítico mucho después de la muerte de Bálint en los años 70. La teoría de la fusión de Hermann fue publicada en húngaro en 1943 con el fin de poderla seguir discutiendo en forma más completa. A principios de los años 70 también se publicó en francés y más tarde en italiano. Su teoría se adelanta mucho a nuevas investigaciones, incluso la resume en una Publicación, como por ej. B Bowlb y Bálint. Hoffer, Spitz, Mahler, Winnicott por mencionar sólo a algunas de las hoy muy conocidas Investigaciones En un homenaje a Hermann se escribió A menudo encontramos sus pensamientos recién descubiertos en trabajos de otros sin que aparezca mencionado su nombre”

Varios han calificado de “desvío” en Ferenczi su cambio de regresar desde el triángulo edípico a la relación dual madre-niño, aunque nosotros pensamos que este “desvío” formó parte de todo el temprano desarrollo de la investigación y forma parte esencial de la teoría psicoanalítica.

No tenemos por cierto el propósito de encerrar la forma de pensar de la Escuela de Budapest en una concepción teórica. La originalidad proveniente de las tradiciones de Ferenczi y la apertura frente a nuevos descubrimientos son sus características esenciales. Queremos nombrar aquí a todos aquellos que directa o indirectamente crecieron

con estas tradiciones y las mantienen vivas.

El aislamiento.

¿Cuándo habría empezado el aislamiento de la escuela psicoanalítica húngara? ¿Con la disolución de la monarquía Austro-Húngara, con la cual Hungría al mismo tiempo se iba integrando hacia el Este? ¿O en 1920 con la discriminación de los psicoanalistas húngaros? ¿Se unió a esto además la relación conflictiva de Freud y Ferenczi, que dejaría al mismo tiempo más aislada nuestra situación en el movimiento psicoanalítico internacional? ¿O habría empezado con la muerte de Ferenczi, en el mismo año en que el fascismo alemán llegara al poder y hundiera al psicoanálisis europeo en sus bases más importantes?

El aislamiento se fue dando en forma gradual y el epílogo escrito por Freud sobre Ferenczi contribuyó a que el aislamiento fuera aún más doloroso. “Es difícil creer que nuestra ciencia pueda olvidarse de él” escribió Freud. El reconocimiento en forma negativa se puede tomar como una predicción. Durante mucho tiempo no se habló de Ferenczi y después de Jones quedó como adherido a él, el estigma de las enfermedades mentales. Sin embargo en algunas preguntas, siempre se sentía el interés por Ferenczi el cual aumentaba por la fuerte discusión producida por la enseñanza del trauma, dando así vigor a la enseñanza del trauma de Ferenczi, para eventualmente

tomarla en el futuro como negativa. Este hecho molestó muchísimo en los años del fascismo, a la vida del psicoanálisis en toda su extensión. Como es conocido, en 1933 empezó la liquidación de la Asociación Alemana de Psicoanálisis. La corriente del psicoanálisis se dirigió hacia América, luego en 1938, con la Anexión, la prohibición de la Asociación austriaca y la huida de los analistas de Austria.

La Asociación en Hungría siguió funcionando. Algunos húngaros que aún vivían en el exterior y otros analistas pudieron aún volver a Hungría. Con el comienzo de la guerra se iban cerrando cada vez más las fronteras húngaras. No pudo encontrarse la forma de salvar a los analistas húngaros, sin embargo algunos consiguieron, a través de contactos individuales, emigrar entre los años 1938 a 1940 (Robert Bak, Alice y Mihály Bálint, Edit Gyómról. Géza Róhelni) pero la mayoría debió permanecer en su país, comparativamente fueron pocas las pérdidas de los analistas austriacos y alemanes, mientras que cerca de la cuarta parte de la Asociación húngara fue víctima del fascismo, pero el resto tampoco pudo escapar a las persecuciones. A través del informe de Hermann de 1946 podemos tener conocimiento de los años del fascismo y sus víctimas. Fue también Hermann quien informó sobre la vuelta a la vida de la Asociación, aunque ningún informe fue enviado a la IPA después del año 1946.

Fue después del año 1945 que el Psicoanálisis pudo tomar un nuevo auge en nuestro país. Aparecieron nuevas traducciones de las obras de Freud, dos nuevos trabajos de Hermann fueron editados, como también los libros de psicoanálisis sobre la psicología del niño de

Alice Hermann y Lillian Rotter. Los psicoanalistas pudieron entonces ocupar cátedras importantes al reorganizarse cargos en relación a la higiene mental.

Hermann dictaba cursos sobre psicoanálisis en las facultades de Medicina y Filosofía. Multitudes se acercaban a las escuelas superiores públicas para escuchar las conferencias de psicoanalistas. Comenzó otra vez una prolífica vida institucional, fueron 23 el número de socios y socios adherentes a pesar de las pérdidas y de la emigración.

El psicoanálisis fue declarado ciencia de la burguesía, ideología de lo irracional y del fascismo, en los años 1949-50. El movimiento de Pavlov avanzó como psicología oficial e incluso llegó a tomarse como doctrina psiquiátrica.

Para luchar contra esta situación los analistas comenzaron a argumentar o al menos a demostrar que ambas, la teoría de Pavlov y la de Freud podrían existir simultáneamente (Schönberger). Pero cuando en el año 1949 fueron disueltas todas las instituciones sociales, este hecho alcanzó también a la Asociación psicoanalítica.

El verdadero aislamiento tuvo lugar después del año 1949.

La mayoría de los analistas dejaron su práctica privada y comenzaron a trabajar en campos diferentes. No sólo estuvieron aislados de los contactos del exterior, sino también entre ellos. Muchos emigraron; el matrimonio Lévy, Sári Balkányi, Endre Petó, Vera Roboz, Istvan Hollós y Endre Almásy fallecieron.

En los años 50 los tratamientos psicoanalíticos disminuyeron

mucho, aunque nunca desaparecieron. La terapia psicoanalítica nunca fue realmente prohibida, pero sólo pudieron acceder a una práctica privada, parecida a la de otros médicos, aquellos que también trabajaban en puestos públicos.

La inclusión en la atención médica estatal en los años 50 dio oportunidad en algunos casos a posibilidades muy interesantes. Lilly Hajdu p. ej. que en ese momento era directora del hospital psiquiátrico donde instruía a los jóvenes psiquiatras sobre conocimientos psicoanalíticos. Hermann aplicó en el tratamiento de los enfermos mentales sus experiencias psicológicas previas utilizando varios medios con el fin de fomentar en sus enfermos la libre asociación, de la cual estaban impedidos por sus depresiones o por sus dificultades de expresión verbal. A través de su conocimiento psicoanalítico. Alice Hermann en los años 60, pudo elaborar a nivel de la medicina oficial, los principios más importantes de la educación en jardines de infantes.

Después de 1956 la atmósfera con respecto al psicoanálisis fue algo más tranquila y en 1958 reapareció "La Psicología de la Vida Cotidiana" de Freud y se tuvo nuevamente el derecho de investigar sobre el psicoanálisis y hacer apreciaciones críticas sobre éste. Al principio de los años 60, Hermann y luego Tibor Rajka comenzaron a enseñar el psicoanálisis a algunos psiquiatras y psicólogos interesados. Hicieron seminarios teóricos y técnicos. Lillian Rotter empezó nuevamente con sus seminarios para niños. El círculo psicoanalítico se fue extendiendo en forma gradual y los nuevos

miembros son: Gy. Hidas. A. Lincényi, L. Nemes, O. Paneth, Gy. Vikár. En 1969, para su ochenta aniversario Hermann recibió una condecoración del estado y sus alumnos hicieron una sesión científica en su honor. Entre los disertantes estaba Robert Bak de Nueva York y también Mihály Bálint se había anunciado, pero ya no pudo llegar. Hasta entonces la revista médica, había publicado algunos artículos de Bálint y su famoso libro “El médico, su paciente y la enfermedad”. También aparecieron en idioma húngaro.

En los años 70, creció el interés por la psicoterapia, principalmente en el círculo de la psicología clínica. En este tiempo también aumentaron las publicaciones psicológicas. El interés por la psicología y psicoterapia creció en general y aquí también el psicoanálisis encontró un lugar importante.

Aparecieron diferentes corrientes de la psicología y de la psicoterapia, así como diferentes tomos de lectura, entre ellos también, los Ensayos de Freud, Ferenczi, Hermann, Bálint, Pfeifer.

La situación actual.

En Hungría agradecemos la continuidad del psicoanálisis a Imre Hermann que nunca dejó la práctica del psicoanálisis, que siguió con sus investigaciones teóricas, aunque para él no existía la posibilidad de publicar. Aproximadamente a partir de 1970, los analistas húngaros pudieron ponerse en contacto con sus colegas del exterior.

Así empezó, en 1968. En Brunnen se decidió que Hermann y Rajka tomaran nuevamente contacto con la IPA y pudieran anunciar el recomienzo de la enseñanza psicoanalítica en Hungría.

A. Mitscherlich en aquel entonces, director del Instituto S. Freud en Frankfurt, dio posibilidad a que la generación más joven de analistas tomara parte en los trabajos del Instituto S. Freud por un mes, y pudieran hacer una disertación en el mismo. En 1976, recién bajo la presidencia de L. Rangell, después bajo la presidencia de S. Lebovici y en conexión con su viaje a Budapest se pudo encontrar una solución para que los viejos y nuevos socios reconocidos del grupo pudieran asociarse de inmediato a la IPA.

La anexión de los analistas húngaros a la vida psicoanalítica internacional fue y es acompañada con gran simpatía e interés. Mucho agradecemos al comité consultante los esfuerzos del Comité Consejero, de J. Klauber, D. Wlldlöcher, W. Loch, H. Leupold-Löwenthal y del lado húngaro los esfuerzos de György Hidas.

En 1980 la nueva Sociedad Psiquiátrica y de Psicoterapia se aseguró un lugar más importante y el grupo de psicoanálisis tomó asimismo un lugar importante entre los grupos de trabajos psicoterapéuticos donde se trabaja con diversas corrientes. En el Congreso Internacional de 1983 en Madrid, se anunció que nuestro grupo de estudios fue reconocido por la IPA como una sociedad provisoria. Nuestro número actual de afiliados es de 25, con los candidatos serian 45.

Nuestra participación en congresos y conferencias sigue siendo

apoyada por la IPA y la EPF.

En el marco de la sociedad de psiquiatría hemos tenido la oportunidad en los últimos años de participar en el centenario del nacimiento de Ferenczi, en el 125 cumpleaños de Freud y organizar jornadas científicas y en 1983 colocamos una placa recordatoria en las paredes de la casa de Ferenczi.

En los últimos años nos han visitado muchos analistas extranjeros, éstos daban disertaciones y seminarios. En las lecturas sobre la historia de la psicología encontramos importantes elogios al pasado del psicoanálisis en Hungría.

Quisiera hacer hincapié sobre algunas preguntas que nos hacen los colegas extranjeros, una de ellas es si el seguro en Hungría paga el tratamiento psicoanalítico. Este problema es hoy una pregunta importante en la sociedad psicoanalítica europea y quizás les parezca a ustedes que esta pregunta podría solucionarse aceptando o rechazando el pago del tratamiento. Pero el problema aquí es más complicado que esto. Como en Hungría el tratamiento médico es gratis para cualquier ciudadano húngaro como ya fue mencionado anteriormente y además cada médico tiene que decidir por sí mismo qué tratamiento psicoterapéutico va a llevar a cabo, por lo tanto el seguro también es válido para el tratamiento psicoanalítico.

Los departamentos del hospital psiquiátrico y las consultas a psiquiatras no pueden tomar tanto tiempo para su método terapéutico y la cantidad de analistas es demasiado pequeña para atender a los pacientes neuróticos. El seguro de enfermedad brinda también otros

métodos, además del tratamiento psicoanalítico de adultos y niños, sobre todo en tales instituciones en las cuales el director es un psicoanalista, aunque también hay analistas entre el personal de la institución.

Los analistas tienen la posibilidad de tener un consultorio privado y entre ellos hay más psicólogos que psiquiatras.

El mayor problema de la práctica privada es que las personas que practican psicoterapia, médicos y psicólogos, buscan posibilidades de expandir y cultivar sus conocimientos, pero sólo pocos pacientes buscan cura. Este es el mayor problema. La psicoterapia está poco integrada en la vida cotidiana. Los pacientes neuróticos no están suficientemente motivados para buscar ayuda terapéutica que cuesta tiempo y dinero. Así, una parte de los candidatos esperan tener pacientes para poder llevarlos a la supervisión. Por otro lado hay más personas que esperan poder comenzar un análisis didáctico, que analistas dispuestos a tomarlos.

Al mismo tiempo está llegando la moda de la psicoterapia. El boom del psicoanálisis se está expandiendo también entre nosotros, quizás esto también aumentará la demanda a la psicoterapia. En el momento, el aprendizaje de los más variados métodos de terapia está de moda en el mundo profesional, p. ej. relajación, meditación, terapia del comportamiento, varias terapias de grupo, psicodrama, terapia familiar, etc. Y bajo estas condiciones es muy difícil mantener clara la enseñanza psicoanalítica. El candidato no comienza de cero, los psicoanalistas y los médicos que se instruyen en el psicoanálisis hacen

al mismo tiempo psicoterapia en sus lugares de trabajo, aprenden varios métodos en sus cursos de post grado y en muchos casos ellos mismos imparten enseñanza.

La otra pregunta que está unida a la anterior, es la que nuestros colegas extranjeros suelen hacer sobre la formación psicoanalítica en Hungría: ¿en qué medida nosotros estamos actualizados con la literatura psicoanalítica internacional? ¿Si leemos las nuevas publicaciones, si aparecen libros sobre psicoanálisis, si se enseña psicoanálisis en la universidad? etc.

También aquí los problemas son complicados debido al aislamiento. Aquí quiero mencionar en primer lugar nuestro aislamiento idiomático. Nuestra lengua materna no es ni anglosajona, ni germana, ni pertenece a la familia latina. Los trabajos de psicoanálisis publicados en idioma húngaro, son desconocidos en el extranjero. Mientras que el idioma del psicoanálisis fue el alemán, los psicoanalistas húngaros eran versados en el idioma del psicoanálisis. Hoy leemos en varios idiomas y tratamos de mantenernos al tanto de la literatura actual. Mucho nos ayudaría en nuestros problemas de idioma y de aprendizaje, si existiera la posibilidad de viajes de estudio al exterior, parecida a la iniciativa del Instituto Freud.

Cada vez más están apareciendo libros de psicoanálisis en idioma húngaro. En 1982 aparecieron los 4 Tratados de Freud en un tomo de ensayos, el libro de dones, Vida y Obra de Freud, aparición en segunda edición: una selección de Ferenczi, un libro de Frömm la segunda edición más completa sobre el Instituto del Hombre de

Hermann, dos tomos de estudio de Róheim, dos tomos psicoanalíticos de estudio de Gábor Paneth y György Vikár. También aparecieron varios trabajos psicoanalíticos en diferentes tomos de ensayos y revistas, también se pueden pedir libros de psicoanálisis al extranjero. Nuestra biblioteca se agranda gracias a nuestros colegas del extranjero. En las universidades, en las facultades de filosofía y medicina, no hay una especialidad para estudiar el psicoanálisis, pero los analistas toman parte en la enseñanza de graduados y postgraduados que se imparte a médicos y psicólogos.

La vida psicoanalítica se une hoy a la psiquiatría en general y se mantiene en ese lugar. En la psiquiatría se debaten varias corrientes entre sí, organicistas, biologists, social psiquiátricas y como ya fuera mencionado las más variadas clases de psicoterapia. Los límites de los lugares de debate se diluyen, los intereses se separan o se unen, pero no siempre de acuerdo a las orientaciones.

La Sociedad de Psiquiatría de la cual el psicoanálisis es uno de los grupos de trabajo, busca activamente encontrar posibilidades de formación psicoanalítica, organizar congresos y conferencias y aumentar la actividad de la vida social. En la Sociedad de Psicología la vida se volvió también más activa en los últimos años, con muchas más posibilidades y actividades sociales. En ambas sociedades, los analistas llenan diversos puestos, dan disertaciones, enseñan, organizan.

Ahora nos debatimos más bien, con el caos de la abundancia, pero quizás nuestros problemas sean los mismos que los de otras

sociedades psicoanalíticas. Lo que nos preocupa sin embargo, es que mientras otras sociedades tienen desde los últimos 40 años, posibilidades de un trabajo interno intenso para conservar reglas estrictas de enseñanza, que permitan profundizar en la vida científica, en Hungría creció de repente el trabajo intensivo y extensivo cuyo resultado aún se está viendo.

En nuestra opinión todavía no se ha decidido, si el psicoanálisis en Hungría alcanzará el lugar que la Escuela de Budapest había alcanzado antes de la guerra mundial.

Resumen

La autora describe la influencia de las respectivas situaciones Socio políticas en la historia de Hungría y las posibilidades de desarrollo del movimiento psicoanalista en Budapest. Ella pone especial énfasis en resaltar a Sándor Ferenczi, fundador y pionero del psicoanálisis húngaro, quien fuera uno de los primeros estudiantes y colaboradores de S. Freud.

No obstante algunas restricciones académicas el psicoanálisis en Hungría se mantuvo relativamente integro durante la monarquía Austro-Húngara y aún bajo el régimen fascista Horthy. Durante los períodos intermedios democráticos, el psicoanálisis húngaro tuvo un gran empuje científico y cultural, tomando un lugar importante e influyente dentro de la psiquiatría y psicoterapia húngaras.

Lamentablemente después de los años 1933 y 1938 muchos analistas húngaros e incluso analistas extranjeros huyeron a Budapest buscando seguridad.

Pero cuando los fascistas nazis ocuparon el poder y los alemanes ocuparon Hungría la política de exterminio de los judíos se puso en pleno funcionamiento. Esta situación inesperada, sorprendió a un gran número' de psicoanalistas judíos y la posibilidad de huir al extranjero fue nula.

Fue así que la Asociación Psicoanalítica Húngara perdió una cuarta parte de sus socios, sólo unos pocos entre ellos el matrimonio Bálint pudieron emigrar a tiempo.

A pesar del aislamiento provocado por la dificultad idiomática los psicoanalistas húngaros han dado un aporte importante a la teoría del psicoanálisis y han tratado diferentes aspectos en sus trabajos, entre los que se destaca el del significado de la más temprana relación de objeto pre-edípica, concepto negado en un principio, pero que fue ampliamente aceptado durante el desarrollo de la psicología moderna.

Como último se relata la situación del psicoanálisis bajo el régimen comunista, la dificultad de desarrollar una práctica privada y por el otro lado la ventaja de que la psiquiatría y la psicoterapia estén orientados por el psicoanálisis, lo que permite que un mayor número de pacientes pueda beneficiarse, en el marco de los servicios de salud del estado y atendidos por un número creciente de médicos y psicólogos capacitados.

(Agradecemos a la Sra. Psi. Felicia Freifeld de Stern su colaboración en la traducción).